

bvkJ.

Zeitschrift des Berufsverbandes
der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Heft 5/08 · 39. (57.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Forum:

Abenteuer Jugendmedizin

Fortbildung:

Hörstörungen im
Kindesalter – FAQs an
die Pädaudiologie

Berufsfragen:

Behandlungsfehler-
vorwurf – Was tun?

Magazin:

Die Welt ist
kein Märchen



KINDER-UND JUGENDARZT



bvkJ.

Die Welt ist kein Märchen – Eine Ausstellung des Bilderbuchkünstlers Jörg Müller

Seite 363



Inhalt 5 | 08

Redakteure: Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Hannover, Prof. Dr. Frank Riedel, Hamburg, Dr. Wolfgang Gempp, Konstanz, Regine Hauch, Düsseldorf

Forum

- 313 **Editorial**
Wolfram Hartmann
- 314 **Lassen wir uns auf das Abenteuer Jugendmedizin ein!**
Wolf-Rüdiger Horn
- 316 **Vermischtes**
- 318 **Impfschutz für Tetanus und Diphtherie länger als angenommen**
Regine Hauch
- 321 **Mein Tag**
- 322 **Probieren geht neben studieren**
Folkert Fehr
- 324 **Das Leser-Forum**
- 325 **Praxisfieber Online**
Michael Mühlshlegel

Fortbildung

- 326 **Hörstörungen im Kindesalter – FAQs an die Pädaudiologie**
Susanne Fleischer, Markus Hess
- 337 **Zervixkarzinom**
Thomas Iftner
- 344 **Informationskampagne ZERVITA**
- 345 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Silja Schumacher, Peter H. Höger
- 349 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**
- 352 **Consilium Infectiorum: Postpartale Hepatitis B-Impfung bei unbekanntem Immunstatus der Mutter?**
Patrick Gerner

Berufsfragen

- 354 **Behandlungsfehlervorwurf – Was tun?**
Andreas Meschke
- 356 **Cartoon**
Hendrik Crasemann
- 357 **Die Vertragsgestaltung bei ärztlichen Kooperationen nach dem VÄndG – Die wichtigsten Fragen**
Andreas Meschke
- 360 **Die neue „Chroniker“-Ziffer 04212**
Roland Ulmer
- 361 **Heilmittel-Report 2008**
Wolfgang Gempp

Magazin

- 363 **Die Welt ist kein Märchen**
Maria Linsmann
- 365 **Tagungen**
- 365 **Praxistafel**
- 366 **Die Welt der Kinder im Blick der Maler**
Peter Scharfe
- 368 **Fortbildungstermine BVKJ**
- 369 **Buchtipp**
- 372 **Personalia**
- 374 **Nachrichten der Industrie**
- 380 **Wichtige Telefonnummern**

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegt in voller Auflage ein Prospekt des Thieme Verlages, Stuttgart, bei.

Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

Hörstörungen im Kindesalter – FAQs an die Pädaudiologie



Dr. med.
Susanne Fleischer
Prof. Dr. med.
Markus Hess



Kindliche Hörstörungen zählen zu den häufigsten angeborenen Erkrankungen und jeder praktisch tätige Kinderarzt wird mit den sich daraus ergebenden Fragen der weiteren Diagnostik und Behandlung konfrontiert. Eine erfolgreiche Früherkennung und Frühintervention ist ohne die Kinderärzte nicht möglich. Im folgenden Beitrag sollen vier häufige Themenkomplexe aufgeführt werden, zu denen immer wieder Fragen an uns gestellt werden: 1. Wie funktioniert das universelle Neugeborenen-Hörscreening? 2. Wie sieht die pädaudiologische Fachdiagnostik bei einer Innenohrschwerhörigkeit aus? 3. Was passiert nach der Bestätigung der Diagnose einer Innenohrschwerhörigkeit? 4. Was unterscheidet eine Cochlea-Implantat-Versorgung von einer Hörgeräteversorgung?

Es ist allgemein bekannt, dass der Lautspracherwerb vom Hörvermögen abhängig ist. Ähnlich wie beim Spracherwerb gibt es eine sensible Phase. Sie liegt für das Hören im wesentlichen in den ersten zwei Lebensjahren. Untersuchungen des Hörvermögens sind ab dem 1. Lebensjahr und therapeutische Maßnahmen zur Verbesserung des Hörens bereits im Alter von wenigen Wochen und Monaten möglich. Je früher eine periphere Hörstörung behandelt wird, desto besser können die aufsteigenden Hörbahnen und Synapsen angelegt und stabilisiert werden. „Hören“ erfolgt eigentlich nicht im Ohr, sondern im Gehirn.

Traditionell sind es am häufigsten Eltern und Kinderärzte, die eine Hörstörung vermuten, entweder wegen schlechter Hörreaktionen oder wegen einer Verzögerung der Sprachentwicklung. Die darauf initiierte Diagnostik erfolgt dann häufig erst im Alter von 1–3 Jahren. Es gibt außerdem Kinder, bei denen eine Schwerhörigkeit zufällig im Rahmen einer routinemäßigen Hörprüfung, beispielsweise anlässlich der Einschulung, entdeckt wird. Dies ist besonders bei *einseitigen* Schwerhörigkeiten der Fall, die sich in der Regel deutlich weniger auf die Hör- und Sprachfähigkeiten auswirken als beidseitige Hörstörungen. Ist bei etwas größeren Kindern aus Vorbefunden oder der Anamnese sicher zu entnehmen, dass das Hörvermögen früher besser war, dann handelt es sich vermutlich um eine neu aufgetretene oder progrediente Hörstörung.

Durch das seit einigen Jahren in zunehmendem Umfang durchgeführte universelle Neugeborenen-Hörscreening wird die Diagnose einer permanenten Innenohrschwerhörigkeit immer häufiger schon im Neugeborenen- und Säuglingsalter gestellt. Das stellt alle bei der interdisziplinären Zusammenarbeit Beteiligten vor ganz neue Herausforderungen: Sowohl die differenzierte Hördiagnostik als auch die Hörgeräteanpassung und die ent-

sprechende Frühförderung im Säuglings- und Kleinkindalter unterscheiden sich sehr von der bei etwas älteren Kindern und bedürfen spezieller Erfahrung.

An unserer Poliklinik sehen wir bei sehr guter interdisziplinärer Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kinderärzten und HNO-Ärzten jährlich etwa 1500 Kinder zur Hördiagnostik, die immer wieder mit ähnlichen Fragestellungen zu uns kommen. Diese Erfahrungen motivieren uns, hier wesentliche Themenkomplexe pragmatisch zu beschreiben und auf den Versuch einer akademisch-systematischen, umfassenden Darstellung zu verzichten. Die folgenden vier Themenkomplexe, die uns besonders wichtig sind, können (fast) unabhängig voneinander gelesen werden.

1. Wie funktioniert das universelle Neugeborenen-Hörscreening (UNHS)?

2003 wurde durch die beteiligten Fachgesellschaften in Deutschland auf der „Interdisziplinären Konsensuskonferenz zum Neugeborenen-Hörscreening“ (IKKNHS) ein Konsensuspapier erarbeitet, in dem Ziele und empfohlene Methoden sowie Abläufe eines Neugeborenen-Hörscreening erfasst sind (Ptok M 2003: Grundlagen für das Neugeborenen-Hörscreening [Standard of Care]). Konsensus besteht u.a. darüber, dass ein Neugeborenen-Hörscreening zu empfehlen und durchführbar ist, dass es als generelles Hörscreening (nicht nur Risikokinder, sondern alle Kinder) beidohrig, vorzugsweise klinikbasiert und mit objektiven Audiometrieverfahren durchgeführt und bei Testauffälligkeit die Bestätigungs- bzw. Ausschlussdiagnostik spätestens bis zum Ende des 3. Lebensmonats begonnen werden soll.

Die Kosten für das Primärscreening im Krankenhaus betragen ca. 30 Euro/Kind. Leider gilt das Neugeborenen-Hörscreening als Präventionsmaßnahme und wird von den Kostenträgern nicht vergütet. Deshalb ist in



Abb. 1a: Neugeborenen-Hörscreening mit OAE-Messung

Deutschland – im Gegensatz zu vielen anderen Ländern – ein flächendeckendes generelles Hörscreening als Kassenleistung noch nicht umgesetzt trotz einer Prävalenz von 1–2 : 1000 für eine gravierende Schwerhörigkeit. Im Gegensatz zu vielen anderen medizinischen Maßnahmen ist das UNHS in erster Linie ein Problem der Umsetzung und der Organisation und kein medizinisches oder medizintechnisches Problem. Geeignete, minutenschnelle, objektive audiological Tests sind vorhanden. Und eine im Säuglingsalter nachgewiesene gravierende Schwerhörigkeit hat immer therapeutische Konsequenzen.

Als Screening-Methoden werden objektive Audiometrieverfahren eingesetzt. Mit der Messung der otoakustischen Emissionen (OAE) (Abb. 1a) und der auditorisch evozierten Hirnstammpotentiale (Hirnstammaudiometrie, Synonyma: ABR, FAEP, BERA) (Abb. 1b) stehen sehr gut geeignete Verfahren zur Verfügung, für die es verlässliche Anwendungen mit leicht lesbarer, automatisierter Auswertung gibt. Die Messung dauert meist nur wenige Minuten. Es ist dafür kein Fachpersonal erforderlich, sondern die Messungen können nach einer kurzen Ein-

Abb. 1b: Neugeborenen-Hörscreening mit AABR-Messung (Screening-BERA)



arbeitszeit von ungelertem Personal selbstständig durchgeführt werden. Bewährt hat sich für das Primärscreening bei intensivpflichtigen Kindern die Messung der AABR (automatisierte Ableitung der ABR) und bei Gesundgeborenen die Messung der OAE (oder ggf. der AABR).

Bei dem Hörscreening handelt es sich um einen Siebtest, bei dem zunächst nur zwischen normal und testauffällig unterschieden wird. Kinder, die im Screening auffällig sind, werden als testauffällig bezeichnet und nicht als schwerhörig, denn tatsächlich sind selbst in guten Screening-Programmen 40 von 1000 Kinder testauffällig, aber letztlich nur 1–2 schwerhörig. Als Grund für ein auffälliges Screeningergebnis sind neben einer Hörstörung fehlerhafte Messungen bei Unruhe des Kindes, Cerumen/Vernix caseosa im Gehörgang oder ein nicht ausreichend belüftetes Mittelohr denkbar. Aussagen zum Grad oder zu der Art einer möglicherweise vorliegenden Hörstörung (also ob beispielsweise nur eine vorübergehende Mittelohrbelüftungsstörung vorliegt) sind nicht möglich.

Im Falle eines auffälligen Primärscreenings müssen bis zum 3. Lebensmonat der Ausschluss bzw. die Bestätigung einer Hörstörung erfolgen, sinnvollerweise in Zusammenarbeit mit pädaudiologischen Spezialeinrichtungen (sog. Follow-up). Ein wichtiges, pragmatisches Ziel ist, die Zahl der primär auffälligen Kinder unter 4% zu halten, damit ein zeitnahes Follow-up durchführbar bleibt – eine größere Zahl würde die wenigen Anlaufstellen, die die Follow-up-Untersuchungen und die danach möglicherweise erforderliche Hörgeräteversorgung einleiten, blockieren – ganz abgesehen von der großen Zahl unnötig beunruhigter Eltern.

Ein Hörscreening ohne geregeltes Follow-up ist nicht sinnvoll.

In Deutschland gibt es inzwischen in mehreren Bundesländern Screening-Programme (Abb. 1c). Sie sind regional unterschiedlich organisiert und finanziert. Für alle Screening-Programme gilt, dass ein Hörscreening ohne geregeltes Follow-up nicht sinnvoll ist. Erfahrungs-

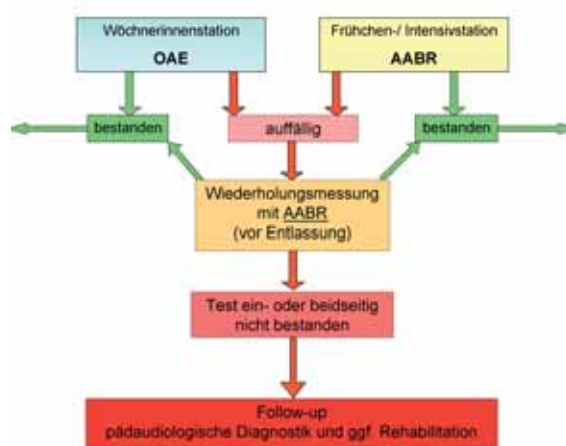


Abb. 1c: In Hamburg bewährtes Vorgehen beim Neugeborenen-Hörscreening

gemäß können die Mindestanforderungen für ein Screening-Programm nur durch externe Qualitätssicherungsmaßnahmen konsequent eingehalten werden. Die größten Probleme sind das zeitnahe Follow-up und das „Tracking“ der auffälligen Kinder. Erfolgt das Follow-up nicht zeitnahe innerhalb der ersten 2 Wochen nach dem Primärscreening, ist mit einer schnell abnehmenden Compliance der Eltern zu rechnen und die Kinder werden nicht weiter untersucht („lost-to-follow-up“). Eine Minderung der „lost-to-follow-up“-Rate ist ohne die Mitarbeit der Pädiater nicht zu erreichen. Da die Zahl der ambulanten Entbindungen und der Hausgeburten in Deutschland stetig zunimmt, ist auch hier die kontinuierliche Mitarbeit der Kinderärzte und die Zuweisung der Kinder an spezialisierte Einrichtungen für das Follow-up unentbehrlich.

2. Innenohrschwerhörigkeit: Pädaudiologische Fachdiagnostik

Wenn beim Neugeborenen-Hörscreening, bei orientierenden Tests durch den Kinderarzt oder bei der HNO-fachärztlichen Hördiagnostik der Verdacht auf eine Innenohrschwerhörigkeit gestellt wird, erfolgt in der Regel die Überweisung an einen Pädaudiologen zur weiteren Diagnostik und Mitbehandlung.

Die Diagnostik einer Hörstörung bei Säuglingen und Kleinkindern ist komplex. Leider gibt es bis heute keinen allumfassenden Goldstandard-Hörtest, so dass eine Mosaik-Diagnostik unvermeidlich ist. Es bedarf vieler verschiedener Methoden aus dem Spektrum der subjektiven und objektiven Audiometrieverfahren und viel Erfahrung, um Fehldiagnosen zu vermeiden. Der Einsatz der verschiedenen Methoden erfolgt in Abhängigkeit vom Lebens- bzw. Entwicklungsalter und variiert zwischen den verschiedenen Altersgruppen ganz erheblich (Abb. 2a). Je jünger das Kind, desto deutlich schwieriger ist die Beurteilung. Aus den Ergebnissen der verschiedenen Tests kann zunächst oft nur eine „Arbeitshypothese“ zur Hörschwelle aufgestellt werden, die im Laufe weiterer ergänzender Untersuchungen und mit zunehmendem Lebensalter genauer wird und immer mehr der wirklichen Hörschwelle nahekommt. Das erklärt die so häufig erforderlichen Wiedervorstellungen bis zur Klärung der Diagnose.

Zunächst gilt es, eine reversible Schallleitungsschwerhörigkeit durch einen Erguss auszuschließen bzw. zu behandeln, denn Voraussetzung für zuverlässige Ergebnisse ist ein normaler Mittelohrbefund. Ein Erguss ist sehr häufig. Er kann zusätzlich zu einer Innenohrschwerhörigkeit bestehen und diese verdecken in dem Sinne, dass zunächst nur eine reine Schallleitungsschwerhörigkeit vermutet wird.

Als subjektive Audiometrieverfahren bei Kindern stehen die Reaktionsaudiometrie, die Verhaltensaudiometrie und die Spielaudiometrie im freien Schallfeld (das Kind sitzt am so genannten „Mainzer Kindertisch“ zwischen Lautsprechern) (Abb. 2b) und die Audiometrie mit Einsteckhörern, Knochenleitungshörern oder konventionellen Luftleitungskopfhörern zur Verfügung. Für die

Test		Alter (Jahre)						
		0	1	2	3	4	5	6
objektiv	BERA	+	+	+	+	+	+	+
	OAE	+	+	+	+	+	+	+
	Impedanz	+	+	+	+	+	+	+
subjektiv	Reaktionsaudiometrie	+	+					
	Verhaltensaudiometrie		+	+	+	+		
	Spielaudiometrie Freifeld				+	+	+	
	Spielaudiometrie Kopfhörer					+	+	+
	Sprachaudiometrie					+	+	+

Abb. 2a: Anwendbarkeit verschiedener Audiometrieverfahren in Abhängigkeit vom Lebensalter

Beurteilung ist wichtig zu wissen, dass die Reaktionsschwelle bei Säuglingen und kleinen Kindern noch nicht der Hörschwelle entspricht. In der Regel ist die Spielaudiometrie mit Kopfhörern und sicher reproduzierbaren seitengetrenten Hörschwellenangaben erst mit ca. 4 Jahren möglich („Reintonaudiogramm mit seitenge-



Abb. 2b: Audiometrie-Anlage „Mainzer Kindertisch“

trennten Angaben“). Frühestens jetzt sind die Hörschwellenwerte mit den Ergebnissen der Audiometrie von Erwachsenen vergleichbar.

Die objektiven Tests können nur bei ausreichender Ruhe durchgeführt werden. Von den objektiven Audiometrieverfahren sind die wichtigsten die Tympanome-



Abb. 2c: Hirnstammaudiometrie in Sedierung

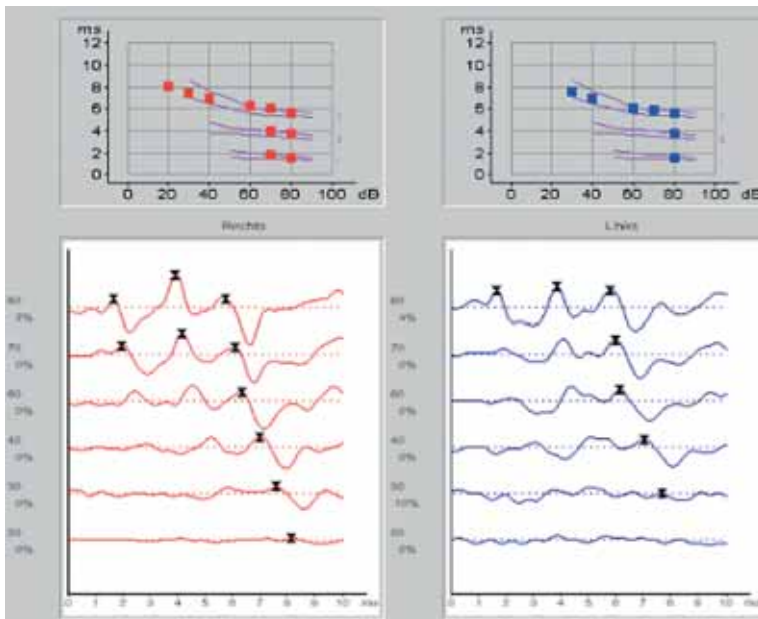


Abb. 2d: Hörschwelenbestimmung mit der Hirnstammaudiometrie: Das Potential Jewett V ist auf beiden Seiten bis 20 dB deutlich nachweisbar

trie (Impedanzmessung), die Messung der otoakustischen Emissionen (OAE) und die Hirnstammaudiometrie. Die Tympanometrie wird heute im Wesentlichen zur Überprüfung der Mittelohrbelüftung eingesetzt. Mit ihr ist keine Hörschwelenbestimmung möglich.

Bei der Messung der otoakustischen Emissionen wird die Funktionsfähigkeit der äußeren Haarzellen und des Schalleitungsapparates überprüft. Bei nachgewiesenen transitorisch evozierten OAE (TEOAE) kann eine Innenohrschwerhörigkeit mit einer Hörschwelle schlechter (höher) als ca. 30 dB und bei nachgewiesenem Distorsions-Produkt OAE (DPOAE) schlechter (höher) als ca. 40 dB ausgeschlossen werden. Vorhandene TEOAE sind zwar nicht beweisend für eine völlig normale Innenohrfunktion, aber zu einem sehr großen Prozentsatz kann auf ein für den Spracherwerb ausreichendes Gehör geschlossen werden. Umgekehrt sind jedoch bei nicht-



Abb. 3a: HdO („Hinterdem-Ohr“-Hörgerät)

nachweisbaren OAE keine genauen Rückschlüsse auf die Hörschwelle möglich.

Mit der Hirnstammaudiometrie (Synonyma: ABR, FAEP, BERA) wird topographisch die aufsteigende Hörbahn, akustisch jedoch nur ein begrenzter Frequenzbereich erfasst. Im Gegensatz zu der Messung der OAE und zu der Screening-AABR kann die professionelle (nicht-automatisierte!) Hirnstammaudiometrie zur Hörschwelenbestimmung eingesetzt werden. Bei Säuglingen und Kleinkindern erfolgt die Hirnstammaudiometrie zur Schwellenbestimmung im Schlaf, in Sedierung oder in Narkose (Abb. 2c, Abb. 2d). Kommt es während der Untersuchung zu Unruhe, so bestehen ganz erhebliche Fehlermöglichkeiten. Folgeschwer ist dies, wenn Artefaktkurven mit Hörpotentialen verwechselt werden und einem schwerhörigen Kind ein normales Hörvermögen attestiert wird.

Der Schweregrad einer Innenohrschwerhörigkeit reicht von „annähernd normales Hörvermögen“ bis zu „an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit“ und „Resthörvermögen“ (Synonyma: Hörrestigkeit, Resthörigkeit) und kann ein Ohr oder beide Ohren und einzelne oder alle Frequenzbereiche betreffen. Zur Beschreibung des Schweregrades einer Hörstörung gibt es unterschiedliche Tabellen. Die genutzte Einteilung und Nomenklatur ist leider nicht einheitlich. Es gibt beispielsweise zwischen der häufig genutzten Nomenklatur nach BIAP (Internationales Büro für Audiophonologie) und der versorgungsrechtlich vorgeschriebenen Einteilung erhebliche Unterschiede.

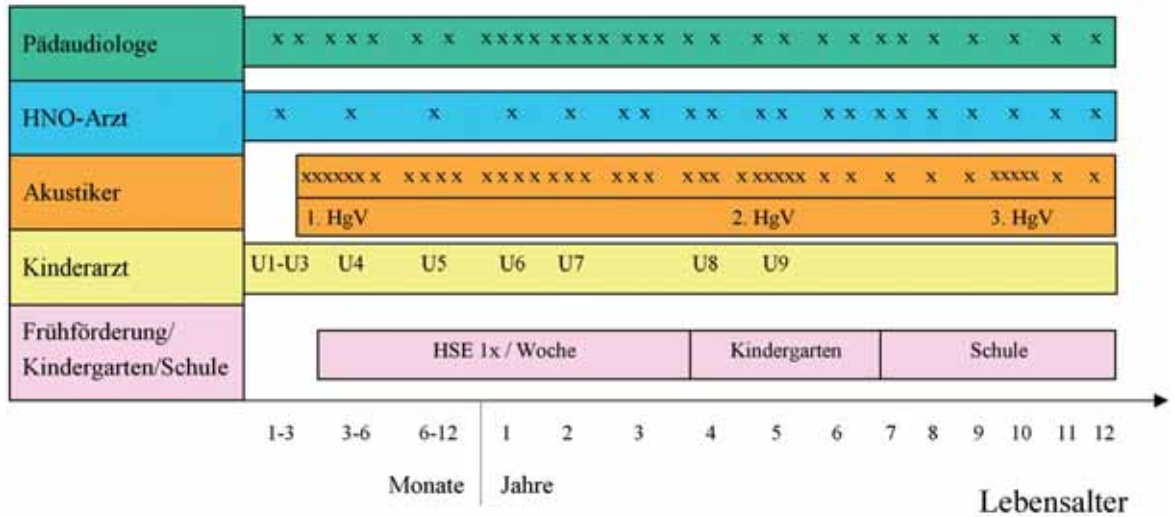
3. Innenohrschwerhörigkeit: Was passiert nach Bestätigung der Diagnose?

Im folgenden Abschnitt soll dargestellt werden, wie die weitere Betreuung eines Kindes mit einer nachgewiesenen Innenohrschwerhörigkeit aussieht. Eine permanente Innenohrschwerhörigkeit ist in der Regel nicht reversibel und eine operative Verbesserung der Innenohrfunktion ist nicht möglich. Als Behandlung kommen zur Zeit nur eine Hörgeräteversorgung oder bei höhergradigen Störungen eine Cochlea-Implantat-Versorgung in Frage. Das empfohlene Vorgehen wird in dem Konsenspapier der DGPP zur Hörgeräte-Versorgung bei Kindern (2006) eingehend beschrieben. Ganz wichtig für eine optimale Entwicklung ist natürlich die entsprechende Förderung, die bei schwerhörigen Kindern meist über Frühförderstellen oder Schulen für Hörgeschädigte erfolgt.

Nehmen wir als typischen Fall ein im Neugeborenen-Hörscreening beidseits auffälliges Kind: Die Schwerhörigkeit ist hoffentlich im Alter von etwa drei Monaten mit den oben beschriebenen Methoden diagnostiziert und der Schweregrad hinreichend bekannt, so dass über die Indikation zur beidseitigen Hörgeräteversorgung entschieden werden kann.

Als Indikation zur Hörgeräteversorgung gilt eine Hörschwelle im Reintonaudiogramm von 30 dB oder mehr in mindestens einer der Frequenzen 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz oder 4000 Hz. Die Indikation wird bei Kindern im Zweifelsfall großzügig gestellt, um optimale Vo-

Abb. 3b: Wieviele Termine muss ein schwerhöriges und mit Hörgeräten versorgtes Kind im Laufe seiner Kindheit wahrnehmen?



raussetzungen für den Spracherwerb und den Erwerb damit assoziierter Fähigkeiten zu gewährleisten. Für eine erfolgreiche Hörgeräteanpassung ist eine möglichst genaue Bestimmung der Hörschwelle dringend erforderlich. Bei kleineren Kindern muss aus der zusammenfassenden Einschätzung der Ergebnisse der subjektiven und objektiven Audiometrieverfahren auf den Hörschwellenverlauf geschlossen werden. Im Laufe der weiteren Entwicklung wird der tatsächliche Hörschwellenverlauf immer sicherer und genauer diagnostiziert und die Hörgeräteeinstellung kann weiter optimiert werden.

Besteht in unserem Fall die Indikation zur Hörgeräteversorgung, dann wird das Kind in der Regel bei einem Hörgeräte-Akustiker, der auf die Versorgung schwerhöriger Kinder spezialisiert ist (!), vorgestellt. Dort werden zunächst Ohrpassstücke individuell angefertigt und dann HdO („Hinter-dem-Ohr“)-Hörgeräte (Abb. 3a) in verschiedenen Einstellungen über mehrere Wochen bis Monate erprobt. Nach einem erfolgreichen Trageversuch mit den Hörgeräten und audiometrisch nachgewiesenem Gewinn werden die Hörgeräte verordnet.

Mit der Sicherung der Diagnose einer permanenten Hörstörung wird das Kind an die Frühförderstelle der Schule für Hörbehinderte gemeldet, damit von dort die möglichst wöchentlich erfolgende „Hörspracherziehung“ durch Hörgeschädigtenpädagogen eingeleitet werden kann. Sie beinhaltet im Säuglingsalter im wesentlichen Hörtraining, Elternberatung, pädagogische Führung und lautsprachliche Förderung.

Die Kontrollen von Ohrbefund (binokularmikroskopische Mittelohrbefundung und Ohrsäuberung!), Audiometriebefunden und weiterer Entwicklung erfolgen in Zusammenarbeit von Pädaudiologen, Hörgeräte-Akustiker, HNO-Arzt und Kinderarzt. In typischen Fällen finden die empfohlenen Kontrolltermine beim Pädaudiologen im Alter von 0-3 Jahren vierteljährlich, im Alter von 3-6 Jahren halbjährlich und im Alter > 6 Jahre einmal jährlich statt bei zwischenzeitlichen HNO-fachärztlichen Kontrollen. Hinzu kommen die Hörgerätekontrollen beim Akustiker. Für eine Hörgeräteanpassung sind ca. 5-10 Vorstellungen dort erforderlich. Da Neuverordnungen alle 5 Jahre möglich sind, wird ein mit Hör-

geräten versorgtes Kind zusammen mit den vierteljährlich bis jährlich anfallenden Hörgeräte-Kontrollen bis zu seinem 18. Lebensjahr durchschnittlich etwa 50-60 Termine beim Akustiker und etwa 40 Termine beim Pädaudiologen haben – oder bei komplizierten Verläufen noch mehr. Hinzu kommen die Termine der Frühförderung und ggf. weiterer Förderung / Therapien (Abb. 3b).

Selbst bei gleichbleibendem Hörvermögen sind durch Wachstum und Entwicklung ständige Korrekturen der Hörgeräteeinstellung erforderlich. So muss beispielsweise das Hörgerät mit den regelmäßig neu anzufertigenden Ohrpassstücken immer wieder unter Anwendung spezieller akustischer Messungen am Gehörgang neu eingestellt werden, denn das individuell sehr unterschiedliche Gehörgangsvolumen vergrößert sich mit dem Wachstum, was immer zu akustischen Veränderungen führt.

Die akustischen Eigenschaften des Ohres ändern sich mit dem Wachstum des Ohres. Hörgerät und Ohrpassstück müssen mehrmals jährlich daran angepasst werden. Im Unterschied zu Kleidung und Schuhen können Ohrpassstücke nicht „auf Zuwachs“ angepasst werden, sondern müssen exakt passen.

Andererseits muss bei den Kontrollen mit einer möglichen Progredienz der Hörstörung gerechnet werden. Veränderungen der Hörschwelle müssen möglichst bald erkannt werden: Bei plötzlichen Hörverschlechterungen i.S. eines Hörsturzes kann eine Infusionstherapie indiziert sein, bei allmählicher Verschlechterung ist zumindest eine entsprechende Änderung der Hörgeräteeinstellung erforderlich. Außerdem ist eine regelmäßige Kontrolle der Hörgeräteeinstellung wichtig, um Funktionsstörungen und Gerätefehler zu entdecken und immer einen maximalen Gewinn mit den Hörgeräten zu gewährleisten. Ziel ist ein gutes Verstehen von Sprache und insbesondere von Sprache im Störgeräusch, was mit dem Sprachaudiogramm überprüft wird. Bei hochgradigen Hörstörungen oder Hörverschlechterungen ist im Verlauf zu erwägen, ob das Kind von einer Cochlea-Implantat-Versorgung mehr profitieren würde.

1/3 erworben:	prä- / peri- / postnatal
1/3 genetisch:	non-syndromal / syndromal
1/3 Ursache unbekannt	

Tab. 1: Ursachen einer kindlichen Hörstörung

Zu den Überprüfungen der weiteren Entwicklung gehört die Einschätzung der Sprachentwicklung und der allgemeinen Entwicklung, ggf. unter Anwendung verschiedener Entwicklungstests. Abhängig von diesen Ergebnissen kann zusätzliche Förderung indiziert sein. Je nach Sprachentwicklung und Schweregrad der Hörstörung ist später zu entscheiden, ob das Kind den Regelkindergarten bzw. die Regelschule besuchen kann oder einen Kindergarten bzw. eine Schule für Hörgeschädigte oder welche andere Lösungen für den individuellen Fall sich anbieten.

Da nach der Bestätigung der Diagnose einer Innenohrschwerhörigkeit die Frage nach möglichen Ursachen alle Beteiligten immer sehr beschäftigt, soll hier kurz auf die Frage der Ätiologie eingegangen werden. Im allgemeinen werden dazu folgende Häufigkeiten genannt (Tab. 1): In etwa einem Drittel der Fälle lassen sich in der Anamnese Risikofaktoren für eine Hörstörung finden (Tab. 2) oder aufgrund zusätzlicher Diagnostik Hinweise auf mögliche Ursachen oder assoziierte Störungen finden. Die möglichen Ursachen lassen sich einteilen in prä-, peri- und postnatal. In etwa einem Drittel der Fälle gibt es weitere Innenohrschwerhörigkeiten in der Familie, so dass der Verdacht auf eine hereditäre Schwerhörigkeit besteht. Im Falle einer genetisch bedingten Hörstörung kann diese bei Geburt bereits vorliegen (congenital). Eine erst im weiteren Verlauf manifest werdende Hörstörung kann jedoch auch genetisch bedingt sein. Es gibt bei den genetisch bedingten Hörstörungen auch progrediente Verläufe, was möglicherweise bedeutet, dass eine Hörverschlechterung „genetisch programmiert“ sein kann. Im letzten Drittel lässt sich keine Ursache finden, und die Ätiologie bleibt völlig unklar. Es wird allerdings vermutet, dass über 50% aller Fälle einer Innenohrschwerhörigkeit bei Kindern genetisch bedingt sind.

Je nach Anamnese und klinischem Gesamtbild werden zum Ausschluss eines syndromalen Zusammenhangs ggf. zusätzliche Untersuchungen weiterer Organsysteme empfohlen (Tab. 3). Außerdem muss mit den Eltern beraten werden, ob eine humangenetische Untersuchung und Beratung sinnvoll ist.

- | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - Frühgeburt bis Ende 32.SSW - Geburtsgewicht < 1500g - Prä-/peri-/postnatale Hypoxie - Beatmung > 10 Tage - Prä-/peri-/postnatale Infektion (z.B. Röteln, Toxoplasmose, CMV, Herpes) - Ototoxische Medikation - Craniofaziale Dismorphien / V.a. Syndrom mit Hörstörung - Transfusionspflichtige Hyperbilirubinämie - Permanente kindliche Hörstörung in der Familie |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Tab. 2: Indikatoren für ein erhöhtes Risiko einer permanenten Hörstörung

Tab. 3: Beispiele für mögliche ätiologische Zusammenhänge und empfohlene Diagnostik bei Innenohrschwerhörigkeit

- Schilddrüse (z.B. Pendred-Syndrom)
- Niere (z.B. Alport-Syndrom)
- Herz (z.B. QT-Syndrom)
- Augen (z.B. Netzhautpigmentstörung, Usher-Syndrom, Cogan-Syndrom, Linsentrübung, Lidspalten, Hornhautentzündungen, Netzhautentzündungen, Augenmuskellähmungen)
- Serologie (z.B. Cytomegalie, Borrelien, Masern, Mumps, Röteln, Varizella zoster, Herpes simplex, Toxoplasmose, Lues)
- Bildgebung der Felsenbeine (z.B. Innenohr-Fehlbildungen, retrocochleäre Raumforderungen, entzündliche Prozesse)
- Humangenetische Untersuchung (z.B. Connexin 26)

4. Was unterscheidet eine Cochlea-Implantat-Versorgung von einer Hörgeräteversorgung?

Bei einem Cochlea Implantat (CI) wird der Hörnerv über eine in die Cochlea eingeschobene Elektrode elektrisch erregt. Im Unterschied zur konventionellen Hörgeräteversorgung ist ein operativer Eingriff erforderlich. Die Entscheidung für eine Cochlea-Implantat-Versorgung ist eine Entscheidung für das ganze Leben und für die Eltern emotional sehr belastend. Die Indikation wird bei einer Hörstörung mit nur geringen Hörresten gestellt, wenn sich abschätzen lässt, dass eine Hörgeräteversorgung für die Hör- und Sprachentwicklung des Kindes nicht ausreichend sein wird. Zuvor wird in der Regel immer erst eine beidseitige Hörgeräteversorgung versucht.

Für die CI-Technik liegen seit Anfang der siebziger Jahre klinisch anwendbare Geräte vor, die seitdem ständig verbessert werden. Das System besteht aus einem externen Mikrofon, einem Sprachprozessor, einer externen Sendespule, einer internen (unter der Kopfhaut liegenden) Empfängerspule und der Elektrode in der Cochlea (Abb. 4). Inzwischen ist die operative Versorgung von Kindern mit einem Cochlea-Implantat eine häufig durchgeführte Maßnahme und das Alter der Kinder bei Implantation hat sich in den letzten Jahren ständig verringert. Zum jetzigen Zeitpunkt wird bei der entsprechenden Indikation eine CI-Versorgung mit dem Ende des 1. Lebensjahres angestrebt, in manchen Fällen sogar eher. Ziel ist, die sensible Phase der Hörbahnreifung zu nutzen. Die Aussichten auf einen optimalen Erfolg der

Abb. 4: Cochlea-Implantat (CI)



CI-Versorgung mit guter Hör- und Sprachentwicklung verschlechtern sich bei der sogenannten „prälingualen Ertaubung“ (also dem Hörverlust vor Abschluss des Hör- und Spracherwerbs) mit zunehmendem Lebensalter. Hier zeigt sich sehr deutlich, dass Hören in der sensiblen Phase gelernt werden muss und wir eben eigentlich nicht mit dem Ohr, sondern mit dem Gehirn hören.

Eine Herausforderung bei Säuglingen, abgesehen von den Schwierigkeiten der Operationstechnik, ist bereits die Sicherung der Diagnose und die Indikationsstellung. Es muss abgewogen werden, ob eine CI-Versorgung gegenüber der Hörgeräteversorgung größere Chancen für eine gute Hör- und Sprachentwicklung bringt. Dazu werden alle Möglichkeiten der objektiven und subjektiven Audiometrie eingesetzt. Zusätzlich sind Einschätzungen der allgemeinen Entwicklung sowie des sozialen Hintergrundes und der Kooperationsfähigkeit der Eltern notwendig. Nur bei guter Mitarbeit der Eltern ist ein zufriedenstellendes Ergebnis zu erwarten. Auch hier ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit Voraussetzung. Bei der Entscheidungsfindung stehen den Eltern Phoniater und Pädaudiologen, HNO-Ärzte, Kinderärzte, Schwerhörigenpädagogen, Akustiker, Psychologen und weitere Berufsgruppen zur Seite.

Nach der Operation beginnt dann erst die eigentliche „Arbeit“ für alle Beteiligten: Im Rahmen von ambulant oder stationär an spezialisierten Zentren durchgeführten und sich über Jahre hinziehenden Reha- und Fördermaßnahmen erfolgen Hörtraining und Sprachförderung. Ähnlich wie bei mit Hörgeräten versorgten Kindern sind regelmäßige technische Kontrollen und Korrekturen der Einstellung des Sprachprozessors erforderlich.

Frühzeitig mit einem CI versorgte Kinder haben gute Chancen für einen annähernd normalen Spracherwerb. Viele Kinder können nach entsprechender Förderung eine Regelschule besuchen.

„Facit für die Praxis“

- Innenohrschwerhörigkeiten Prävalenz von 1–2/1000
- Differenzierte Hördiagnostik/Hörgeräteanpassung schon in den ersten Lebenswochen
- Hörschwellenbestimmung mit subjektiven und objektiven Audiometrierfahren
- Anfangs oft nur „Arbeitshypothese“ zur Hörschwelle
- Im Verlauf stetige Kontrolle (Hörgeräteanpassung/Ohrpassstücke)
- Cochlea-Implantat bei zu geringen Hörresten für Hörgeräte
- CI-Versorgung mit Ende des 1. Lebensjahres angestrebt

Literatur bei der Verfasserin.

Korrespondenzadresse:
 OÄ Dr. med. Susanne Fleischer
 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
 Poliklinik für Hör-, Stimm- und Sprachheilkunde
 Martinistraße 52, 20246 Hamburg
 Tel.: 040 - 42803 2865, Fax: 040 - 42803 6814
 e-Mail: fleischer@uke.uni-hamburg.de

Red.: Riedel

Zervixkarzinom

1. Epidemiologie

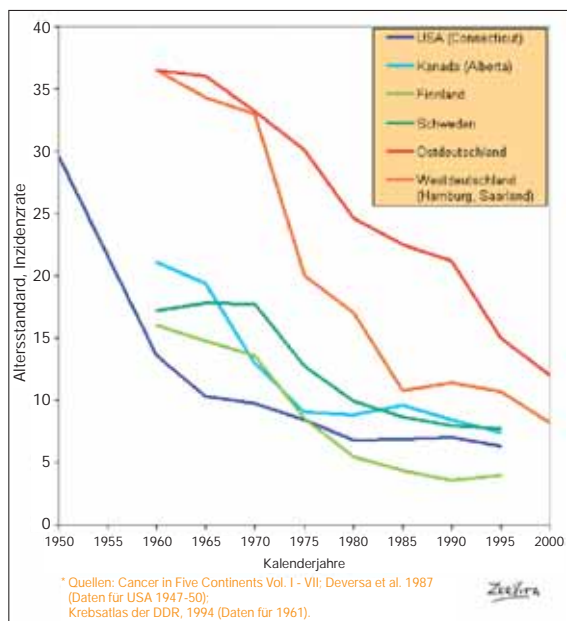
Weltweit erkranken jährlich etwa 500.000 Frauen an einem invasiven Zervixkarzinom. Etwa die Hälfte der erkrankten Frauen verstirbt an dieser Erkrankung. Die meisten Erkrankungen werden in Lateinamerika und im südlichen Afrika sowie in Asien mit Inzidenzraten von 30 auf 100.000 Frauenjahre beobachtet (Parkin DM, 2001).

In Deutschland erkrankten nach Hochrechnungen der Dachdokumentation Krebs am Robert-Koch-Institut auf der Basis von Krebsregisterdaten im Jahr 2004 etwa 6.200 Frauen an Gebärmutterhalskrebs, etwa 1.700 Frauen starben daran.

Ein erster Erkrankungsgipfel findet sich bereits bei Frauen im Alter zwischen 35 und 54 Jahren – im Vergleich zu vielen anderen Krebserkrankungen sehr früh –, dem nach einem Rückgang ein erneuter Anstieg in höherem Alter folgt.

Vor der Einführung des gesetzlichen Früherkennungsprogramms 1971 zählte das Zervixkarzinom in Deutschland zu den häufigsten Krebserkrankungen bei Frauen. Mittlerweile ist es durch das Angebot der regelmäßigen Abstrichuntersuchung und die frühzeitige Behandlung von Krebsvorstufen auf Platz elf zurückgedrängt worden. Allerdings ist die Erkrankungsrate im europäischen Vergleich noch immer relativ hoch (Abb. 1 und 2). Deutschland hat zusammen mit Norwegen und Dänemark die höchsten Inzidenzraten (Klug et al., 2003). Auch die Mortalitätsrate in Deutschland ist im eu-

Abb. 1: Zeitliche Entwicklung der Zervixkarzinominzidenz



ropäischen Vergleich noch immer sehr hoch (Ferlay et al. 2001).

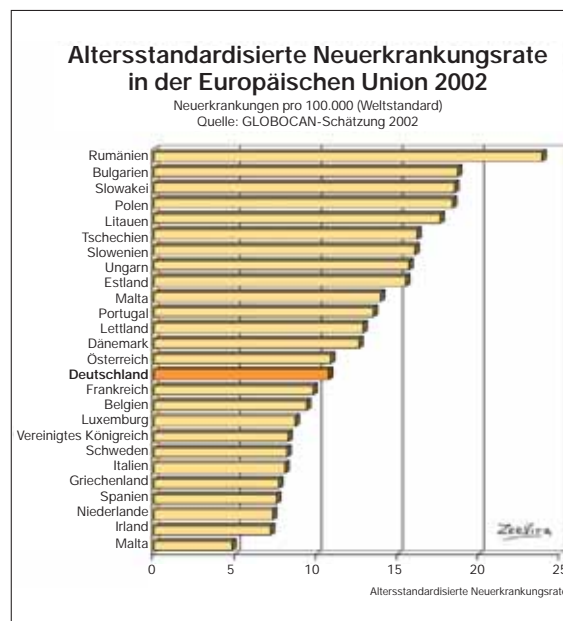
2. Ätiologie

Das Zervixkarzinom entwickelt sich aus einer Präkanzerose, den zervikalen intraepithelialen Neoplasien (CIN), die gemäß ihrem Schweregrad als CIN1, CIN2 und CIN3 (= Carcinoma in situ) bezeichnet werden (Tab. 1).

CIN I	Atypische Zellen finden sich im basalen Drittel des Plattenepithels; Zellkerne sind groß, gering verformt, geringe Hyperchromasie, kaum Mitosen im unteren Drittel
CIN II	Atypische Zellen finden sich in den unteren zwei Dritteln des Epithels; Zellkerne stärker verformt, ausgeprägte Chromatinunregelmäßigkeiten, vermehrt Mitosen bis ins mittlere Drittel
CIN III (CIS = Carcinoma in Situ)	Das gesamte Epithel besteht aus atypischen Zellen mit schweren Kernunregelmäßigkeiten und vermehrten Mitosen

Tab. 1: Histologischen Kriterien der (Bethesda) Klassifikation

Abb. 2: Inzidenz Zervixkarzinom



Prof. Dr. Thomas Iftner, Universitätsklinikum Tübingen (UKT)

Dr. med. W. Harlfinger, Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF)

Prof. Dr. med. K. Friese, Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU)

Dr. med. M Steiner, Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF)

Dr. med. I. Kuhlicke, Universitätsklinikum Tübingen (UKT)

Tab. 2: Natürlicher Verlauf der Zervixdysplasie (CIN) (Hillemanns P, 2004)

	Spontanremission	Persistenz	Progression
CIN 1	55%	30%	15%
CIN 2	40%	30–40%	20–30%
CIN 3	10%	20–40%	50–70%

Die persistierende Infektion der Zervix mit bestimmten Hochrisikotypen von Humanen Papillomviren (HPV) stellt eine notwendige Voraussetzung für die Entstehung des Zervixkarzinoms dar. So konnte in 99,7% von fast 1000 Fällen mit invasivem Zervixkarzinom der Nachweis auf HPV-DNA mit Hilfe molekularbiologischer Verfahren geführt werden (Walboomers et al. 1999). Papillomviren sind kleine, unbehüllte DNA-Viren, die weltweit verbreitet sind und überwiegend durch sexuellen Kontakt, hauptsächlich durch Geschlechtsverkehr, übertragen werden.

Die zahlreichen Genotypen (über 100) des humanen Papillomvirus sind für den Menschen unterschiedlich pathogen. Verantwortlich für die Entstehung des Gebärmutterhalskrebses sind die sog. Hochrisiko-Typen (high-risk-Typen; HR-HPV). Dazu gehören unter anderem HPV 16, 18, 31 und 45. Allein HPV 16 und HPV 18 verursachen zusammen ca. 70% der Zervixkarzinomfälle.

So genannte Niedrig-Risiko-Typen (low-risk-Typen; LR-Typen), insbesondere HPV 6 und 11 verursachen hauptsächlich Genitalwarzen und Larynxpapillome. HPV ist das weltweit am häufigsten sexuell übertragene Virus und HPV-Infektionen kommen bei jungen

Frauen sehr häufig vor (ca. 8 von 10 Frauen). In der Regel gelingt dem Immunsystem eine Viruselimination nach ca. 6–24 Monaten, ohne dass klinisch relevante Symptome auftreten.

Persistierende Infektionen mit HR-HPV-Typen dagegen können zu zervikalen intraepithelialen Neoplasien (CIN), und in der Progression zu einem Zervixkarzinom führen (Tab. 2 und Abb. 3).

3. Pathologie

Aus noch nicht vollständig geklärten Gründen kann die persistierende Infektion mit bestimmten karzinogenen Typen Humaner Papillomviren karzinomatöse Veränderungen vor allem in Bereichen hervorrufen, die als sogenannte Transformationszonen bezeichnet werden. Diese Zonen sind dadurch charakterisiert, dass ein bestimmter Epitheltyp (mehrschichtiges Plattenepithel) mit einem anderen Epitheltyp (Drüsenepithel) in Kontakt kommt und zu einem stufenweisen Ersatz des anderen führt. Dies geschieht durch einen Transformationsprozess, der als Metaplasie bezeichnet wird. **Beispiele für Organe, die Transformationszonen enthalten, sind die Zervix, der Anus und die Tonsillen, die alle empfänglich für die HPV-Karzinogenese sind.** Im Falle des Gebärmutterhalses (Zervix uteri) ist dies der Bereich, wo sich das einreihige Drüsenepithel in ein Plattenepithel umwandelt (Abb. 4). Dieser Vorgang der Metaplasie fehlt in der Kindheit, wird jedoch während der Pubertät stark aktiviert. **Die Infektion der Transformationszonen mit humanen Papillomviren findet fast ausschließlich durch Sexualkontakte statt** (Moscicki et al., 2006).

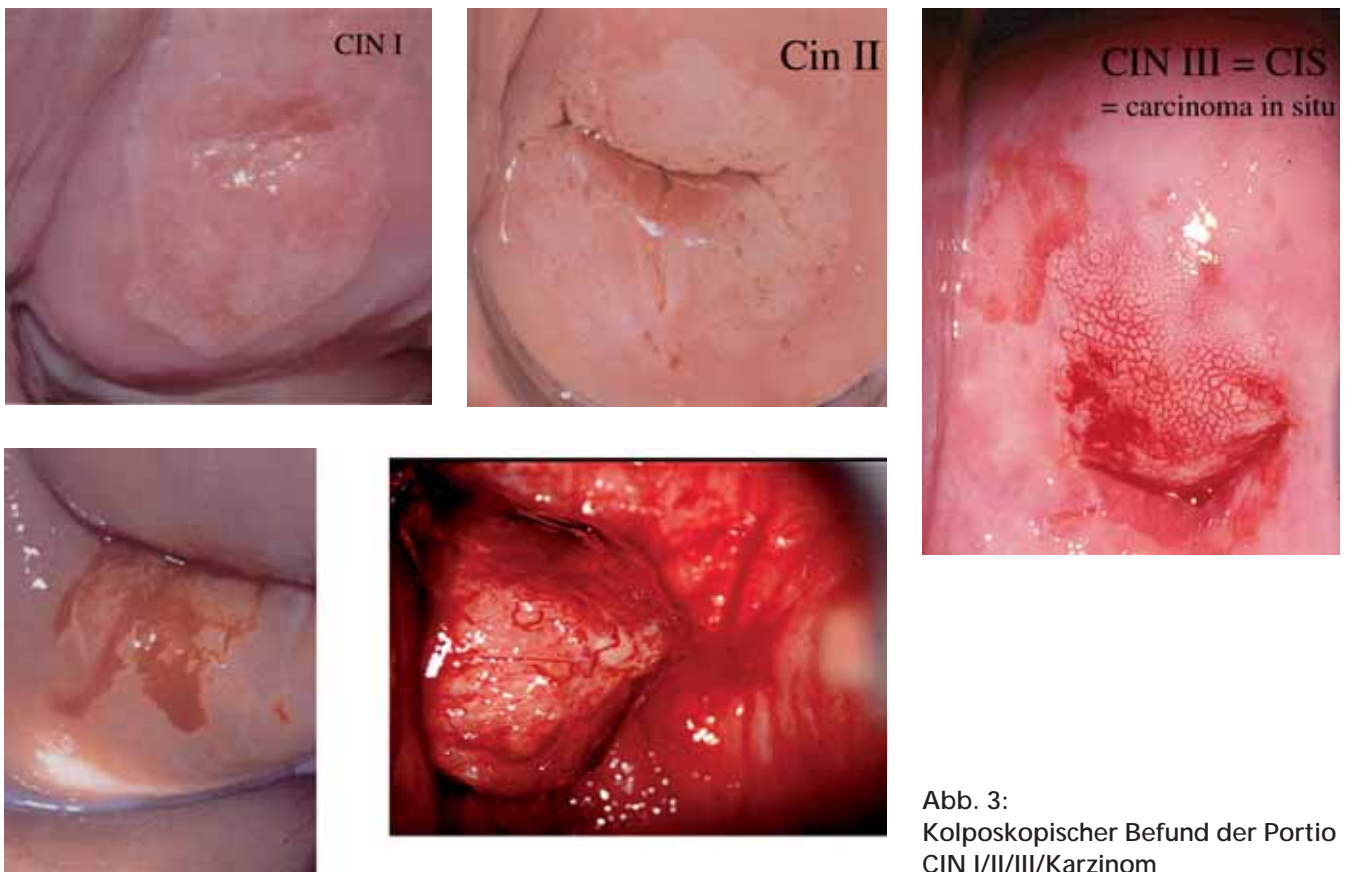


Abb. 3: Kolposkopischer Befund der Portio CIN I/II/III/Karzinom

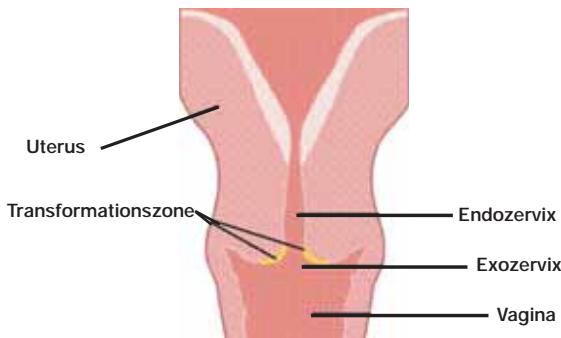


Abb. 4: Schema Zervix und Transformationszone

Invasive Zervixkarzinome sind in der Mehrzahl der Fälle Plattenepithelkarzinome, an zweiter Stelle folgen Adenokarzinome.

4. Klinik

Patientinnen mit intraepithelialen Neoplasien der Zervix haben in der Regel keine klinischen Symptome. Die meisten Läsionen werden im Rahmen von Routine- und Vorsorgeuntersuchungen festgestellt.

Auch bei invasiven Zervixkarzinomen treten Symptome meist erst in fortgeschrittenen Stadien auf. Typisch sind dann Blutungsstörungen, bzw. blutiger oder fleischwasserfarbener, oft unangenehm riechender Ausfluss. Auch Schmerzen stellen sich erst bei fortgeschrittenem Erkrankungsstadium ein, ebenso Symptome von Seiten der Blase und des Rektums.

5. Diagnostik/Früherkennung

Das Zervixkarzinom entwickelt sich in den meisten Fällen aus seiner Präkanzerose, den zervikalen intraepithelialen Neoplasien Grad I-III (CIN 1-3) über einen Zeitraum von ca. zehn Jahren.

Im Mittelpunkt der Untersuchungen zur Sicherung der Diagnose bzw. zum Ausschluss eines Zervixkarzinoms stehen die Anamnese und gynäkologische Untersuchung, sowie die bioptische Gewebeentnahme.

5.1 Zytologischer Abstrich nach Papanicolaou

Die gynäkologische Untersuchung umfasst die **vaginale Untersuchung** mit Spiegeleinstellung (Spekulum) sowie eine bimanuelle Tastuntersuchung. Die Entnahme zytologischer Zellabstriche vom Muttermund und dem Zervikalkanal nach Papanicolaou und die Einteilung nach der Münchener Nomenklatur II sind obligat (Tab. 3). Diese so genannten **Pap-Abstriche**, wie sie umgangssprachlich bezeichnet werden, werden Frauen ab dem 20. Lebensjahr kostenlos angeboten. Die regelmäßige, jährliche Durchführung der schmerzlosen Abstrichuntersuchung bietet die Chance, Krebsvorstufen so frühzeitig zu erkennen, dass sie durch einen wenig belastenden Eingriff dauerhaft entfernt werden können.

5.2 Dünnschichtzytologie

Bei diesem Verfahren wird das ebenfalls durch einen Abstrich gewonnene Zellmaterial in einem Röhrchen mit Konservierungsmedium auf einer kleinen Fläche in einer einzelligen Schicht untersucht. Diese Methode zeigt weniger Verunreinigungen, Überlagerungen und Fixationsfehler als die konventionellen Ausstriche und scheint im Screening eine bessere Sensitivität bei vergleichbarer Spezifität und erniedrigter Rate an unklaren Befunden aufzuweisen (Abulafia et al. (2003) – möglicherweise auch durch die notwendigerweise subtilere Abstrichentnahmetechnik. Eine Weiterentwicklung ist die Computerassistenz. In Deutschland läuft derzeit eine Studie zur Überprüfung der Leistungsfähigkeit der computerassistierten Dünnschichtzytologie, die so genannte Rhein-Saar-Studie, initiiert vom Berufsverband der Frauenärzte. Ein Vorteil liegt auch in der Möglichkeit, an der

Gruppe	Begriffsdefinition	Empfehlung
I	Normales Zellbild, altersentsprechend, einschl. leichter entzündlicher und degenerativer Veränderungen sowie bakterieller Zytolyse	
II	Deutlich entzündliche Veränderungen, Regenerationsepithel, unreife metaplastische Zellen, stärkere degenerative Veränderungen, Para- und Hyperkeratosezellen, spezielle Zellbilder wie z.B. HPV-Infektionen ohne wesentliche Kernveränderungen u.a.	Ggf. zytologische Kontrolle. Zeitabstand je nach klinischem Befund – eventuell nach vorheriger Entzündungsbehandlung oder Aufhellung durch Hormongaben
III	Unklarer Befund (schwere entzündliche, degenerative oder andere Veränderungen, die eine sichere Zuordnung zwischen gut- und bösartigen Befunden nicht zulassen)	Je nach klinischem und kolposkopischem Befund kurzfristige zytologische Kontrollen oder sofortige histologische Abklärung
IIID	Zellen einer Dysplasie leichten bis mäßigen Grades; besondere Erwähnung bei Zeichen einer HPV-Infektion	Kolposkopisch-zytologische Kontrolle in drei Monaten
IVa	Zellen einer schweren Dysplasie oder eines Carcinoma in situ; besondere Erwähnung bei HPV-Infektion	Kolposkopisch-zytologische Kontrolle und histologische Klärung
IVb	Zellen einer schweren Dysplasie oder eines Carcinoma in situ; Zellen eines invasiven Karzinoms nicht auszuschließen	Kolposkopisch-zytologische Kontrolle und histologische Klärung
V	Zellen eines malignen Tumors (auch extragenitalen Ursprungs)	Kolposkopisch-zytologische Kontrolle und histologische Klärung

Tab. 3: Münchener Nomenklatur II

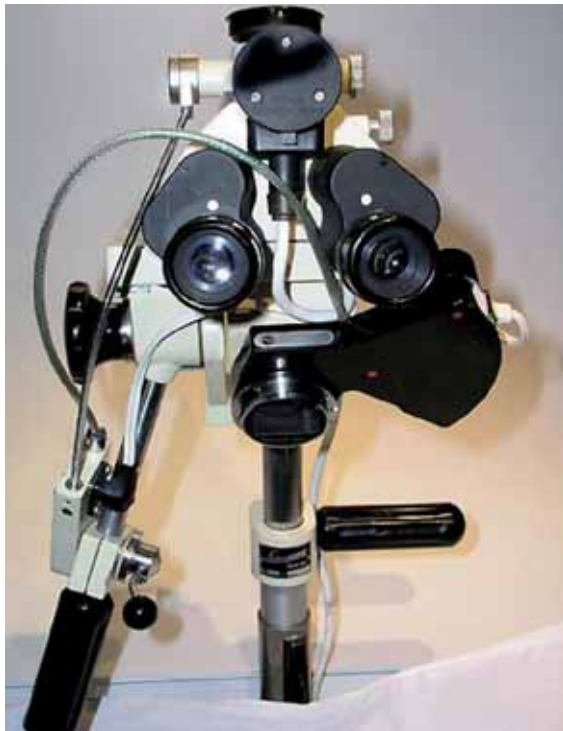


Abb. 5:
Kolposkop

konservierten Flüssigkeit simultan oder erst nach Vorliegen eines auffälligen zytologischen Befundes einen HPV-Test (siehe 5.5) durchführen zu können (Reflex-HPV-

Test). In Deutschland hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Aufnahme der Dünnschichtzytologie in die Routinediagnostik abgelehnt.

5.3 Kolposkopie

Bei ausgeprägteren Zellveränderungen oder wenn mittelgradige Zellveränderungen länger bestehen bleiben, sollte eine Abklärung durch eine Scheidenspiegelung (**Kolposkopie**; Abb. 5) mit gezielter **Biopsie** oder auch durch eine **Konisation** (siehe 5.4) erfolgen.

Die Kolposkopie erlaubt die stereoskopische Betrachtung der Zervix mit einer 7,5- bis 30fachen Vergrößerung. Durch die präoperative Kolposkopie mit Biopsie kann der Anteil unnötiger Konisationen bei Frauen mit negativer Histologie oder leichten und mittleren Dysplasiegraden um 10–20% gesenkt werden, was angesichts des hohen Anteils sehr junger Frauen mit Dysplasien und nicht abgeschlossener reproduktiver Phase wünschenswert ist.

5.4 Konisation

Bei diesem Eingriff wird ein kegelförmiges Gewebestück, das die verdächtigen Schleimhautbezirke und möglichst einen Rand gesunden Gewebes umfasst, aus Muttermund/Portio und Zervix exzidiert. Der Eingriff dauert im Durchschnitt zwischen 20 und 30 Minuten und wird in der Regel ambulant unter lokaler Anästhesie durchgeführt. Therapie der Wahl ist die Konisation mit

TNM	FIGO	
TX		Primärtumor kann nicht beurteilt werden.
T0		Kein Anhalt für Primärtumor
Tis	0	Carcinoma in situ
T1	I	Karzinom ist streng auf die Cervix uteri begrenzt (die Ausdehnung auf das Corpus uteri bleibt unberücksichtigt)
T1a	IA	Invasives Karzinom, das lediglich mikroskopisch identifiziert wird. Alle makroskopisch erkennbaren Läsionen – sogar mit oberflächlicher Invasion – werden dem Stadium IB zugerechnet. Die Invasion ist begrenzt auf eine gemessene Stroma-Invasion mit einer maximalen Tiefe von 5 mm und einer Oberflächenausdehnung von nicht mehr als 7 mm.
T1a1	IA1	Gemessene Stroma-Invasion von nicht mehr als 3 mm in der Tiefe und einer Oberflächenausdehnung von nicht mehr als 7 mm.
T1a2	IA2	Gemessene Stroma-Invasionstiefe von mehr als 3 mm und nicht mehr als 5 mm bei einer Oberflächenausdehnung von nicht mehr als 7 mm.
T1b	IB	Klinisch erkennbare Läsionen, begrenzt auf die Cervix uteri oder subklinische Läsionen mit größeren Maßen als Stadium IA.
	IB1	Klinisch erkennbare Läsionen, nicht größer als 4 cm.
	IB2	Klinisch erkennbare Läsionen, größer als 4 cm.
T2	II	Zervixkarzinom infiltriert jenseits des Uterus, aber nicht bis zur Beckenwand und nicht bis zum unteren Drittel der Vagina.
T2a	IIA	Ohne Infiltration des Parametriums. Infiltration der oberen 2/3 der Vagina.
T2b	IIB	Mit Infiltration des Parametriums aber keine Ausbreitung zur Beckenwand.
T3	III	Zervixkarzinom breitet sich bis zur Beckenwand aus und befällt das untere Drittel der Vagina und verursacht Hydronephrose oder stumme Niere.
T3a	IIIA	Tumor befällt unteres Drittel der Vagina, keine Ausbreitung zur Beckenwand.
T3b	IIIB	Tumor breitet sich bis zur Beckenwand aus oder verursacht Hydronephrose oder stumme Niere.
T4	IV	Tumor infiltriert Schleimhaut von Blase oder Rektum und/oder überschreitet die Grenzen des kleinen Beckens.
T4	IVA	Ausbreitung auf angrenzende Organe des Beckens.
T4	IVB	Ausbreitung auf entfernte Organe (Fernmetastasen).

Tab. 4: FIGO und UICC-Klassifikation des Zervixkarzinoms

der elektrischen Schlinge, weitere Verfahren sind die Messer- oder CO₂-Konisation.

5.5 HPV-Test

Die Diagnostik einer HPV-Infektion mittels PCR oder Hybrid-Capture 2-Assay (als einziger von der FDA [Food and Drug Administration] zugelassen) hat in den letzten Jahren die Möglichkeit eröffnet, Patientinnen mit persistierenden HPV-Infektionen zu detektieren, die als Risikopatientinnen für die Entwicklung einer höhergradigen Dysplasie angesehen werden können. Der HPV-Nachweis hat derzeit in Deutschland noch keinen Stellenwert im primären Screening auf Vorstufen des Zervixkarzinoms und wird als IGEL-Leistung angeboten.

Der **HPV-Test** wird jedoch bereits im Rahmen der Krebsfrüherkennung zur Abklärung von unklaren bzw. anhaltenden geringgradigen zytologischen Veränderungen sowie im Zustand nach erfolgter Therapie von CIN oder Zervixkarzinom und innerhalb klinisch-wissenschaftlicher Studien eingesetzt.

6. Therapie

Die Behandlung des Zervixkarzinoms und seiner Vorstufen ist durch die interdisziplinäre S2 Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologischer Onkologie (AGO), der Deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie (DGGG) sowie der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) geregelt.

6.1 Präkanzerosen

Bei Vorliegen eines atypischen PAP-Abstriches wird zunächst kolposkopisch untersucht und in der Regel eine Histologie mittels Biopsie gewonnen (siehe 5.3). Je nach histologischem Befund erfolgen weitere Therapiemaßnahmen:

- Die zervikale intraepitheliale Neoplasie (CIN) I kann durch regelmäßige zytologische und kolposkopische Kontrolluntersuchungen beobachtet werden.
- Bei höhergradigen zervikalen intraepithelialen Neoplasien (CIN) II und III erfolgt die chirurgische Behandlung, wobei ein differenziertes Vorgehen bei noch bestehendem Kinderwunsch verlangt wird (Konisation und engmaschige zytologische Kontrollen, HPV-Test).

6.2 Invasives Zervixkarzinom

Für die Primärtherapie des Zervixkarzinoms stehen Operation, Radiotherapie und Chemotherapie sowie die simultane und sequenzielle Kombination der Methoden zur Verfügung. Grundsätzlich werden kleinere Tumoren bei Patientinnen in gutem Allgemeinzustand operiert, während bei größeren Karzinomen oder reduziertem Allgemeinzustand die primäre Radiotherapie gegebenenfalls in Kombination mit einer Chemotherapie vorzuziehen ist.

Die Stadieneinteilung des Zervixkarzinoms erfolgt derzeit „klinisch-diagnostisch“. Die Definitionen entsprechen denen der FIGO und UICC- (TNM-)Klassifikation, die auf histopathologisch gesicherten Daten beruhen (Tab. 4).

Prinzipien der operativen Therapie S2 Leitlinie Zervixkarzinom der DGGG, DKG und AGO

- Ziel der operativen Therapie ist die tumorfreie Resektion (R0)
- Abhängig vom Stadium mittels Konisation, Trachelektomie, Hysterektomie (HE), Wertheim Meigs-OP, Exenteration
- Alternativ Strahlen-/Chemotherapie ab Stadium FIGO II b / III

Risiken der Operation

- Scheidenverkürzung
- Blasenentleerungsstörungen
- Harnleiter-Scheidenfisteln
- Störungen des Lymphabflusses

Abb. 6:
Prinzipien der operativen Therapie

Ziel der operativen Therapie ist die tumorfreie Resektion R0. In Abhängigkeit des Stadiums kann sie durch

- Konisation (siehe 5.4)
- Trachelektomie
- Hysterektomie
- Wertheim Meigs-OP
- Exenteration (Abb. 6 und 7)

durchgeführt werden.

Lebensentscheidend und daher prognostisch extrem wichtig ist die Durchführung des exakten diagnostischen Stagings. Dies bildet die Grundlage für alle Therapieentscheidungen und ist somit das wichtigste diagnostische Verfahren. Neben dem operativen Staging (offen oder laparoskopisch) kommen bildgebende Verfahren (CT, MRT) zum Einsatz.

Die Vorteile der operativen Therapie gegenüber der Chemotherapie oder Radiatio sind die genaue Histologie und Staging, Erhaltung der Ovarialfunktion sowie eine kürzere Behandlungsdauer und geringere Spätmorbidität.

Zu den Vorteilen der Bestrahlung zählt die Vermeidung von möglichen intra- oder postoperativen Komplikationen.

Tumorstadium, Lymphknotenbefall, vaginaler Resektionsrand und Tumorgrading haben Einfluss auf die Therapieentscheidung, während immunhistochemische

Fertilitätserhaltende Operation beim Zervixkarzinom

40% (< 40 Jahre) könnten fertilitätserhaltend operiert werden:

- FIGO 1A1-IB
- Tumorgröße < 2 cm
- Invasionstiefe < 10 mm

Op-Form: Staging-Laparoskopie und Trachelektomie

▶ Schwangerschaftsrate bei konservativer Behandlung:

- 41,2% (Zusammenfassung von 12 Studien)
- jedoch Abortrate erhöht (32,7%)

Abb. 7:
Fertilitätserhaltende Operation;
Prof. Kölbl,
Mainz

Abb. 8: Prognosefaktoren beim Zervixkarzinom; Prof. Kölbl, Mainz

Etablierte Prognosefaktoren
• Invasionstiefe
• Tumorgröße
• LVSI
• Lymphknotenbefall
• Tumolvolumen
• Klinisches Stadium
• Tumorausdehnung (positiver Resektionsrand)
• Tumorgrading
• Anzahl der entfernten Lymphknoten
• Alter
• Gewicht
• Rasse
• Familienstand

Marker als Hilfe zur Therapieentscheidung beim Zervixkarzinom derzeit noch keine ausreichende Datengrundlage liefern.

7. Prognose

Die Prognose beim Zervixkarzinom ist abhängig vom Tumorstadium, dem histopathologischen Typ, dem diagnostischen Staging und dem Lymphknotenbefall (Abb. 8 und 9). So hat zum Beispiel das Adenokarzinom eine schlechtere Prognose als das Plattenepithelkarzinom. Die relative 5-Jahres-Überlebensrate des invasiven Karzinoms liegt bei 61 % (Daten RKI).

Wünschenswert ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit auf hohem operativem, strahlentherapeutischem, chemotherapeutischem und technischem Gebiet. Dies ist in der Regel nur in bestimmten größeren Kliniken mit den entsprechenden oben beschriebenen Voraussetzungen möglich.

8. Prävention

Die Ständige Impfkommission hat auf ihrer 56. Sitzung am 27. und 28. Februar 2007 nach Abstimmung mit

den Bundesländern und unter Berücksichtigung der Stellungnahmen weiterer betroffener Kreise eine Empfehlung zur generellen Impfung gegen Humane Papillomviren (HPV) für Mädchen im Alter von 12 bis 17 Jahren verabschiedet.

Mitteilung der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (12/2007):

„Die STIKO **empfiehlt** zur Reduktion der Krankheitslast durch den Gebärmutterhalskrebs die Einführung einer generellen Impfung gegen humane Papillomviren (Typen HPV 16, 18) für **alle Mädchen im Alter von 12 bis 17 Jahren.**“

Seit Juni 2007 ist die Impfung innerhalb der Empfehlung eine Regelleistung der GKV.

Die beiden bisher entwickelten und zugelassenen **Impfstoffe Gardasil® und Cervarix®** gegen HPV enthalten sog. *virus-like particles* (VLPs), die aus dem Hauptkapsidprotein L1 der Papillomviren bestehen. **Sie enthalten keine virale DNA und besitzen damit kein onkogenes Potenzial.**

Durch eine 3-malige, intramuskulär verabreichte Impfung wird die Bildung neutralisierender Antikörper induziert. Antikörper im Serum nach Impfung mit einem VLP-HPV-Impfstoff werden zunächst in 100- bis 1.000-fach höherer Konzentration als nach einer natürlichen Infektion gebildet (STIKO, 03/2007).

Cervarix® schützt vor der Infektion mit den Hochrisiko HPV-Typen 16 und 18, die zusammen für etwa 70 % aller Zervixkarzinomfälle verantwortlich sind (HPV 16 für etwa 50%, HPV 18 für etwa 20%). Gardasil® schützt als tetravalenter vorbeugender Impfstoff zusätzlich vor Infektionen mit den Niedrigrisiko HPV-Typen 6 und 11. Sie sind für etwa 90% aller anogenitaler Feigwarzen (Condylomata acuminata) verantwortlich und lassen sich außerdem zu 20 bis 25% bei den häufigen geringgradigen Dysplasien des Gebärmutterhalses (CIN 1) nachweisen (Douglas, R. et al. 2006).

Die Zulassung von Gardasil® und Cervarix® erfolgte aufgrund der Studiendaten an Mädchen im Alter von 16-26 Jahren (Gardasil®) bzw. 15-25 Jahren (Cervarix®). Die Ergebnisse der klinischen Studien mit den beiden Impfstoffen sind sehr gut: 90 bis 100 Prozent der anhaltenden Infektionen mit HPV 16 und HPV 18 wurden verhindert, und durch diese Viren verursachte Krebsvorstufen traten gar nicht auf. Gardasil® verhinderte zudem zuverlässig die Entstehung von genitalen Warzen durch HPV 6 und 11 (Publikationen zu den Gardasil-Studien: Ault et al. 2007, The FUTURE II Group 2007, Garland et al. 2007, Koutsky et al. 2006, Mao et al. 2006, Villa et al. 2005, Villa et al. 2006; Publikationen zu den Cervarix-Studien: Harper et al. 2006, Koutsky et al. 2006, Paavonen et al. 2007, Rambout et al. 2007).

Auch bei jungen Mädchen und Jungen zwischen 9 und 14 Jahren (Gardasil®) bzw. 10 und 15 Jahren (Cervarix®) wurde eine starke Immunantwort nach der Impfung nachgewiesen (European Public Assessment Report Gardasil/Cervarix). Bei den Kindern wurde nur die Stärke der Immunisierung gemessen. Die erzeugten Antikörpertiter waren bei den Jungen und Mädchen im Al-

Abb. 9: Lymphknotenstatus; Prof. Kölbl, Mainz

Lymphknotenstatus



- **Negative Lymphknoten:** 85-90% 5-Jahres Überleben
- **Positive Lymphknoten:** 20-74% je nach Anzahl der befallenen Lymphknoten
- Befall der A. iliaca communis Lymphknoten: 25% 5-Jahres Überleben
- Befall der pelvinen Lymphknoten: 65% 5-Jahres Überleben
- Bilateraler vs. unilateraler Befall der pelvinen Lymphknoten: 22-40% vs. 59-70% 5-Jahres Überleben

ter von 9 bis 15 Jahren höher als bei der Gruppe der erwachsenen Frauen. Diese stärkere Immunreaktion auf eine Impfung bei Kindern beobachtet man auch bei anderen Impfstoffen.

Die Dauer des Impfschutzes konnte in einer Nachfolgestudie bereits für 5 Jahre nachgewiesen werden (Harper et al. 2006, Villa et al. 2006). Studienergebnisse deuten darauf hin, dass der Impfstoff auch einen gewissen Schutz gegen die Hochrisiko HPV-Typen 31 und 45 bietet (Harper et al. 2006).

Beide Impfstoffe wurden im Rahmen von Studien vornehmlich an Frauen erprobt, die noch nicht mit einem der vier HPV-Typen 6, 11, 16, 18 (Gardasil®) oder 16, 18 (Cervarix®) infiziert waren. Auch sexuell aktive Frauen, die bereits Kontakt mit HPV hatten, können einen Impfschutz aufbauen, allerdings nicht gegen die HPV-Typen, mit denen sie bereits infiziert sind. Diese Frauen erhalten durch die Impfung aber einen Schutz gegen die Vakzine-HPV-Typen, mit denen sie noch keinen Kontakt hatten (Douglas, R. et al. 2006, Steinbrook, R. 2006).

Die STIKO begründet die Empfehlung der Impfung von Mädchen ab dem Alter von 12 Jahren damit, dass es noch keine langfristigen Daten über die Dauer des Impfschutzes gibt und daher die Impfung zunächst relativ zeitnah zur Exposition mit dem Erreger gegeben werden sollte. Diese Altersbegrenzung wird so gewählt, da nur vor der Exposition mit HPV ein sicherer Schutz erreicht wird und Mädchen oft bald nach den ersten sexuellen Kontakten mit HPV infiziert werden. Nach Aussage der STIKO können auch die Frauen, die im Alter von 12 bis 17 Jahren noch keine Impfung erhalten haben, abhängig von ihrer persönlichen Situation, zu einem späteren Zeitpunkt noch von der Impfung profitieren und nach Beratung geimpft werden. Es ist davon auszugehen, dass nur ein sehr kleiner Anteil der Frauen eine Mehrfachinfektion mit den im Impfstoff vorhandenen Typen hat, der Impfstoff kann dann in jedem Fall vor der Infektion

mit den anderen im Impfstoff vorhandenen Virustypen schützen. Auch Krebsvorstufen der Vulva und der Vagina (HPV 16 und 18) sowie genitale Warzen (HPV 6 und 11), die durch diese HPV-Typen verursacht werden, wurden durch die Impfungen zu fast 100% verhindert.

Die Impfstoffe bieten allerdings keinen vollständigen Schutz vor Gebärmutterhalskrebs und seinen Vorstufen, da auch andere HPV-Typen, gegen die der Impfstoff nicht wirksam ist, Gebärmutterhalskrebs verursachen können (Steinbrook, R. 2006). **Etwa 30 % der Zervixkarzinome können durch die Impfung nicht verhindert werden, deshalb ist es auch für geimpfte Frauen wichtig, weiterhin regelmäßig an der jährlichen Gebärmutterhalskrebs-Früherkennungsuntersuchung (ab dem 20. Lebensjahr) teilzunehmen (Cuzick, J. et al. 2006).**

Eine therapeutische Wirksamkeit des Impfstoffes gegen eine bereits bestehende HPV-Infektion, genitale Warzen oder Krebsvorstufen besteht nachgewiesenermaßen nicht (Hildesheim 2007). Junge Männer zeigten auf die Impfung eine vergleichbare Immunantwort wie junge Frauen. Möglicherweise schützt eine Impfung Jungen/Männer vor Genitalwarzen und seltenen Krebsarten wie Peniskarzinom, Larynxkarzinom und Analkarzinom (HPV Vaccine Questions and answers. Centers for Disease Control and Prevention, Douglas, R. et al. 2006).

Zusätzlich könnten nicht HPV-geimpfte Mädchen/Frauen durch geimpfte Jungen/Männer vor Infektionen geschützt werden, da sie dann keine Virusträger sind.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse
Prof. Dr. Thomas Iftner
Universitätsklinikum Tübingen
Institut für Medizinische Virologie
Sektion Experimentelle Virologie
Elfriede-Aulhorn-Straße 6, 72076 Tübingen
Tel. (07071) 2980196
Tel. (07071) 2980247 (Sekretariat)
Fax (07071) 295419
E-Mail: bakasper@med.uni-tuebingen.de

Red.: Christen



Informationskampagne ZERVITA zum Thema Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung und Prävention

Trotz sehr guter Möglichkeiten der Früherkennung und Frühbehandlung ist der Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom) mit geschätzten 6200 Neuerkrankungen jährlich in Deutschland keine seltene Krebserkrankung. Über 1700 Frauen sterben pro Jahr an den Folgen des Zervixkarzinoms. Diese Zahlen könnten nachweislich deutlich weiter gesenkt werden, wenn mehr Frauen die Früherkennungsuntersuchungen wahrnehmen würden. Zudem wurden in den letzten Jahren Impfstoffe gegen die Hauptursacher des Zervixkarzinoms – Typen der Humanen Papillomviren (HPV 16 und 18) – entwickelt und erfolgreich getestet. Die STIKO hat im März 2007 eine Empfehlung für die Impfung gegen humane Papillomviren (HPV) für Mädchen von 12 bis 17 Jahren ausgesprochen. Durch eine solche Impfung kann der Erkrankung noch wirksamer vorgebeugt werden.

Diese Zusammenhänge sind Frauen in Deutschland noch zu wenig bekannt. Die im September 2006 gegründete Projektgruppe ZERVITA hat es sich zur Aufgabe gemacht, in der Bevölkerung und in medizinischen Fachkreisen das Bewusstsein für das Zervixkarzinom und dessen Ursachen zu fördern und verständliche, wissenschaftlich abgesicherte und verlässliche Information zu verbreiten. Durch umfassende und objektive Information über den Nutzen der Früherkennungsuntersuchungen und über die Konsequenzen von möglichen Maßnahmen bei Zellveränderungen am Gebärmutterhals sollen mehr Frauen als bisher zur Teilnahme motiviert werden. Darüber hinaus informiert ZERVITA auf der Grundlage des aktuellen Wissensstandes über Risikofaktoren und Vorbeugungsmöglichkeiten von Gebärmutterhalskrebs. So sollen sachliche Informationen über die neue Impfung gegen HPV-Viren allen Interessierten verständlich machen, für wen und wann die Impfung nach dem derzeitigen Stand des Wissens sinnvoll ist.

In der Projektgruppe ZERVITA haben sich 26 Vertreter zahlreicher in Prävention, Früherkennung, Diagnose und Behandlung des Zervixkarzinoms engagierter wissenschaftlicher Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Krebsorganisationen gemeinsam dem Ziel verpflichtet, qualitativ hochwertige und vor allem einheitliche Informationen zu diesen Themen zu entwickeln und über alle Medien breit zugänglich zu machen. Alle Informationen im Rahmen der Kampagne werden in der Projektgruppe abgestimmt und von allen Mitgliedern getragen.

Die Gründung der Projektgruppe ZERVITA ist eine Initiative des Tübinger Virologen Professor Thomas Iftner. Geleitet wird die Projektgruppe von einem aus 6 Mitgliedern bestehenden Lenkungsausschuss (Prof. Becker – Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie, Frau Fehl – Deutsches Grünes Kreuz e.V., Dr. Gebest – DFKZ Heidelberg, Prof. Iftner – Institut für Frauengesundheit Baden-Württemberg, Dr. Steiner – Berufsverband der Frauenärzte e.V., PD Dr. Wagner – Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie). Weitere Hauptakteure sind die European Cervical Cancer Association (ECCA), die auf europäischer Ebene Aufklärungsarbeit zum Thema Zervixkarzinom leistet und koordiniert, der Krebsinformationsdienst KID des Deutschen Krebsforschungszentrums und das Deutsche Grüne Kreuz e.V., das die Pressearbeit für ZERVITA leistet. Die Aufklärungskampagne wird im Rahmen des Projekts INCA (The role of chronic INfections in the development of CANcer) für 4 Jahre durch die Europäische Union und durch weitere Förderer unterstützt.

Erklärtes Ziel der ZERVITA-Projektgruppe ist es, durch nachhaltige und breite Informationsarbeit die Nutzung der Vorbeugungs- und Früherkennungsmöglichkeiten zu steigern und damit zur weiteren Verringerung der Erkrankungszahlen und der Todesfälle durch das Zervixkarzinom beizutragen.

Seit Januar 2008 befindet sich auf der Website – www.zervita.de – ein Informationsportal für junge Mädchen. Darüber hinaus sind eine ausführliche Broschüre zum Zervixkarzinom und ein Ärztemerkblatt zu Früherkennung und Prävention in Planung.

Das von ZERVITA entwickelte Informationsmaterial für die Öffentlichkeit wie auch für die Ärzteschaft ist bei der ZERVITA Pressestelle und über die Website – www.zervita.de – abrufbar. Ein Informationsflyer ist online als Download oder per Bestellung zu erhalten. Für individuelle Anfragen zum Thema steht der Krebsinformationsdienst des DKFZ (KID) als Projektpartner mit seiner kostenlosen Telefon-Hotline (0800 4203040) und seinem E-Mail-Service (krebsinformationsdienst@dkfz.de) zur Verfügung. Kontinuierliche Pressearbeit, die vom Deutschen Grünen Kreuz für das Projekt geleistet wird, soll das Interesse der Medien an der Thematik wecken und erhalten.

Ansprechpartner der ZERVITA-Pressestelle: Sigrid Fehl, Mirko Konrad; zervita-presse@kilian.de

Welche Diagnose wird gestellt?

Silja Schumacher und Peter H. Höger

Anamnese

5 Wochen alter weiblicher Säugling, unauffällige Schwangerschaft und Geburt am Termin. Leichtes Asthma bronchiale beim Vater. Seit 2 Wochen bestehendes, zunehmendes Exanthem im Gesicht, am behaarten Kopf und im Nacken.

Untersuchungsbefund

Guter Allgemeinzustand. Im Bereich des Gesichts Seborrhoe und folliculär gebundene, erythematöse Papeln und Pusteln, ebenso im Bereich des behaarten Kopfes, am Hals und retroaurikulär. Impetiginisation im Bereich der linken Augenbraue. Mundsoor. Übriger Untersuchungsbefund unauffällig.



Wie lautet die Diagnose?

Nur Ihr Urteil bringt uns weiter!

**Wir wollen mehr
Informationsqualität
für Sie.**

Helfen Sie mit, damit Ihnen weiterhin eine gute Fachpresse und ein optimales Informationsangebot zur Verfügung stehen.

In diesen Monaten befragt die Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e.V. Sie und Ihre

Kollegen zum Leseverhalten und zu Ihren Präferenzen in der Fachpresse.

**KINDER-UND
JUGENDARZT**

+

LA-MED

Diagnose: Neonatale zephal Pustulose (Syn.: Pityrosporum-Follikulitis)

Ätiologie

Der neonatalen zephalen Pustulose liegt eine Besiedelung der talgdrüsenreichen Areale durch die lipophile Hefe *Pityrosporum ovale*, auch *Malassezia furfur* genannt, zugrunde. Die Übertragung erfolgt während oder nach der Geburt durch die Mutter oder den Vater. 30–50% der Erwachsenen sind im Bereich der Kopfhaut mit *P. ovale* besiedelt. Dieser Erreger kann bei Jugendlichen und Erwachsenen die Pityriasis versicolor hervorrufen. Im Alter von drei Wochen lässt sich die Hefe bei der Hälfte aller Neugeborenen nachweisen, bis zu zwei Drittel davon entwickeln Symptome. Wichtigster Dispositionsfaktor ist die androgene Stimulation der Talgdrüsen des Neugeborenen durch maternale Androgene.

Klinik

Nach einem Intervall von zwei bis drei Wochen bildet sich eine Follikulitis mit Pusteln und Papeln auf erythematösem Untergrund in den talgdrüsenreichen Arealen, besonders an der Kopfhaut, im Gesicht und im Nacken. Eine Impetiginisierung ist möglich.

Diagnostik

Neben dem klinischen Bild hilft bei der Diagnostik der Pustelausstrich, in dem mikroskopisch Pilzmyzelien und Mikrokonidien nachgewiesen werden können.

Differentialdiagnosen

Differentialdiagnostisch ist im Neugeborenenalter an das Erythema toxicum neonatorum zu denken, das jedoch im Gegensatz zur Pityrosporum-Follikulitis bereits früher, nämlich am 1.–3. Lebenstag auftritt und bis zu 60% der Neugeborenen betrifft. Der Verlauf ist selbstlimitierend, es bedarf keiner Therapie. Die transitorische neonatale Pustulose, auch transitorische pustulöse Melanose genannt, betrifft überwiegend dunkelhäutige Kin-

der, besteht bereits bei Geburt und zeigt sich in Vesikeln und Pusteln ohne erythematösen Hof, die unter Schuppenbildung im Verlauf einiger Wochen abklingen. Eine Therapie ist gleichfalls nicht notwendig. Das seborrhoische Ekzem kann bereits während der ersten Lebenswochen auftreten. Hier findet man diffuse, feinschuppende, erythematöse Plaques. Das atopische Ekzem spielt erst ab dem dritten Lebensmonat eine Rolle. Vermutlich handelt es sich bei einer Vielzahl der als Acne neonatorum diagnostizierten Fälle um eine Pityrosporum-Follikulitis.

Therapie und Prognose

Meist klingt die Erkrankung spontan ab. In schweren Fällen empfiehlt sich jedoch eine Behandlung. Diese besteht zum einen in der vollständigen Karenz gegenüber fetten Externa. Zum anderen kann versucht werden, die *P. ovale*-Besiedelung durch topische Imidazol-Derivate zu vermindern. Hierfür geeignet ist zum einen ein Ketokonazol-haltiges Shampoo (z.B. Terzolin® alle 2–3 Tage für 2–3 Wochen, Behandlung von Mutter und Kind), zum anderen Ciclopiroximol (Batrafen-Gel®, 1x/Tag für 3–6 Tage). Die Abheilung erfolgt innerhalb von 1 bis 2 Wochen.

Literatur

- Bernier V, Weill FX, Hirigoyen V, Elleau C, Feyler A, Labrèze C, Sarlangue J, Chène G, Couprie B, Taïeb A. Skin colonization by *Malassezia* species in neonates: a prospective study and relationship with neonatal cephalic pustulosis. *Arch Dermatol.* 2002;138:255-7

Dr. med. Silja Schumacher und
Prof. Dr. Peter H. Höger
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Liliencronstr. 130
22149 Hamburg

Betriebswirtschaftliche Beratung für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

An jedem 1. Donnerstag im Monat von 17.00 bis 21.00 Uhr stehen Ihnen Herr Jürgen Stephan und seine Mitarbeiter von der *SKP Unternehmensberatung* unter der Servicrufnummer **0800 1011 495** zur Verfügung.

Twenty-Year Trends in Diagnosis of Life-Threatening Neonatal Cardiovascular Malformations

C Wren, Z Reinhardt, K Khawaja: *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 93, F33–F35, Januar 2008

Innerhalb der 20 Jahre von 1985 bis 2004 wurden in einer englischen Region bei 6,4 ‰ von knapp 700.000 Neugeborenen kritische kardiovaskuläre Fehlbildungen diagnostiziert: 8 % pränatal, 62 % postnatal vor Entlassung nach Geburt, 25 % später zu Lebzeiten und 5 % postmortal. Der Anteil antenataler Diagnosen nahm über die Jahre von 0 auf 20 % zu. In den letzten 6 Jahren wurde die Diagnose bei allen Kindern zu Lebzeiten gestellt, so daß der Anteil der zunächst nicht entdeckten Herzfehler von ca. 30 % auf 25 % zurückging.

Später erkannt wurden 54 % der Aortenisthmusstenosen, 44 % der unterbrochenen Aortenbögen, 40 % der Aortenklappenstenosen und 37 % der kompletten Lungenvenenfehlmündungen. Die Autoren referieren ferner die wenigen anderen Studien über die Spätdiagnose kritischer angeborener Herzfehler. Laut einer Publikation war der Körperkreislauf bei 50 % der Patienten ductusabhängig, 41 % hatten eine ductusabhängige Lungendurchblutung, 9 % der Vitien waren nicht ductabhängig. Die Bedeutung der pränatalen Diagnostik und die Ergänzung der klinischen Neugeborenen-Untersuchung um die Pulsoximetrie werden hervorgehoben.

Kommentar:

Laut der Publikation „Routine pulse oximetry in the asymptomatic newborn“ (*Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition* 87 (2002), F83 – F88) fielen bereits ab 2 Stunden nach Geburt mit einer Pulsoximetergrenze von 94 % oder weniger von 5626 Neugeborenen 296 Kinder mit einer erniedrigten Sauerstoffsättigung auf. Die Kontrollmessung war bei 232 dieser Kinder unauffällig. Unter den 51 auch bei zweiter Messung noch auffälligen Kinder wiesen 10 einen angeborenen Herzfehler auf (davon 4 bereits pränatal bekannt). Bei weiteren 30 der verbleibenden 41 Kinder war die dritte Pulsoxymetrie unauffällig. Die weiteren, letztlich gesunden Neugeborenen wurden nur echokardiographisch untersucht.

Laut der Publikation „Oxygen Saturation as a Screening Test for Critical Congenital Heart Disease: A Preliminary Study“ (*Pediatric Cardiology* 23 (2002), 403–409) betrug die Sensitivität der Pulsoximetrie (< 92 % Sättigung am Bein bei Raumluft oder Sättigungsdifferenz 7 % oder mehr zwischen Arm und Bein) 85 % bei Linksubstruktionen und 79 % bei sonstigen Vitien.

Gemäß Health Technology Assessment 9 (2005) Nr. 44 betragen die Zusatzkosten nur £ 4.900 pro durch Pulsoximetrie zeitnah erkannten kritischen Herzfehler, die eine umgehende Intervention erfordern, und nur £ 1.500 je hierdurch entdecktes signifikantes Vitium cordis (Kostenbasis war ein Screening von 100.000 Neugeborenen; ein Screening durch Echokardiographie würde demgegenüber £ 4,5 Mio. statt £ 4.900 durch Pulsoximetrie kosten). Vor diesem Hintergrund wird die Pulsoxymetrie zukünftig vermutlich eine zunehmende Bedeutung als effektive und effiziente Screeningmethode zur Erkennung angeborener Herzfehler erlangen. (Jürgen Christoph, Hannover)



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Recombinant gp350 Vaccine for Infectious Mononucleosis: a Phase 2, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial to Evaluate the Safety, Immunogenicity, and Efficacy of an Epstein-Barr Virus Vaccine in Healthy Young Adults.

Sokal EM et al. *J Infect Dis.* 196:1749–1753; Dezember 2007

Die Erstinfektion mit dem Epstein-Barr-Virus (EBV) führt bei Jugendlichen und Erwachsenen typischerweise zum Krankheitsbild der akuten infektiösen Mononukleose. Bei Kindern mit angeborenen Immundefekten (u.a. X-chromosomale lymphoproliferative Erkrankung) oder erworbenen Immundefekten (HIV-Infektion, Organ- oder Stammzelltransplantation, zytostatische Therapie) führt eine EBV-Infektion nicht selten zu schweren lymphoproliferativen Krankheitsbildern bis hin zu malignen B-Zell-Lymphomen.

Verschiedene Malignome (v.a. Burkitt-Lymphom und Nasopharynxkarzinom) sind in einem hohen Prozentsatz mit EBV assoziiert, ein pathogenetischer kausaler Zusammenhang ist bisher aber noch nicht bewiesen.

In einer US-amerikanischen randomisierten, doppelt-blinden, placebokontrollierten Multicenterstudie wurde die Sicherheit, Immunogenität und Wirksamkeit einer Epstein-Barr-Virus-Impfung (3 Dosen) an 181 seronegativen Erwachsenen untersucht. Der Impfstoff bestand aus dem rekombinanten EBV-Glykoprotein 350 (gp350), welches *in vivo* neutralisierende Antikörper induziert, und einem bestimmten Adjuvans (AS04). 1 Monat nach der 3. Impfung lag die Serokonversionsrate (anti-gp350) bei 98.7% (95%, KI 85.5–97.9%). Die Impfung ergab eine durchschnittliche Schutzrate von 78.0% (95%, KI 1–96%) gegenüber der Entwicklung einer akuten infektiösen Mononukleose. Die EBV-Impfung schützte allerdings **nicht** vor einer (klinisch stummen) EBV-Infektion. Nebenwirkungen betrafen Lokalreaktionen an der Injektionsstelle, die insgesamt in einer ähnlichen Größenordnung lagen wie bei anderen Totimpfstoffen.

Kommentar:

Diese vielversprechende Studie konnte erstmals zeigen, dass eine EBV-gp350-Impfung durch die Induktion von EBV-neutralisierenden Antikörpern bei erwachsenen Probanden vor dem Krankheitsbild der akuten infektiösen Mononukleose schützt. Sie kann allerdings eine klinisch inapparente EBV-Infektion nicht verhindern.

Noch ist unklar, ob diese neue EBV-Impfung auch vor EBV-assoziierten Malignomen (z.B. Burkitt-Lymphom) und vor lymphoproliferativen Krankheitsbildern bei immunsupprimierten Patienten schützt und wie lange die neutralisierenden anti-gp350-Antikörper persistieren. Zur Klärung dieser Fragen sind Langzeituntersuchungen erforderlich. Bei bestimmten Affenarten konnte bereits früher gezeigt werden, dass eine ähnliche Impfung (EBV gp340) vor EBV-induzierten Lymphomen schützt.

(Volker Schuster, Leipzig)

Pharmacokinetic and Pharmacodynamic Assessment of Oral Valganciclovir in the Treatment of Symptomatic Congenital Cytomegalovirus Disease

Kimberlin DW et al. *J Infect Dis* 197; 836-845; März 2008

Die kongenitale Zytomegalie ist die häufigste Virusinfektion, die zu einer mentalen Retardierung führt. Sie ist weiterhin die häufigste (nicht genetische) Ursache für eine Schwerhörigkeit. Die kongenitale CMV-Infektion ist insgesamt die häufigste kongenitale Infektion: Etwa 0,2–2 % aller Neugeborenen werden vertikal infiziert. 5–10% dieser Kinder sind bei Geburt symptomatisch, z.T. zeigen sie das Krankheitsbild der schweren kongenitalen Zytomegalie: intrauterine Wachstumsretardierung, Ikterus, Hepatosplenomegalie, Thrombozytopenie mit Petechien (77%), Pneumonie, schwerste ZNS-Schädigungen (bis zu 70%) mit Mikrozephalus (53%), intrazerebrale Verkalkungen, Chorioretinitis, später Taub- und Blindheit und geistige Behinderung. Ca. 90 % aller Neugeborenen mit kongenitaler CMV-Infektion sind bei Geburt zunächst klinisch asymptomatisch. 5–15 (–30?) % von ihnen entwickeln bleibende Spätschäden (hauptsächlich Hörverlust und/oder geistige Retardierung).

Bei Kindern mit schwerer kongenitaler Zytomegalie kann eine 6-wöchige intravenöse Ganciclovirbehandlung eine Hörverschlechterung vermindern bzw. zu einer Hörverbesserung führen.

In einer aktuellen US-amerikanischen Multicenterstudie verglichen Kimberlin und Mitarbeiter die Pharmakokinetik und Pharmakodynamik einer oral zu verabreichenden Valganciclovir-Lösung (wird *in vivo* zu Ganciclovir verstoffwechselt) mit der bisher bekannten intravenösen Ganciclovir-Therapie bei Kindern mit schwerer kongenitaler Zytomegalie. An insgesamt 24 betroffenen Kindern konnten sie zeigen, dass Valganciclovir in einer Dosis von 16 mg/kg KG/Tag p.o. zu ähnlich hohen Ganciclovirserumspiegeln führt wie die „klassische“ intravenöse Ganciclovir in einer Dosierung von 6 mg/kg/KG/Tag. Die Bioverfügbarkeit von oralem Valganciclovir lag bei 41.1%. Zu den wichtigsten Nebenwirkungen gehörte eine Neutropenie (38%). Bei den Kindern, die vor Therapie eine hohe Menge CMV im Blut aufwiesen, führte die Therapie zu einer deutlich stärkeren Reduktion der Viruslast als bei Kindern mit einer geringeren CMVämie.

Kommentar:

Die bisherige intravenöse Ganciclovir-Therapie bei Kindern mit kongenitaler Infektion ist aus verschiedenen Gründen (stationäre Betreuung, meist Zentralvenenkatheter erforderlich, Infektionsrisiko) vielfach impraktikabel. Die orale Gabe von Ganciclovir ist aufgrund der schlechten Bioverfügbarkeit und der schlechten therapeutischen Steuerung (regelmäßige Spiegelkontrollen erforderlich) keine wirkliche Alternative. Die jetzigen Daten der Valganciclovir-Studie sind vielversprechend und lassen hoffen, dass in Zukunft eine „standardisierte“ Valganciclovir-Lösung für die ambulante Therapie der schweren kongenitalen Zytomegalie zur Verfügung steht.

(Volker Schuster, Leipzig)

Effect of Honey, Dextromethorphan, and No Treatment on Nocturnal Cough and Sleep Quality for Coughing Children and their Parents

Paul IM et al., *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 161:1140-1146, Dezember 2007

In wenigen Studien wurden bisher Hustensäfte mit alternativen Heilmitteln in einem kontrollierten Design verglichen. In einer Studie der Pennsylvania State University aus Hershey, USA erhielten 105 Kinder im Alter von 2–18 Jahren mit einem oberen Atemwegsinfekt und nächtlichen Hustensymptomen in einem randomisierten und partiell doppelblindem Design entweder Dextromethorphan mit künstlichem Honiggeschmack oder Buchweizenhonig 30 Minuten vor der Bettgezeit, diese beiden Gruppen wurden mit einer nicht behandelten Gruppe verglichen. Ein Symptomscore wurde erstellt und mit der Nacht vor Therapiebeginn verglichen. Signifikante Unterschiede wurden in allen drei Gruppen berichtet, wobei in der Gruppe, die ausschließlich Honig erhielt, die größte Verbesserung des Symptomscores festgestellt wurde gefolgt von der Dextromethorphangruppe. Neben den kindlichen Symptomen verbesserte sich auch der elterliche Schlaf, hier war ebenfalls in der Honiggruppe die höchste Verbesserung zu beobachten. Die Krankheitsdauer war in allen Gruppen gleich. In einem direkten Vergleich zwischen Honig und Dextromethorphan ergab sich kein statistischer Unterschied. Die Autoren vermuten, dass die Applikation von süßen Substanzen zu einer vermehrten Salivation und über vermehrte Atemwegssekretion zu einer Hustenreduktion führt.

Kommentar:

Diese Studie ist ein guter Beweis, dass gerade im Fall von nächtlichem Husten nicht immer ein medikamentöser Hustensaft richtig und notwendig ist. Es sei daran erinnert, dass Honig allerdings im ersten Lebensjahr wegen der Gefahr des Säuglingsbotulismus nicht gegeben werden darf. Gerade Dextromethorphan war im letzten Jahr in den USA in die Schlagzeilen gekommen wegen Berichte über schwere Nebenwirkungen, da es weiterhin als frei käufliches Medikament jederzeit ohne Verschreibung erhältlich ist. In den Empfehlungen der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie wird für den unkomplizierten infektiösen Husten auch eine medikamentöse Therapie nicht empfohlen.

(Frank Riedel, Hamburg)

Postpartale Hepatitis B-Impfung bei unbekanntem Immunstatus der Mutter?

CONSILIUM
INFECTORUM

Priv.-Doz. Dr. med.
Patrick Gerner

Frage: Die STIKO empfiehlt, bei unbekanntem HBs-Status der Mutter das Kind sofort, spätestens innerhalb von zwölf Stunden, aktiv zu immunisieren und nachträglich den HBs-Status der Mutter ermitteln zu lassen. Die passive Immunisierung kann dann innerhalb von sieben Tagen nachgeholt werden.

1. Sollte man das Ergebnis des HBs-Status der Mutter, wenn dieser vom Labor innerhalb von zwölf Stunden ermittelt werden kann, abwarten, um unnötige Extraimpfungen (da keine 6fach-Impfung) zu vermeiden?

2. Bei Findelkindern lässt sich der HBs-Status der Mutter nicht erheben. Sollten diese nur eine aktive Impfung bekommen, da eine passive Immunisierung Risiken, wie z.B. eine Anaphylaxie, beinhaltet? Oder sollten sie eine simultane Impfung erhalten, da Neugeborene von Müttern mit einer hohen Virämie vermehrt Therapieversager sind und der Status der Mutter wahrscheinlich für immer unbekannt bleiben wird? Überwiegt der Nutzen oder die Gefahr?

3. Im Handbuch der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie wird empfohlen, vor der simultanen Impfung den HBs- und HBe-Antigen-Status zu erheben, um eine intrauterine Infektion nachzuweisen. Welche therapeutischen oder diagnostischen Konsequenzen hat es für das Kind, wenn es HBs- und HBe-Antigen-positiv ist und somit eine Infektion vorliegt? Die simultane Impfung würde man doch trotzdem vornehmen – oder?

Antwort:

Zur Frage 1

Ja. Es gibt keinen Hinweis, dass eine Aktivimpfung gegen Hepatitis B eine Infektion sicherer verhindert, wenn sie sofort nach Geburt anstelle von 12 h p.p. injiziert wird.

Zur Frage 2

Nach Angaben des Robert Koch-Instituts sind in Deutschland ca. 0,5 % der Erwachsenen HBsAg-positiv und damit infiziert. Diese doch recht niedrige Prävalenz einer Erkrankung würde bedeuten, dass 199 Findelkinder unnötig mit dem Immunglobulin behandelt würden. Ich würde daher aus den von Ihnen angeführten Gründen von einer Gabe des Immunglobulins abraten, zumal ja nicht selten unklar ist, wie viele Tage das Kind alt ist.

Zur Frage 3

Wir haben im Rahmen einer deutschlandweiten Studie bei über 200 Neugeborene HBsAg-positiver Mütter noch vor der Simultanimpfung HBsAg bestimmt und fanden rund ein Fünftel der Kinder HBsAg-positiv. Die Nachuntersuchung dieser Kinder sechs Monate nach Geburt zeigte, dass alle Kinder HBsAg-negativ geworden waren. Diagnostisch oder prognostisch sehe ich daher für eine frühe Bestimmung von HBsAg oder anderer Antigene keine Vorteile. Im Gegenteil führt eine solche Untersuchung außerhalb von Studien oftmals zu Verunsicherungen und Missverständnissen. Es genügt die Kinder im Alter von einem Jahr auf HBsAg und anti-HBs zu untersuchen. Therapeutisch würde man in der Regel ohnehin erst ab dem dritten Lebensjahr intervenieren.

Priv.-Doz. Dr. med. Patrick Gerner
Universitätsklinikum Essen
Pädiatrie
Hufelandstr. 55
45147 Essen

Das „CONSILIUM INFECTORUM“ ist ein Service im „KINDER- UND JUGENDARZT“, unterstützt von INFECTOPHARM. Kinder- und Jugendärzte sind eingeladen, Fragen aus allen Gebieten der Infektiologie an die Firma InfectoPharm, z. Hd. Herrn Dr. Andreas Rauschenbach, Von-Humboldt-Str. 1, 64646 Heppenheim, zu richten. Alle Anfragen werden von namhaften Experten beantwortet. Für die Auswahl von Fragen zur Publikation sind die Schriftleiter Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Hannover, und Prof. Dr. Frank Riedel, Hamburg, redaktionell verantwortlich. Alle Fragen, auch die hier nicht veröffentlichten, werden umgehend per Post beantwortet. Die Anonymität des Fragers bleibt gegenüber dem zugezogenen Experten und bei einer Veröffentlichung gewahrt.

Recht

Behandlungsfehlervorwurf – Was tun?



Dr. Andreas
Meschke

Die Mutter stellt ihr Kind mit Bauchschmerzen vor, die Kinder- und Jugendärztin findet nach eingehender Untersuchung nichts Besorgniserregendes und schickt Mutter und Kind nach Hause. Abends kommt ein Anruf der aufgebracht Eltern. Ihr Kind liege jetzt mit Blinddarmdurchbruch im Krankenhaus. Die Ärztin habe die Blinddarmentzündung übersehen und damit den Durchbruch mit verursacht, dies werde juristische Folgen haben.

Jeder Arzt kann mit einem solchen oder ähnlichen Vorwurf eines Behandlungsfehlers, der einem Patienten Schaden zugefügt haben soll, konfrontiert werden. Für diesen Fall muss der Arzt keine vertieften Kenntnisse des Haftungs- und Strafrechts haben. Er muss aber unbedingt wissen, wie er sich richtig zu verhalten hat, um Risiken und unerwünschte Konsequenzen zu vermeiden, die zu den Problemen eines ohnehin schwierig zu begegnenden Behandlungsfehlervorwurfs hinzutreten können.

Der Düsseldorfer Fachanwalt für Medizinrecht und Justitiar des BVKJ, Dr. Andreas Meschke, gibt Tipps für das richtige Risikomanagement.

An folgenden Maßgaben sollte der Arzt sich orientieren:

I. Allgemein gilt, dass Gespräche mit dem Patienten und/oder seinen Angehörigen helfen können, Verständnis für eine komplikationsbelastete Situation, ja sogar für Fehler des Arztes zu wecken. Viele Verfahren, insbesondere Strafverfahren, beruhen nachgewiesenermaßen allein darauf, dass sich die Patienten/Angehörigen vom Arzt allein gelassen fühlen, so dass sich ihnen der Eindruck aufdrängt, es solle etwas vertuscht werden.

Aber: Ein Patientengespräch in einer problematischen Situation sollte stets gut vorbereitet sein, niemals allein geführt und immer gut dokumentiert werden. Der Arzt hat sich auf die reinen Fakten zu beschränken. Dabei können zwar objektive Fehler eingeräumt werden. Zu vermeiden sind jedoch echte Schuldeingeständnisse, die über das Objektive hinaus auch eine subjektive Verantwortlichkeit beinhalten, sowie das Anerkennen eines Haftungsanspruchs des Patienten. Damit riskiert der Arzt seinen Versicherungsschutz (s. u.)!

II. a. Jeder Patient hat grundsätzlich einen Anspruch auf Einsichtnahme in die über ihn geführte vollständige ärztliche Dokumentation. Eine Ausnahme besteht bei/für subjektiven Bewertungen des Arztes, persönlichen Eindrücken und Bemerkungen zu einem querulatorischen Verhalten. Diese können geschwärzt werden. Generell keine Akteneinsicht muss dem Patienten gewährt werden bei einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung, da dabei das Risiko besteht, dass die psychischen Störungen und medizinischen Bewertungen

vom Patienten fehlerhaft verarbeitet werden. Ansonsten ist dem Patienten die Einsichtnahme entweder in der Praxis zu gewähren oder durch das Überlassen von Kopien. Letzteres ist der Regelfall. Der Arzt kann sich hierauf beschränken. Einen Sonderfall stellen die Ergebnisse bildgebender Verfahren dar, da Kopien hiervon regelmäßig untauglich sind. Die Bilder sind dann aber im Original an den Rechtsanwalt des Patienten zu dessen treuen Händen herauszugeben.

b. Für Schadensersatz- und/oder Schmerzensgeldansprüche eines Patienten im Zusammenhang mit einem Behandlungsfehler ist die Berufshaftpflichtversicherung des Arztes zuständig. Sobald der Behandlungsfehlervorwurf erhoben wird, ist sie – schriftlich (!) – zu unterrichten, und zwar gemäß den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB) mit einem ausführlichen und wahrheitsgemäßen Schadensbericht, der alle Umstände mit Bedeutung für den Schadensfall enthält und dem alle erheblichen Schriftstücke beizufügen sind. Ein Verstoß kann bei vorsätzlicher Verletzung zur Leistungsfreiheit der Versicherung und damit zum Verlust des Deckungsschutzes führen! Dies ist unbedingt zu vermeiden. Im Zusammenhang mit seiner Haftpflichtversicherung sollte der Arzt im Übrigen daran denken, dass die Versicherung ab dem Zeitpunkt der Schadensmeldung „Herrin des Verfahrens“ ist. Sie kann zu jedem Zeitpunkt den Schaden ohne Zustimmung des Arztes regulieren und hat in einem eventuellen Gerichtsverfahren das Recht, den Anwalt des Arztes zu bestimmen. Bei Letzterem verschließen sich die Versicherer aber zumeist Vorschlägen des Arztes nicht, wenn der Anwalt in der Bearbeitung von Haftungsverfahren erfahren ist.

c. Einigen sich der Patient und die Haftpflichtversicherung nicht, kann vor einem Gerichtsverfahren die bei jeder (Landes-)Ärztammer eingerichtete Schlichtungsstelle/Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler angerufen werden. Es handelt sich um ein gebührenfreies Verfahren, bei dem die Teilnahme freiwillig ist. Die Feststellungen der Schlichtungsstelle/Gutachterkommission sind auch nicht rechtsverbindlich.

d. Kommt es zu einem Gerichtsverfahren, muss – unbedingt in Abstimmung mit der Haftpflichtversiche-

zung – ein Anwalt mandatiert werden. Bei einer Klage vor dem Landgericht ist dies auch aus verfahrensrechtlichen Gründen geboten; hier besteht echter Anwaltszwang. Zudem sind vom Gericht gesetzte Fristen zu beachten. Andernfalls kann dies zu kaum behebbaren Nachteilen führen.

III. Besonderheiten gelten in Strafverfahren, bei denen nicht der Patient, sondern die Staatsanwaltschaft der Gegenpart des Arztes ist. Es geht insofern nicht um Schadensersatz oder Schmerzensgeld, sondern um die Straftatbestände (fahrlässige) Tötung oder (fahrlässige) Körperverletzung, die beide mit Freiheits- oder Geldstrafe geahndet werden können.

a. Ein Strafverfahren besteht aus drei Abschnitten: Das Ermittlungsverfahren, das von der Staatsanwaltschaft und ggf. der Polizei betrieben wird, das Zwischenverfahren, in dem der Richter über die Erhebung der Anklage entscheidet, und das Hauptverfahren, in dem über die Anklage öffentlich verhandelt wird. Das oberste Ziel

der Verteidigung ist dabei, den Arzt vor der Hauptverhandlung zu bewahren. Das juristische Standardwerk zum Arztstrafrecht von Ulsenheimer begründet dies umfassend:

„Bereits die **Anklage** hat eine **stigmatisierende Wirkung** vor allem in den Fällen, in denen der Laie den komplexen, umfangreichen Sachverhalt nicht klar erfasst. Eine Hauptverhandlung, in breiter Öffentlichkeit, vor gefülltem Zuschauerraum, vor der Presse, die über das Ergebnis jeden unterrichtet' (**Prangerwirkung**), kann auch im Falle eines Freispruchs eine Gefährdung des Rufs und Ansehens des Betroffenen bedeuten, ja für viele Angeklagte durchaus existenzvernichtend, zumindest aber existenzgefährdend sein.“

Stattdessen sind, wenn der Tatverdacht nicht entkräftet und die Einstellung aus diesem Grund nicht erreicht werden kann, Alternativmöglichkeiten der Verfahrensbeendigung zu nutzen, insbesondere die Einstellung des Strafverfahrens in Abstimmung mit der Staatsanwalt-

schaft und dem Gericht durch die Vereinbarung und Erfüllung von Auflagen und Weisungen (§ 153 a StPO). Zur Not ist sogar ein Strafbefehl einem Urteil nach Hauptverhandlung vorzuziehen.

b. Kommt es im Übrigen im Rahmen des Ermittlungsverfahrens zu einer Durchsuchung der Praxisräume des Arztes, um Unterlagen zu sichern und zu beschlagnahmen, bedarf dies einer richterlichen Anordnung. Diese sollte sich der Arzt ebenso wie die Dienstaussweise der handelnden Beamten zeigen lassen. Danach ist es dringend empfehlenswert, mit der Polizei zu kooperieren. Der Arzt sollte bei der Durchsuchung möglichst persönlich Unterstützung gewähren, um den Vorgang zügig und unter Vermeidung von „Zufallsfunden“ zu beenden. Von beschlagnahmten Unterlagen sollte er Kopien anfertigen. Seine Kooperationsbereitschaft darf aber keinesfalls dazu führen, dass er Stellungnahmen zur Sache abgibt, auch wenn die Ermittlungsbeamten ihn hartnäckig befragen. Zur Sache darf sich der Arzt erst über seinen Anwalt und nach Akteneinsicht äußern.

Neu: Pflichtvorsorge U-9

Ja, gut, Herr Doktor...
aber andererseits kann
er das „sch“ noch
nicht ansatzweise
aussprechen...!



Hendrik Crasemann

Red.: ReH

Die Vertragsgestaltung bei ärztlichen Kooperationen nach dem VÄndG

– Die wichtigsten Fragen

Zum 1.1.2007 ist das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) in Kraft getreten. Es hat das SGB V und die Zulassungsverordnung für Ärzte (Ärzte-ZV) geändert. Ergänzungen der Bundesmantelverträge (BMV-Ä) schlossen sich an. Welche Auswirkungen hat dies auf die Vertragsgestaltung für ärztliche Kooperationen? Darüber sprach mit unserer Zeitschrift **Dr. Andreas Meschke**.

Man hört jetzt viel vom Versorgungsauftrag und „halben Zulassungen“. Was ist das und darf ich als Praxisinhaber jetzt eine „halbe“ Praxis verkaufen?

Jede Zulassung ist jetzt mit einem Versorgungsauftrag verknüpft, der zur Vollzeittätigkeit verpflichtet (vgl. § 19 a Ärzte-ZV), d.h. der Pflicht, pro Woche 20 Sprechstunden anzubieten (§ 17 Abs. 1a BMV-Ä). Der Versorgungsauftrag kann allerdings auf die Hälfte beschränkt werden (vgl. § 19 a Abs. 2 Ärzte-ZV). Schwierigkeiten machen hier z.T. die KVen, wenn die freiwerdende „halbe Zulassung“ nachbesetzt werden soll. Dies wiederum beeinflusst die Entscheidungen der Zulassungsausschüsse. Der Gesetzgeber hat aber die „Verkehrsfähigkeit“ einer halben Zulassung gewollt. Für die Vertragsgestaltung ist dabei zu beachten, dass nicht anders verfahren werden darf, als bei Praxisveräußerungen ansonsten, d.h. es muss dafür zu gesorgt werden, dass tatsächlich eine halbe Praxis übergeht. Dies kann u.U. die Gründung einer Gemeinschaftspraxis oder einer Praxisgemeinschaft erfordern. Allein eine halbe Zulassung zu übertragen, kann für den Käufer ansonsten ggf. die Abschreibung eines Teils des Kaufpreises verhindern.

Kann ich als Vertragsarzt die Zulassung eines Kollegen „kaufen“, um ihn dann bei mir anzustellen?

Ein Vertragsarzt kann zugunsten der Anstellung bei einem anderen Vertragsarzt auf seine Zulassung verzichten. Niedergelassene Vertragsärzte und medizinische Versorgungszentren sind nunmehr insoweit gleichgestellt. Den Hintergrund des Zulassungsverzichts bildet wiederum eine Praxisveräußerung, für die ein schriftlicher Kaufvertrag abgeschlossen werden muss.

Wie gestalte ich den Anstellungsvertrag mit einem Kollegen, dessen Zulassung ich erworben habe?

Sie müssen auf jeden Fall als Arbeitgeber beachten, dass eine umgewandelte Zulassung nicht wieder rückumgewandelt werden kann. Dazu ist es notwendig, Arbeitsvertrag und Anstellungsgenehmigung aneinander zu koppeln. Die Möglichkeit zur Vereinbarung einer auf-

lösenden Bedingung aus einem sachlichen Grund bietet § 121 i.V.m. § 14 Abs. 1 Ziff. 4 Teilzeit- und Befristungsgesetz. Ein solcher sachlicher Grund liegt vor, wenn der angestellte Arzt überwiegend gesetzlich krankenversicherte Patienten versorgen soll.

Im Übrigen können gemäß § 14 a Abs. 1 BMV-Ä nur insgesamt drei vollzeitangestellte Ärzte bzw. Teilzeitangestellte beschäftigt werden. In medizinisch-technischen Fachgebieten (z.B. Labor) können vier Vollzeitstellen bzw. entsprechende Teilzeitangestellte beschäftigt werden.

Muß ich etwas bei der Arbeitszeitgestaltung beachten?

Die Abrechnungsmöglichkeiten können abhängig sein von der Arbeitszeit. So bestimmt z.B. § 7 Abs. 1 Unterabs. 3 HVV der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, dass der Umfang der ärztlichen Tätigkeit im Rahmen der Anstellung bei dem entsprechenden Individualbudget zu berücksichtigen ist. Dabei entspricht eine Stunde Arbeitszeit 1/40 des Individualbudgets. Eine 35-Stunden-Woche ergibt mithin ein 35/40 Individualbudget.

Anderes Thema: Überörtliche Strukturen. Kann ich jetzt für meine Tätigkeit z.B. die GmbH wählen?

Nein. Weiterhin sind die Gesellschaft bürgerlichen Rechts und die Partnerschaftsgesellschaft die Organisationsformen der Wahl. Im vertragsärztlichen Bereich scheidet die GmbH – außer man möchte als medizinisches Versorgungszentrum tätig werden – immer noch aus.

Was muss ich im Gesellschaftsvertrag einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft festhalten?

Detailliert regeln müssen Sie insbesondere die Beschlussfassung, die Geschäftsführung, die Organisation, die Vermögensbeteiligung, die Ergebnisverteilung, das Ausscheiden, auch unter Berücksichtigung eventueller Wettbewerbsverbote. „Standardlösungen“ verbieten sich! Der Betrieb einer Berufsausübungsgemeinschaft



Dr. Andreas Meschke

mit mehreren Standorten und dort ggf. mit jeweils mehreren Ärzten erfordert eine höchst individuelle Lösung. So sollten Sie genau definieren, über welche Angelegenheiten nur die an einem Standort angesiedelten Ärzte entscheiden dürfen und welche Angelegenheiten mit qualifizierten Beschlüssen gefasst werden. Ab einer bestimmten Größe müssen auch für diverse Angelegenheiten Mehrheitsbeschlüsse ausreichend sein. Dies erfordert eine entsprechende Definition dieser Angelegenheiten. Einstimmigkeit sollte eher wenigen Aspekten vorbehalten bleiben. An die Beschlussfassung anknüpfend ist detailliert die Geschäftsführung zu regeln. Dabei sollten Sie überlegen, ob mit Gesellschaftergeschäftsführern und/oder externen Geschäftsführern gearbeitet wird. Um Blockaden zu vermeiden, ist dringend darüber nachzudenken, dem Steuerberater der Gesellschaft eine starke Position zu geben, z.B. über die Einbindung als verbindlich entscheidender „Schiedsgutachter“ (vgl. §§ 317ff. BGB).

Zum Wichtigsten: Wie verteile ich die Gewinne der Praxis?

Hier müssen sich die Beteiligten entscheiden zwischen einer Gesamtergebnisverteilung oder einer stand-

ortbezogenen Verteilung. Mischformen sind ebenfalls möglich. Genau zu regeln ist zudem, wie das Ausscheiden von Gesellschaftern sich vollzieht, ob insbesondere die vollständige „Abspaltung“ eines oder mehrerer Standorte zugelassen werden soll.

Welche KV ist denn für eine überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft zuständig, insbesondere: Welche Vergütungsregeln gelten?

Mittlerweile hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung die sog. KV-übergreifende Berufsausübungs-Richtlinie erlassen. Anders als noch in § 33 Abs. 3 Satz 3 Ärzte-ZV gesetzlich geregelt, legt diese untergesetzliche Vorschrift in § 4 fest, dass die ärztlichen Leistungen nach dem Recht derjenigen KV abgerechnet werden, in deren Bezirk auch die Leistungen erbracht werden. § 33 Abs. 3 Satz 3 Ärzte-ZV sieht insoweit noch vor, dass dasjenige Recht anzuwenden ist, das in der KV gilt, für die sich die Berufsausübungsgemeinschaft durch Wahl entschieden hat. Höchstwahrscheinlich ist die KV-bezirksübergreifende Berufsausübungs-Richtlinie in diesem Punkt unwirksam. Eine gerichtliche Klärung steht aber noch aus.

ReH

Nicht in den USA – sondern in der Schweiz: Walk-in-Praxis im Züricher Hauptbahnhof



Foto: Wolfgang Gempp

● Aus dem Honorarausschuss

Die neue „Chroniker“-Ziffer 04212



Dr. med.
Roland Ulmer

Als völlig neues Konstrukt taucht im EBM 2008 die „Chroniker“-Ziffer auf. In keiner Vorgängerversion findet sich eine ähnlich definierte Ziffer, so dass es notwendig ist, sich hiermit in Hinblick auf die eigene Patientenstruktur, zu beschäftigen.

Die GOP 04212 ist der Zuschlag zu den Versichertenpauschalen 04110 bis 04112 für die Behandlung eines Versicherten mit einer oder mehreren schwerwiegenden chronischen Erkrankung(en) gemäß § 2 Abs. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten im Sinne des § 62 SGB V.

Dies bedeutet, dass die Ziffer nur neben den drei pädiatrischen Versichertenpauschalen abrechenbar ist, **nicht neben den GOP 04120 bis 04122**, der reduzierten Versichertenpauschale für den Fall einer Überweisung durch den Kinder- und Jugendarzt oder für den Fall einer Vertretung. Auch in einem fachpädiatrischen Behandlungsfall neben den Leistungen aus Kapitel 4.4 oder 4.5 ist die Ziffer nicht ansetzbar. **Sie setzt zwingend zwei Arzt-Patientenkontakte** voraus, die in der Patientendatei dokumentiert werden müssen. Einer muss ein persönlicher Arzt-Patientenkontakt sein.

Die **Erkrankungsgruppe, für die diese Ziffer abgerechnet werden kann**, ist durch die Definition im SGB V bestimmt. Das heißt, **der Patient muss mindestens ein Jahr lang und mindestens einmal pro Quartal in ärztlicher Behandlung gewesen sein**. Der Arzt ist allerdings nicht verpflichtet, nachzuforschen, ob diese Behandlung tatsächlich stattgefunden hat, sie muss auch nicht immer in der gleichen Praxis erfolgt sein. Hierfür reichen anamnestiche Angaben aus. Zusätzlich ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich, um eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu vermeiden. Die beiden alternativen Bedingungen, Pflegebedürfnis

Stufe 2–3 oder eine mindestens 60% Behinderung, kommen in unserem Versorgungsbereich weniger in Betracht.

Allerdings wurde durch die erste Bedingung die gesamte Altersgruppe der Säuglinge von der Abrechenbarkeit der GOP 04212 ausgeschlossen. Daher hat die KBV auf Intervention des BVKJ eine nachträgliche Erweiterung beschlossen. **Jetzt kann die GOP 04212 bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern, d.h. laut EBM bis zum vollendeten 2. Lebensjahr** auch ohne die Voraussetzung einer wenigstens ein Jahr langen Dauerbehandlung berechnet werden.

Aufgrund der völlig neuen Definition kann die GOP 04212 auch nicht mit bisher im EBM bestehender Ziffern (04001, 04210 oder 04211) verglichen werden. Die zu erwartende Häufigkeit ist daher deutlich höher, wenn man das wissenschaftlich zu erwartende Auftreten chronischer Erkrankungen, z. B. Asthma bronchiale, ADHS oder Entwicklungsstörungen, in der Kinder- und Jugendmedizin voraussetzt.

Daher muss gefordert werden, dass die Ziffer 04212 bei Vorliegen der oben genannten Voraussetzungen unbedingt in Ansatz gebracht werden muss, auch um die auftretende Morbidität in unseren kinder- und jugendärztlichen Praxen zu dokumentieren.

Dr. Roland Ulmer
Kinder- und Jugendarzt
Kinderpneumologie
Marktplatz 33
91207 Lauf

Red.: ge

Heilmittel-Report 2008

Der Heilmittelmarkt boomt

Die Datenmengen des Heilmittelreports 2008, die Prof. Harald Bode, Ulm, in Zusammenarbeit mit dem wissenschaftlichen Institut der AOK für das Jahr 2006 vorlegt, sind imponierend. So wurden den etwa 70,3 Millionen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt 29 Millionen Rezepte zur Heilmittelbehandlung ausgestellt. Der Umsatz von 3,9 Milliarden € entspricht damit einen Anteil von 2,7% aller Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Für jeden der 70,3 Millionen GKV-Versicherten ergibt sich rechnerisch 42,90 € für physiotherapeutische, 7,56 € für ergotherapeutische und 5,09 € für sprachtherapeutische Behandlungen. Der Löwenanteil der Heilmittelrezepte, nämlich über 90 % fiel auf Physiotherapien, die restlichen 10 % teilten sich Ergo- und Sprachtherapie; da diese aber sogenannte hochpreisige therapeutische Mittel sind (Durchschnittspreis ergotherapeutischer Leistungen: 291,76 €; sprachtherapeutischer Leistung 285,42 €) machen sie etwa 23% der Gesamtausgaben aus.

Große regionale Unterschiede

Während im Bundesdurchschnitt jeder GKV-Versicherte knapp 3,5 Heilmittelbehandlungen erhalten hat, sind es in Sachsen 5,6 und am anderen Ende in Nordrhein 2,1. Somit war auch der Bruttoumsatz für GKV-Versicherte mit 69,00 € in Sachsen am höchsten, bei einem Bundesdurchschnitt von 55,55 €.

Wer verordnet welche Heilmittel

Die eifrigsten Heilmittelverordner, bezogen auf alle Fachgruppen, sind die Orthopäden, die mit einem Gesamtanteil von 4,2% Ärzten 26,2% aller Heilmittelleistungen (natürlich vorwiegend Physiotherapien) verordnen. Kinder- und Jugendärzte mit 5,2 % Facharztanteil sind mit 4,5% Heilmittelverordnun-

gen noch recht bescheiden. Anders sieht es bei der Aufteilung nach Leistungsbereichen und nach Alter und Geschlecht aus: Sprachtherapien werden zu 45,9 % von Kinder- und Jugendärzten verordnet, bei den Ergotherapien liegen die Kinder- und Jugendärzte mit 33,4% auf dem 2. Rang gegenüber 38,9% Leistungsanteil bei den Allgemeinmedizinerinnen. Das erstaunt, da statistisch nach dem 15. Lebensjahr kaum noch Ergotherapien verordnet werden.

Es war zu erwarten, dass die Inanspruchnahme von **physiotherapeutischen Leistungen** mit zunehmendem Lebensalter ansteigt, um bei den 70 bis 75-jährigen vornehmlich weiblichen Versicherten ein Maximum zu erreichen. Besonders therapiebedürftig sind hier wiederum die Sachsen mit 774 Verordnungen gegenüber z.B. 358 in Hessen.

Der **Verordnungsgipfel der Ergotherapie** liegt bei Kindern im Alter zwischen fünf und neun Jahren. In diesem Alter werden fast 76 von 1000 AOK-versicherte Kinder behandelt, wobei es eine deutliche Jungengewendigkeit gibt (Jungen: 107 von 1000; Mädchen: 44 von 1000). Die Ergotherapie umfasst im Durchschnitt 27 Behandlungen je Patient über einen Zeitraum von 159 Tagen. Dies bedeutet zum Beispiel für einen sechsjährigen Jungen eine durchschnittliche Therapiedauer von mehr als fünf Monaten. Regional gesehen werden die meisten Ergotherapien in Sachsen, gefolgt von Schleswig Holstein verordnet.

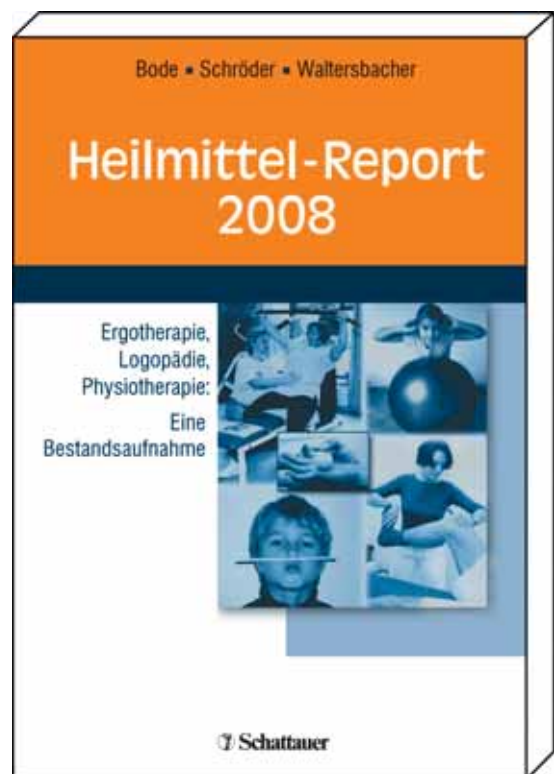
Bei den **Sprachtherapien** sind die Kinder- und Jugendärzte mit 45,9 % die verordnungsbestimmende Gruppe. Der Verordnungsgipfel liegt mit 46 % aller Leistungen zwischen dem sechsten und neunten Lebensjahr, nach dem sich ab dem dritten Lebensjahr, mit dem Eintritt in den Kindergarten und während der Kindergartenzeit, eine rasante Zunahme zeigt. Auch hier bekommen die Jungen mit 19,2 pro 1000 AOK-Versicherten fast doppelt soviel Therapien wie die Mädchen (11 pro 1000).

Die regionalen Unterschiede sind auch hier deutlich: Schleswig-Holstein ist die Region mit der höchsten (22 Leistungen je 1000 Versicherte) Sachsen-Anhalt die Regionen mit der geringsten Inanspruchnahme (11 Leistungen je 1000 Versicherte).

Leitungsausweitung und Leistungsüberprüfung

Die Verordnungszahlen aus dem Jahre 2006 zeigen **in allen drei Leistungsbereichen deutliche Steigerungsraten** gegenüber den Vorjahren. So hat sich der Umsatz ergotherapeutischen Leistungen je 1000 Versicherte innerhalb eines Jahres um 7,3 % erhöht, die Zahlen für die Sprachtherapie um 3,5%, hingegen war der Anstieg der Physiotherapien mit 0,4% eher bescheiden.

Die Autoren sind sehr vorsichtig mit der **Bewertung dieser brisanten Zahlen**. Sie weisen mit Recht auf die prekäre Datenlage hin, die bis zum Jahr 2003 am ehesten einem schwarzen Loch glich und erst mit den neuen Heilmittelrichtlinien nach § 84 SGB V transparenter wurde.



Trotzdem stellt sich die Frage, ob sich insbesondere bei den seit Jahren mitzunehmenden logopädischen Verordnungen bei Kindern nach den Heilmittelrichtlinien und nach der medizinischen Notwendigkeit verordnet und behandelt wird. Das hohe Alter bei Therapiebeginn mit durchschnittlich 6,5 Jahren wird kritisiert: „Das aktuelle Wissen über Spracherwerb spiegelt sich (demnach) nicht im Verordnungsverhalten der Ärzte wieder“.

Offen bleibt die Frage, wie es zu den großen regionalen Unterschieden in der Verordnungsweise von Heilmitteln kommt. Spielt die Mor-

bidität der Versicherten, das Nachfrageverhalten der Patienten, das Verordnungsverhalten der Ärzte oder die Angebotsstruktur der Therapeuten die entscheidende Rolle?

Die Fachgesellschaften werden aufgefordert, die Leitlinien hinsichtlich therapeutischer Heilmittelanwendung so weit zu konkretisieren und zu präzisieren, dass eine Abgrenzung der Indikationen für eine Heilmittelanwendung von alltags- und kontextbezogener Förderung möglich wird. Der Verdacht, dass sehr viele Verordnungen weder richtlinien- noch leitliniengerecht erfolgen, lässt die Autoren nach ei-

nem **Prüfungssystem** rufen, bei dem „ein Abgleich der Indikation und der Behandlung mit den Ergebnissen der Behandlung machbar wäre“.

Solange wir Ärzte den Eindruck haben, dass die Nachfrage von Heilmittelverordnungen am ehesten mit der Anzahl an Therapeuten wächst, wird es ein indikations- und erfolgsbezogenes Prüfsystem schwer haben, sich durchzusetzen.

Prof. Dr. Harald Bode, Helmut Schröder und Andrea Waltersbacher
Heilmittel-Report 2008
Schattauer Verlag Stuttgart (2008), 224
Seiten, € 29,95, ISBN: 978-3-7945-2617-8

ge

Inhaltsangabe Heft 05/08

Erfahrungsbericht
Hospitationsbericht aus den Niederlanden

Klinische Fortbildung
Epilepsie

Aus Wissenschaft und Forschung
Noro-Virus

Katastrophenmedizin
Pandemie-Szenarien

Katastrophenschutz
Influenzapandemie

Erfahrungsbericht
Ein neues Zuhause

Pädagogik
Jungen lesen anders



Ferner: Weiterbildung, Hinweise, Aus Wissenschaft und Forschung, Prävention, Stillen, Bücherhinweise, Terminkalender und Stellenmarkt

„**kinderkrankenschwester**“ ist das Organ des Fachausschusses Kinderkrankenpflege der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und des Berufsverbandes Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. und kann zum Jahresabonnementspreis von € 29,50 oder zum Einzelpreis von € 2,95 (inkl. MwSt. zzgl. Versandkosten Inland € 4,10) beim

Verlag Schmidt-Römhild, Mengstraße 16, 23552 Lübeck, bestellt werden.

VORSCHAU

Für das Juni-Heft 2008 sind u.a. vorgesehen:

Intensivpflege
Expertenstandard Dekubitusprophylaxe Teil I

Psychotherapie
Anorexia nervosa im Kindes- und Jugendalter

Erfahrungsbericht
Hospitation in Österreich

Reflexionen zum Pflegealltag
Legen einer Magensonde

Aus Wissenschaft und Forschung
Händehygiene

Erfahrungsberichte
Erfahrungen mit der präpartalen Elternsprechstunde

„Ha, Folk-Music“, sagte der Pinguin und schüttelte sich. „Mir wird übel, wenn ich das Wort nur höre. Tango! das ist die feine Lebensart! Die Handharmonika mit den glänzenden Knöpfen und dazu eine helle Mondnacht am Meeresstrand! Versteht ihr, was ich meine?“

Die Welt ist kein Märchen

Eine Ausstellung des
Bilderbuchkünstlers Jörg Müller



Dr. Maria
Linsmann

Seit Anfang der 70er Jahre ist der Schweizer Künstler Jörg Müller als Illustrator engagierter und gesellschaftskritischer Bilderbücher zu Fragen der Ökologie, der Medien-, Konsum- und Wegwerfgesellschaft sowie mit überraschenden Märchenparodien hervorgetreten. Anlässlich seines 65. Geburtstages stellt nun eine umfangreiche Einzelausstellung sein Schaffen vor. Seit April ist die Ausstellung im Troisdorfer Bilderbuchmuseum zu sehen.

„Ich bin als Kind von meiner Mutter mit Bilderbüchern verwöhnt worden. Die starken Eindrücke, die mir davon geblieben sind, beeinflussen mich auch heute noch, denn alle meine Bücher sind auch Bücher für den kleinen Jörg Müller. Und wenn ich mich als Kind über Ungenauigkeiten geärgert habe, wenn z. B. genau beschriebene Details auf den Illustrationen fehlten, so bemühe ich mich heute sehr, in diesen Nebensächlichkeiten präzise zu sein. Was nicht heißen will, dass mir nicht ab und zu Fehler unterlaufen. Ich bin dann immer wieder überrascht und in meinem Sinne bestätigt, wenn ich sehe, wie schnell Kinder darauf rea-

gieren. Es ist mir aufgefallen, dass Kinder nicht, wie im Allgemeinen Erwachsene, Illustrationen als fremde Betrachter sehen, sondern viel eher, als wären sie selbst Bildautoren. Was für mich heißt: wenn ein Bild für mich stimmt, dann ist es auch richtig für die kindlichen Betrachter. Da muss ich mich nicht in fremde Kinderträume versetzen, meine eigenen sind dieselben.“ (Jörg Müller im Gespräch mit Inge Sauer, in: „Jörg Müller, Die Welt ist kein Märchen“, hrsg. von Inge Sauer, Nimbus Verlag, Wädenswil 2007)

Die hier von Jörg Müller angesprochene absolute Genauigkeit und Detailtreue sind ein wesentliches

Merkmal seiner Illustrationen, die Kinder wie Erwachsene gleichermaßen faszinieren. Schon in seinen berühmten Bildtafeln zur Veränderung einer Landschaft („Alle Jahre wieder saust der Presslufthammer nieder...“, 1973 und „Hier fällt ein Haus, dort steht ein Kran und ewig droht der Baggerzahn“, 1976) dokumentierte Jörg Müller die fortschreitende Veränderung, die Zersiedelung und Verstädterung einer Landschaft in präzisen und realistischen zugleich aber atmosphärisch dichten und in ihrer zeichnerischen Perfektion überwältigenden Darstellungen. Die 70er und 80er Jahre waren offen für derartige kritische Bilderbücher, die



nach anfänglichen Schwierigkeiten – aufgrund ihres ungewöhnlichen Formates war es zunächst nicht einfach, sie überhaupt im Buchhandel zu platzieren – ein großer Erfolg wurden und zahlreiche Auszeichnungen einheimsten.

Mitte der 70er Jahre begann Jörg Müllers über 20 Jahre währende Zusammenarbeit mit dem Schweizer Autor Jörg Steiner; das Team galt bald als Garant für überzeugende und perfekt durchdachte Text – Bild-Verbindungen.

In ihren gemeinschaftlich geschaffenen Büchern widmen sie sich vorzugsweise ernsten und kritischen Themen wie etwa der Abwägung von

Freiheit oder Sicherheit („Die Kanincheninsel“, 1977) bzw. der Frage nach der Freiheit des Einzelnen, ein selbstbestimmtes Leben zu führen („Der Bär, der ein Bär bleiben wollte“, 1976) oder der fortschreitenden Überwachung des Individuums („Was wollt ihr machen, wenn der Schwarze Mann kommt?“, 1998). Ihre Parodien bekannter Märchen beispielsweise der „Bremer Stadtmusikanten“ von den Gebrüder Grimm oder Hans Christian Andersens „Standhafter Zinnsoldat“ spielen auf überzeugende Weise mit dem Motiv des Antimärchens und füllen die bekannten Geschichten mit aktuellen Inhalten wie dem Problem des Wohlstandsmülls und dessen Entsorgung in die dritte Welt oder der Verlogenheit der Fernseh- und Werbewelt.

Gerade im Bereich des Bilderbuches, wo ja auch heute immer noch die „heile Welt“ dominiert bzw. „Ratgeberbilderbücher“ sich mit so weitreichenden Themen wie „Wie entwöhne ich einen Schnuller“ oder „Wie bereite ich den ersten Friseurbesuch vor“ beschäftigen, stellen Jörg Müllers Bücher eine umso wichtigere und notwendigere Ausnahme dar. Jörg Müller nimmt Kinder ernst: er mutet ihnen ernsthafte Themen zu und er nimmt sie auch als Betrachter ernst, indem er sie eben nicht mit Albernheiten und Ungenauigkeiten abspeist. Und das, so scheint es, weiß man heute wieder zu schätzen: Der „Presslufthammer“

wurde im vergangenen Jahr in unveränderter Form wieder aufgelegt und auch die Ausstellung mit Originalillustrationen, Skizzen und Vorzeichnungen, aber auch mit den vier Meter großen Mittelalter-Bildtafeln von Jörg Müller, die augenblicklich zu den genauesten archäologischen Rekonstruktionen gehören, fand an ihren ersten Stationen in Winterthur und Luzern ein begeistertes Publikum.

In Troisdorf wird der Künstler in der ganzen Breite seines Schaffens vorgestellt: eine repräsentative Auswahl seiner Originalillustrationen führt seine souveräne Beherrschung unterschiedlicher künstlerischer Techniken wie Gouache, Acryl, Airbrush, Zeichnung und Collage vor; Skizzenbücher und Vorzeichnungen machen den komplexen und oft auch komplizierten Prozess der Bildfindung anschaulich und nachvollziehbar. Doch bei aller Begeisterung und Faszination durch die spektakulären und detailversessenen Originale entlässt die Ausstellung erwachsene wie kindliche Besucher dennoch nicht ohne die Erkenntnis, die Jörg Müller immer wichtig war: Die Welt ist kein Märchen.

Dr. Maria Linsmann
Burg Wissem, Burgallee 1
53840 Troisdorf
Tel. (0 22 41) 88 41-11 oder -17
Fax (0 22 41) 88 41-20
e-mail: museum@troisdorf.de
www.bilderbuchmuseum.de

Red.: ge

Nur Ihr Urteil bringt uns weiter!

**Wir wollen mehr
Informationsqualität
für Sie.**

Helfen Sie mit, damit Ihnen weiterhin eine gute Fachpresse und ein optimales Informationsangebot zur Verfügung stehen.

In diesen Monaten befragt die Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e.V. Sie und Ihre

Kollegen zum Leseverhalten und zu Ihren Präferenzen in der Fachpresse.

**KINDER-UND
JUGENDARZT**

+

LA-MED

● Tagungen

Juni 2008

Villingen/Blaubeuren

Pädiatrische Ultraschalldiagnostik

Info und Anmeldung: www.sonokolleg.de

5.–7. Juni 2008

Erlangen

16. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI)

Info: angelika.staude@mcon-mannheim.de

6.–7. Juni 2008

Mainz

27. Jahrestagung der Sektion Kindertraumatologie in der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie

Info: www.conventus.de/skt2008

5.–6. Juli 2008

Bremen

46. Kinderverhaltenstherapietage

Info: todisco@uni-bremen.de

11.–13. Juli 2008

Brixen (Italien)

Symposium – Strukturbezogene Psychotherapie

Vorträge und Workshops zum Thema und Beginn einer neuen Fortbildung in Eltern-Kleinkind-Psychotherapie

Info: www.aerztliche-akademie.de

10.–13. September 2008

Erfurt

3. Gemeinsamer Deutscher Allergiekongress

Info: mail@sersys.de

11.–14. September 2008

München

104. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)

Info:

www.kinderaerztekongress-muenchen-2008.de

11.–12. Oktober 2008

Bremen

47. Kinderverhaltenstherapietage

Info: todisco@uni-bremen.de

15.–17. Mai 2009

Karlsruhe

58. Jahrestagung der Süddeutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (SGKJ)

Info: Digel.F@t-online.de

● Praxistafel

Kinderarzt/Kinderärztin als neuer Partner in großer pädiatrischer Gemeinschaftspraxis (3 Partner) in etabliertem Ärztehaus in Wedel bei Hamburg für sofort oder später gesucht.

Kontakt: 0 41 03 / 12 21 80

Gemeinschaftspraxis in Bad Aibling bei Rosenheim, z.Zt. besetzt mit 2 Senior- und 1 Juniorpartner in Job-sharing, **sucht zum 01.01.09 zweite(n) Nachfolger(in)** für die dann ausscheidenden Ärzte.

Tel. (0 80 61) 9 35 80

Große, gewinnträchtige **Praxis für Kinder- und Jugendmedizin** in gesperrtem KV-Bezirk FFM zum Ende 2009 oder früher abzugeben.

Zuschriften unter Chiffre 1741 KJA 5/08 an den Verlag erbeten

Praxisgemeinschaft Univ.-Stadt Witten (Zentrum) 2008–2010 abzugeben. Kinder-, Kinder- u. Jugend-Psych. u. Allg.Med. o. Internist (HÄ).

Tel. (023 02) 5 60 30

Kinder- und Jugendarztpraxis in der Perle der Pfalz aus Altersgründen ab 2009 zu übergeben.

Zuschriften unter Chiffre 1743 KJA 5/08 an den Verlag erbeten

Kinderarzt, Zusatzbezeichnung Kinder-Rheumatologie, Praxis-erfahren, sucht KV-Sitz/Job-Sharing ab 2009 in Baden-Württemberg, bevorzugt Bereich Baden, bevorzugt Gemeinschaftspraxis.

Zuschriften unter Chiffre 1746 KJA 5/08 an den Verlag erbeten

Anzeigenaufträge werden grundsätzlich nur zu den Geschäftsbedingungen des Verlages abgedruckt, die wir auf Anforderung gerne zusenden.

Die Welt der Kinder im Blick der Maler

Wir erleben Kinder täglich in der Praxis, in den Familien, im öffentlichen Raum. Den Künstlern ist es gegeben, aus der Fülle der Erscheinungen Bleibendes zu gestalten. Im künstlerischen Schaffensprozess werden Eindrücke, auch Elemente des Unterbewusstseins, verarbeitet und darge-

stellt. Die Maler zeigen nicht nur die „schuldlose“ Schönheit des Kindes, sie erfassen auch die „dunklen“ Seiten, die Triebhaftigkeit, Aggressivität, Rücksichtslosigkeit. Sie beobachten die kindliche Freude am Dasein, die Lust am Spiel und an der Nachahmung, das Streben nach

Kontakt, die Reaktionen auf freudige und traurige Erlebnisse.

Kinderbildnisse finden sich in verschiedenen Bildgattungen, z.B. Altarbildern, Andachtsbildern, allegorischen Darstellungen, Porträts, Historienbildern, Genremalerei und es gab sie zu allen Zeiten, wenngleich unter unterschiedlichen Gesichtspunkten. Die griechische Klassik, gerichtet auf das Vollkommene des Menschen, bietet kaum individuelle Züge, sieht die Kinder auch eher als verkleinerte Erwachsene. Im Mittelalter ist die Darstellung der Gottesmutter mit dem Christusknaben ein wichtiges Thema, wobei zunächst strenge Formeln dominieren. Seit Giotto dringt die irdische Wirklichkeit immer mehr in die Kunst ein und bietet die Möglichkeit, die Mutter-Kind-Beziehung und das kindliche Wesen des Jesuskindes in seinem Umgang mit Mutter, Josef, dem kleinen Johannes, Propheten und Heiligen, in seinem Spiel mit Früchten, Gegenständen, dem Kreuz freier zu gestalten. In der Renaissance, als die Götter der Antike wieder auf die Bühne der Kunst treten, schildert man auch das ungezügelte Treiben des jugendlichen Gottes Amor, der das Erbe des griechischen Eros fortführt. Kindliche Erosen, die sich schon in der hellenistischen und römischen Kunst fanden, erwachen als Amoretten (Putti) zu neuem Leben, erreichen den Höhepunkt ihrer Beliebtheit im Rokoko. Die Maler finden Gelegenheit, das triebhafte Wesen des Kindes, seine Spontaneität, sein Streben nach Selbstbehauptung, seine Lust am Spiel und an der Bewegung darzustellen. In allegorischen Bildern, die der anschaulichen Wiedergabe abstrakter Begriffe und der Propagierung von Moralvorstellungen dienen, werden oft Kinder einbezogen, auch hier gibt es eine breite Palette kindlicher Verhaltensweisen.

Unsere Serie will charakteristische Beispiele aus unterschiedlichen Kunstepochen und den unterschiedlichen Lebensphasen des Kindes und Jugendlichen herausgreifen und in loser Folge den Lesern und Leserinnen des Kinder- und Jugendarztes vorstellen.

Wenn man diesem jungen Menschen das erste Mal begegnet, kommt er einem,

Pinturicchio:
Bildnis eines
Knaben, um
1481–83

Fotograf, Gemäldegalerie Alte Meister, Staatliche Kunstsammlung Dresden



Das Bild, das 1722 für die Dresdner Galerie erworben wurde, galt zunächst als ein Porträt des jungen Raffael, was sich aber bald ausschließen ließ, Maler unbekannt. Die Kunsthistoriker fanden als Schöpfer des Temperabildes den umbrischen Maler Pinturicchio heraus. Dieser, von Vasari wegen seiner Gestalt etwas boshaft als „Malerzwerger“ bezeichnet, hat dieses Bildnis etwa 1482 geschaffen, zu einer Zeit, als er gemeinsam mit Perugino an der Ausmalung der Sixtinischen Kapelle des Vatikans tätig war. Pinturicchio arbeitete vor allem als Freskomaler in Kirchen und Palästen geistlicher Herren, gelegentlich malte er auch Porträts von Kirchenfürsten. Neben biblischen Szenen schuf er mitunter dekorative Landschaften und Stadtbilder. Aus welchem Anlass unser so zeitlos wirkendes Bildnis entstanden ist und ob es einen Auftraggeber gab, vermag heute niemand zu sagen.

abgesehen von der Kleidung und vielleicht auch der Frisur, relativ vertraut vor. Man sieht ihm eigentlich nicht an, dass er schon über 500 Jahre hinter sich hat, er könnte in unserer Mitte leben.

Merkwürdig hinsichtlich des Entstehungsdatums: hier ist nicht ein Adliger oder eine biblische Gestalt dargestellt, wir finden auch keine Idealisierung (wie sie ab etwa 1500 wieder üblich wird), sondern eine ganz individuelle, jugendliche Persönlichkeit an der Schwelle zwischen Kindheit und Erwachsenenalter. Dieser

Junge hat schon ein gewisses Selbstbewusstsein entwickelt, er entfaltet bereits eine Distanz zu seiner Umwelt, vermag sie kritisch zu beobachten, vielleicht ist auch ein wenig Trotz angedeutet. Parallel mit dem Erwachen der Persönlichkeit eines jungen Menschen schildert uns der Maler das morgendliche Erwachen der Natur. Die gedämpften, abgestuften Farben der stillen Landschaft lassen den hellen Sonnenaufgang unter dem Blau des Morgenhimmels hervortreten. Unter den ersten Sonnenstrahlen leuchtet das Gewässer auf,

dessen Verlauf im Mittelgrund beidseits der Halspartien des Jünglings zu erkennen ist.

In dieser Zeit entdeckte man in Oberitalien ein Interesse für Entwicklungsprozesse, man beschäftigte sich mit pädagogischen Fragen und begann mit der Einführung von Unterricht.

Die Emanzipation des Kindes hatte begonnen.

Dr. Peter Scharfe
Ravensteinstr. 8, 01237 Dresden
Tel. (03 51) 2 56 18 22

Red.: ge

Fortbildungstermine des BVKJ

Mai / Juni 2008

31.5.–1.6. 2008

Pädiatrie zum Anfassen

des bvkJ e.V., Landesverband Thüringen, Erfurt

Auskunft: Dr. med. Annette Kriechling, In der Trift 2, 99102 Erfurt-Niedernissa, Tel. 0361 / 5626303, Fax 0361/4233827 ①

7. Juni 2008

Pädiatrie zum Anfassen

des bvkJ e.V., Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland, Worms

Auskunft: Prof. Dr. Heino Skopnik, Kinderklinik Stadt Krankenhaus GmbH, Gabriel-von-Seidl-Str. 81, 67550 Worms, Tel. 06241/501-3600, Fax: 06241/501-3699 ①

20.–22. Juni 2008

Kinder- und Jugendärztetag 2008

38. Jahrestagung des bvkJ e.V., Berlin
Neue Herausforderungen in der Kinder- und Jugendmedizin

Bindungs- und Interaktionsstörungen

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221 / 6 89 09 15/16, Fax: 0221/6 89 09 78 (bvkJ.kongress@uminfo.de) ①

21.–22. Juni 2008

PRAXISfieber live

3. Kongress für Medizinische Fachgesellschaft in der Kinder- und Jugendarztpraxis des bvkJ e.V., Berlin

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/6 89 09 15/16, Fax: 0221/6 89 09 78 (bvkJ.kongress@uminfo.de) ①

Juli 2008

12.–13. Juli 2008

Pädiatrie zum Anfassen

des bvkJ e.V., Landesverband Württemberg / (Baden), Nellingen (Ostfildern)

Auskunft: Dr. Rudolf von Butler, Wäldenbronner Str. 42, 73732 Esslingen, Tel. 0711/374694, Fax: 0711/3704893 ②

August 2008

30. August 2008

Jahrestagung des LV Sachsen

des bvkJ e.V., Dresden

Auskunft: Dr. Klaus Hofmann, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Chemnitz, PF

948, 09009 Chemnitz, Tel. 0371/33324130, Fax 0371/33324102 ①

September 2008

6.–7. September 2008

12. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkJ e.V., Landesverbände Hamburg, Bremen, Schleswig-Holstein und Niedersachsen, Lübeck

Auskunft: Dr. Stefan Trapp, Bremen, Tel. 0421/570000, Fax 0421/571000;

Dr. Stefan Renz, Hamburg, Tel. 040/4309369-0, Fax 040/430936969;

Dr. Detlef Banthien, Bad Oldesloe, Tel. 04531/2397, Fax 04521/2391 ②

13.–14. September 2008

Praxisabgabe-Seminar

des BVKJ e.V. in Friedewald

Auskunft: BVKJ, Tel.: 0221/68909-10, Fax 0221/683204

20. September 2008

Jahrestagung des LV Brandenburg

des bvkJ e.V., Zeuthen

Auskunft: Dipl.-Med. Reichel, Vorsitzender des LV Brandenburg, Am Friedenskamp 38, 17291 Prenzlau ④

27.–28. September 2008

11. Seminartagung Hessen

des bvkJ e.V., Landesverband Hessen, Bad Nauheim

Auskunft: Dr. Josef Geisz, Bahnhofstr. 24, 35576 Wetzlar, Tel. 06441 / 42051, Fax: 06441/42949 ①

Oktober 2008

12.–17. Oktober 2008

36. Herbst-Seminar-Kongress

des bvkJ e.V., Bad Orb

Sehen – Hören – Fühlen

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069

Köln, Tel. 0221 / 6 89 09 15/16, Fax: 0221 / 6 89 09 78 (bvkJ.kongress@uminfo.de) ②

November 2008

14.–15. November 2008

Pädiatrie zum Anfassen

des bvkJ e.V. in Berlin

Auskunft: Dr. Burkhard Ruppert, Zabel-Krüger-Damm 35-39, 13469 Berlin, Tel. 030/4024922, Fax 030/40397254 ①

15.–16. November 2008

Praxiseinführungs-Seminar

des BVKJ e.V. in Friedewald

Auskunft: BVKJ, Tel. 0221/68909-10, Fax 0221/683204

22.–23. November 2008

6. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkJ e.V., LV Bayern, Bamberg

Auskunft: Dr. H. Reiningger, Prof. Dr. C. P. Bauer, Prof. Dr. K. H. Deeg, Cosimastr. 133, 81925 München, Tel. 089/4209547500, Fax 089/4209547509 ③

2009

März 2009

6.–8. März 2009

15. Kongress für Jugendmedizin

des bvkJ e.V., Weimar

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221 / 6 89 09 15/16, Fax: 0221/6 89 09 78 (bvkJ.kongress@uminfo.de) ②

20.–22. März 2009

Pädiatrie zum Anfassen

des bvkJ e.V., Landesverband Mecklenburg-Vorpommern, in Bad Doberan / Rostock

Auskunft: Frau Dr. Marion Richter / Frau Dr. Sybille Sengbusch, Tel. 038203/14787, Fax: 038203/14789 ④

① **CCJ GmbH, Tel. 0381-8003980 / Fax: 0381-8003988**

② **Schmidt-Römhild-Kongressgesellschaft, Lübeck, Tel. 0451-7031-202, Fax: 0451-7031-214**

③ **DI-TEXT, Tel. 04736-102534 / Fax: 04736-102536, Digel.F@t-online.de**

④ **Med For Med, Rostock, Tel. 0381-20749709, Fax 0381-7953337**

⑤ **Carmen Hell Kongressbüro, Tel. 09321-922100, Fax 09321-922-120**

Buchtipps

Monika Nienstedt /
Arnim Westermann

Pflegekinder und ihre Entwicklungschancen nach frühen traumatischen Erfahrungen

414 Seiten, völlig überarbeitete
Neuaufgabe 2007, € 32,-, ISBN
978-3-608-96007-5



Der Albtraum eines jeden Kinder- und Jugendarztes, aber auch von Kollegen anderer Fachgebiete, die als Hausärzte Familien betreuen: Vernachlässigte, verwahrloste und seelisch, körperlich und insbesondere sexuell misshandelte Kinder.

Was tun? Wer hilft?

Der Leiter eines großen Kinderheimes in Münster spricht Kinder- und Jugendärzten die Kompetenz ab, diese Kinder überhaupt erkennen zu können!

Wer hat Kontakt zum örtlichen Jugendamt? Wer kennt die Kriterien, nach denen dort gehandelt wird? Was erwartet die Kinder? Ist ihre Rückführung in die Familie, in der entweder Verwahrlosung oder Misshandlung stattfand oder in der sie zumindest nicht ausreichend davor geschützt wurden, für die Verantwortlichen oberstes Prinzip?

Welche Alternativen gibt es?

Die Diplom-Psychologen Monika Nienstedt und Arnim Westermann sind ausgewiesene Spezialisten der Problematik mit

jahrzehntelanger Erfahrung in Diagnostik und Therapie traumatisierter Kinder und in der Beratung von Jugendämtern und der mit diesem Wirkungsspektrum Betrauten. In ihrem Buch „Pflegekinder“ geben sie dezidierte Hinweise gerade auch für unsere Berufsgruppe.

Dieses Buch ist vor allem handlich:

- das Einleitungskapitel erschließt als Kurzfassung das ganze Buch. Ausführlicher informieren die einzelnen Kapitel, z.B. „Ursachen und Wirkungen von Kindesmisshandlung“ und wie der professionelle Umgang mit dieser Problematik sein sollte
- das Buch enthält ein ausführliches Stichwortverzeichnis;
- es ist aufgrund seiner umfassenden Darstellung der Problematik ein leicht zu benutzendes „Handbuch“.

Pflegevermittlungsstellen, die nach dem von den Autoren erarbeiteten und in diesem Buch ausführlich und durch die Fallbeispiele sehr anschaulich dargelegten Konzept der Auswahl und Vermittlung vorgehen, arbeiten damit sehr erfolgreich. Die Abbruchquote ist mit deutlich unter fünf Prozent (!) außerordentlich gering und die Entwicklungsverläufe sind sehr positiv. Zum Vergleich: die landes- und bundesweiten Abbruchquoten liegen im Schnitt bei 30 bis 40 Prozent. Kinder- und Jugendärzten kann dieses Buch helfen, professionell mit der Problematik traumatisierter Kinder umzugehen, die zuständigen Ämter und ihre Arbeitsweisen besser zu verstehen und besser mit ihnen zusammenzuarbeiten.

Daher mein zusammenfassendes Urteil: Dieses Buch tut Not!

Dr. Matthias Röskau

Der Autor ist Kinder- und
Jugendarzt in Münster

Helmut Keudel und Barbara Capelle
Kinderkrankheiten

Verlag Gräfe u. Unzer, München.
2006. 304 S., ca. 120 Abb. €
22,90. ISBN 978-3-8338-0224-9

Ein Kind wird krank – das passt in die heutigen Familienstrukturen weniger als in früherer Zeit, aus verschiedenen Gründen. Dem ärztlichen Bedürfnis, die Eltern für diesen Problemen für eine weitgehende Selbstständigkeit kompetent zu machen, kommt das gewachsene Interesse vieler Eltern entgegen. Sie wollen mehr verstehen von Gesundheit und Krankheit, um den Querimpulsen, die Krankheiten immer wieder überraschend ins Familienleben bringen, mit schnellem und sicheren Handeln beikommen zu können. Ein Ratgeber dazu soll vorgestellt werden, den zwei Kinderärzte aus den Erfahrungen ihrer Praxis geschrieben haben.

Das umfangreiche, gut fadengeheftete Buch gliedert sich nach einführenden Bemerkungen zum Selbstverständnis menschlichen Krankseins und zu grundsätzlichen Einstellungsweisen einem kranken Kind gegenüber sehr übersichtlich in fünf sachentsprechend große Abschnitte: vielschichtige Leitsymptome wie Fieber und Schmerz, Besonderheiten beim Säugling, Krankheiten der einzelnen Organsysteme, Infektionskrankheiten und psychisch begründete Auffälligkeiten, Techniken der Selbsthilfe wie Verbände, Wickel und Heiltee-Zubereitung, Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, Not-situationen mit den Maßnahmen der Ersten Hilfe.

Die Fähigkeiten eines eigenen Handelns werden präzise dargestellt. Das eventuell notwendig weitergehende Handeln durch den Kinderarzt/Hausarzt oder Spezialarzt wird klar fordernd und in vertrauensfördernden Worten sprachlich überzeugend angesetzt. Ist im Einzelfall Kranken-



hausaufnahme unumgänglich, werden die Eltern auch dafür mit Verständnis und einigen Rat-schlägen zu ihrem Verhalten aus-gerüstet.

Neben dem Stichwortregister ist ein Glossar gegeben, eine Liste von Hilfs- und Selbsthilfe-organisationen, weiterführende Literatur, Inhalt einer Hausapo- theke.

Gerade weil es sich, wie der Ver- lag erkennbar macht, um ein sehr erfolgreiches Buch handelt, möchte der Referent noch einige Bemerkungen machen, die einer weiteren Verbesserung dienen könnten.

Es besteht offenbar ein gewisses Hemmnis bei den Autoren, den Eltern die medizinischen Fach- ausdrücke zu sagen, obwohl ih- nen das Wissen darum ein Ver- stehen im Arztgespräch oft erst gäbe, zumindest erleichtert, oder ein eigenes Nachschlagen im Lexikon oder Internet erst er- möglichte. Einiges bringt dazu zweifellos das Glossar. Text und Glossar wünscht man sich also diesbezüglich erweitert, wozu ei- nige Begriffe beispielhaft ge- nannt seien: Zerebralparese, Spastik, Sepsis, Apathie, Gedeih- störungen wie Dystrophie, Atro- phie, Pavor nocturnus, Toxoplas- mose, angeborene Lues, Angina und Tonsillitis.

Im Text würde man gern etwas zu den somatischen und eltern- be- zogenen Problemen von Frühge- borenen lesen, mehr Einzelhei- ten zu den angeborenen Herz- fehlern, zum Leitsymptom der Apathie bis Bewusstlosigkeit, in- nerhalb der Epilepsie mehr zu den einzelnen Krampfformen (Absencen und BNS-Krämpfe er- scheinen nicht), ferner die wichti- gen Merkmale der Toxikose, et- was zu Akzeleration und Minder- wuchs, Debilität bis schweren Schwachsinn, zu Fehlbildungen. Bei der Meningokokkenimpfung ist das Waterhouse-Friderichsen- Syndrom genannt, worunter El- tern sich nichts vorstellen kön- nen, zumal es ohne Erläuterung geschieht: man erwartet das alar- mierende Symptom dieser Spe- zifität einer Hautblutung unbedi- ngt deutlich herausgehoben unter Blutungen, Apathie, Erbre-

chen oder Meningitis. Statt des Begriffes Mongolismus wählt man heute wohl besser das Wort Mongoloidismus.

Auffällig ist auch das Fehlen von wissenschaftlich inspirierten Zeichnungen zu den Textaussa- gen (Ausnahme bei der Ersten Hilfe, bei Verbänden und Dar- stellung von Hörorgan und Mundhöhle). Über die gut im Photo dargestellten Exanthem- krankheiten hinaus könnten vie- lerts weitere Photos den heute ja vor allem eidetisch eingestell- ten Eltern helfen, wenn sie zum Text Vorstellungen entwickeln wollen oder sollen. Bilder exakter Darstellungen von sichtbaren Krankheitszeichen, von Organ- und Zelldarstellungen helfen zweifellos zu konkreteren Vor- stellungen und damit auch grö- ßerer Handlungssicherheit bei den Eltern; vielleicht können diese einmal auch ihrem Kind verständiger erklären, woran es erkrankt ist. Platz wäre im Buch leicht durch ein anderes Lay-out- Konzept zu gewinnen unter Wegfall zahlreicher, zwar hübscher, aber medizinisch fast nichts sagender Abbildungen, von denen manche auch noch über zwei Seiten gehen. So zu handeln, würde den günstigen Ladenpreis nicht gefährden.

Prof. Dr. Michael Hertl,
Mönchengladbach

Körper, Seele, Mensch – Versuch über die Kunst des Heilens

Bernd Hontschik

Band 1. medizinHuman, Suhr- kamp Taschenbuch 3818, Frank- furt 2006, 143 Seiten, 6,50 €

Es ist schon erstaunlich, dass das Unbehagen über die moderne Hochleistungsmedizin stetig zu- nimmt und dass trotz aller ein- drucksvollen Fortschritte und Er- folge. Woran liegt das? Der Au- tor, ein praktisch tätiger Chirurg will eine Antwort darauf finden, und um es gleich vorwegzuneh- men, er findet zwar keine einfa- che Antwort darauf, aber er be- schreibt in prägnanter Weise die Situation, in die die moderne Hu-



manmedizin und damit der aktiv tätige Arzt unserer Zeit geraten ist. Und er ruft dazu auf, zu einer humanen Medizin zurückzufin- den, die nicht, wie es Thure von Uexküll beschrieben hat, streng getrennt ist in eine „Medizin für Körper ohne Seelen“ und eine „Medizin für Seelen ohne Kör- per“. Ausgehend von dieser Defi- nition hatte von Uexküll das Konzept einer Integrierten Medi- zin erarbeitet und zu deren För- derung die Akademie für Integrierte Medizin ins Leben geru- fen. Bernd Hontschik ist ein pro- minentes Mitglied dieser Vereini- gung, der zusammen mit von Uexküll schon vor Jahren das Lehrbuch „Psychosomatik in der Chirurgie“ herausgegeben hat. Basierend auf Fallgeschichten aus dem klinischen Alltag be- schreibt der Autor in dem jetzt vorliegenden sehr preiswerten Taschenbuch eine moderne Medi- zin, in der für den kranken Men- schen keine Zeit mehr bleibt und die Ärzte nicht mehr zuhören, eine Medizin, in der der Kranke zu einer zu behandelnden Diag- nose verkommen ist. Das Ziel der durch die Politik angestoßenen Veränderungen in der Medizin ist die ungehinderte Etablierung von Markt, Konkurrenz- und Pro- fitdenken. Mit Recht stellt der Autor dann die Frage, wo eigent- lich dabei die heilende Medizin bleibt, die eine soziale Wissen- schaft ist, eine heilende und hel- fende Kraft, deren Realisierung sich trotz aller Techniken immer zwischen Menschen abspielt.

Und er fragt weiter: Brauchen wir eine maschinen-, computer- und profitangepasste, codierbare Heilungsindustrie? Und er stellt sofort zu Recht fest, dass ein solcherart industrialisiertes Gesundheitswesen den Menschen als Individuum ignorieren muss, sowohl den Menschen „Patient“ als auch den Menschen „Arzt“.

Das Buch ist voller kritischer Überlegungen zur modernen Medizin. Die Lektüre sei nicht nur jedem in diesem System Tätigen zu empfehlen sondern besonders auch jedem Medizinstudenten, der dadurch vielleicht verstehen wird, dass in seiner zukünftigen Arbeitswelt eine Fehlentwicklung stattgefunden hat und weiter stattfindet, die ihm jetzt als Fortentwicklung vorgegaukelt wird. Es wird ihm bei der Lektüre deutlich werden, dass er diese keineswegs als positiv empfinden muss, sondern dass auch er dazu aufgerufen ist, im Interesse der kranken Menschen aber auch in seinem eigenen Interesse, dazu beizutragen, diese Fehlentwicklung zurückzudrehen.

Besonders gefallen hat dem Rezensenten das abschließende Kapitel mit der Überschrift „Psychosomatik: Die Notlösung“. Der Autor geht davon aus, dass der Gebrauch des Modewortes Psychosomatik eigentlich eine

Gegenreaktion darauf ist, dass Psyche und Soma, Seele und Körper, in der Schulmedizin getrennt betrachtet und auch getrennt behandelt werden und somit wohl eigentlich die Sehnsucht nach der verloren gegangenen Ganzheitlichkeit widerspiegelt. Und er beschreibt dann vier Konzepte dieses Faches:

1. Die längst überholte Vorstellung, dass es sich um eine eigenständige Krankheitstheorie handelt, die besagt, dass es ausschließlich psychosomatische (also alleine psychisch verursachte) Krankheiten gibt, der aber immer noch viele Patienten und Ärzte anhängen.

2. Die Psychosomatik als Medizin für Krankheiten ohne Ursachen, die die moderne Medizin als somatoforme Störungen bezeichnet, was die Sache keineswegs besser macht.

3. Psychosomatik als Lehre von den Krankheiten, die psychotherapeutisch behandelt werden müssen weshalb sich inzwischen die Psychosomatiker als Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie bezeichnen. Mit Recht weist Hontschik darauf hin, dass dieses Denken ebenfalls von tiefst dualistischen Vorstellungen geprägt ist, die einem ganzheitlichen Konzept widersprechen.

4. Die Psychosomatik als ärztliche Grundhaltung, die den Patienten nicht in Körper und Seele aufteilt, in einzelne Organe zerlegt und seine Krankheiten nicht desintegriert behandelt. Und Hontschik wünscht sich, dass jeder Arzt während seiner Ausbildung und seiner beruflichen Tätigkeit die Chance bekommt, diese Grundhaltung für sich zu erkunden und anzunehmen.

Und diese Grundhaltung kann nicht in ein eigenständiges Fach ausgelagert werden im Sinne eines institutionellen „Outsourcing“ des Menschen aus der Schulmedizin.

Und so ergibt sich für den Autor eine fünfte Definition.

Es ist zu hoffen, dass dieses Buch viele Menschen inner- und außerhalb der Medizin zum Nachdenken anregt im Interesse der kranken Menschen in unserer Gesellschaft. Das hier besprochene Buch ist übrigens der erste Band einer von seinem Autor im Suhrkamp-Verlag herausgegebenen neuen Taschenbuchreihe, die sich für eine menschenwürdige Medizin einsetzen will, für die das vertrauensvolle Verhältnis zwischen Arzt und Patient die Grundlage ist.

Prof. Dr. Dr. h.c. Dietrich Niethammer
72076 Tübingen

Wir gratulieren zum Geburtstag im Juni 2008

65. Geburtstag

Herrn Dipl.-Med. Tilmann *Roedel*, Haynrode, am 01.06.
 Frau MUDr. Gudrun *Andresen*, Senftenberg, am 02.06.
 Frau Dr. med. Wiltrud *Gordon*, Lüneburg, am 03.06.
 Frau Dr. med. Petra *Krieger*, Biederitz, am 03.06.
 Frau Dr. med. Helga *Berbig*, Hannover, am 04.06.
 Herrn Lutz *Neuendorf*, Berlin, am 05.06.
 Frau PD Dr. med. Ingrid *Grimmer*, Berlin, am 06.06.
 Frau MUDr. med. Regina *Brandhoff*, Wilkau-Haßlau, am 09.06.
 Herrn Dr. med. Gotthard *von Czetrtritz*, München, am 09.06.
 Herrn Dr. med. Gero *Schumacher*, Hamburg, am 11.06.
 Frau Dr. med. Elke *Eidelloth*, Lindenberg, am 13.06.
 Frau SR Dr. med. Edith *Huth*, Berlin, am 13.06.
 Frau Dr. med. Ingeborg *Dronia-Haber*, Buxtehude, am 14.06.
 Frau Dr. med. Gisela *Riering*, Wendlingen, am 14.06.
 Herrn Dr. med. Albrecht *Fiedler*, Schwäbisch Gmünd, am 15.06.
 Herrn Dr. med. Wolfgang *Beil*, Miesbach, am 17.06.
 Frau Dr. med. Kristina *Kneppo*, Weinheim, am 19.06.
 Herrn Dr. med. Johann *Disselhoff*, Offenburg, am 20.06.
 Herrn Dr. med. Reinhard *Feindt*, Göttingen, am 22.06.
 Herrn Dr. med. Konstantin *von Puttkamer*, Tübingen, am 22.06.
 Herrn Dr. med. Rudolf *Remy*, Bielefeld, am 22.06.
 Frau Dr. med. Christa-Maria *Ziegeler*, Calbe, am 23.06.
 Frau Dr. med. Gundula *Nath*, Krumbach, am 25.06.
 Frau Dr. med. Gudrun *Chanda*, Düsseldorf, am 26.06.
 Herrn Dr. med. Bernd *Brendel*, Boltenhagen, am 30.06.

70. Geburtstag

Frau Dr. med. Uta *Haase*, Gotha, am 02.06.
 Frau Dr. med. Ingeborg *Bernsau*, Berlin, am 06.06.

Frau Dr. med. Hertha *Eichstädt*, Leipzig, am 06.06.
 Frau Dr. med. Rosemarie *Hunger*, Radeberg, am 06.06.
 Herrn Dr. med. Martin *Achilles*, Aachen, am 08.06.
 Herrn Dr. med. Gabriel Gbedevi *Aguigah*, Datteln, am 15.06.
 Herrn Dr. med. Theo *Siebenmark*, Leipzig, am 20.06.
 Herrn Dr. med. Gerhard *Grundherr*, Schnaitsee, am 21.06.
 Herrn MR Dr. med. Jürgen *von Löbbecke*, Freiberg, am 21.06.
 Herrn Dr. med. Hans-Georg *Kriebel*, Wetzlar, am 22.06.
 Frau Jutta *Kantis*, Moers, am 24.06.
 Herrn Dr. med. Klaus *Gottschalk*, Berlin, am 28.06.
 Frau Ursula *Paschke*, Hoyerswerda, am 28.06.
 Herrn Dr. med. Herbert *Krahé*, Siegburg, am 29.06.
 Frau Dr. med. Helga *de Millas*, Guntersblum, am 30.06.

75. Geburtstag

Herrn Dr. med. Paul *Becker*, Lübeck, am 01.06.
 Frau Dr. med. Ulrike *Puyn*, Köln, am 04.06.
 Herrn Dr. med. Gerhard *Stephan*, Darmstadt, am 09.06.
 Herrn Dr. med. Ahad *Dochantschi*, Steinbach/Ts., am 28.06.

80. Geburtstag

Frau Dr. med. Rosemarie *Heintze*, München, am 18.06.
 Herrn Dr. med. Anton *Schäffner*, Grafing, am 27.06.

81. Geburtstag

Herrn Dr. med. Manfred *Sonnenberg*, Karlsruhe, am 01.06.
 Herrn Dr. med. Helmut *Moll*, Papenburg, am 06.06.
 Herrn Dr. med. Jürgen *Schmidt*, Hechthausen, am 27.06.

82. Geburtstag

Frau Dr. med. Gerta *Weidner*, München, am 03.06.
 Frau Dr. med. Eva *Büchler*, Peine, am 08.06.
 Frau Hanna *Schüler*, Solingen, am 23.06.

83. Geburtstag

Herrn Dr. med. Wilhelm *Plettenberg*, Essen, am 01.06.

Herrn Dr. med. Wolf *Roos*, Kaiserslautern, am 08.06.
 Herrn Dr. med. Christoph *Gralka*, Bad Kreuznach, am 21.06.
 Frau Dr. med. Lia *Jancu*, Mülheim, am 27.06.
 Frau Dr. med. Waltraut *Albrecht-Bellingrath*, Friedrichsdorf, am 29.06.

84. Geburtstag

Frau Dr. med. Gisela *Viersbach*, Köln, am 01.06.
 Herrn Prof. Dr. med. Walter *Toussaint*, Koblenz, am 17.06.
 Herrn Prof. Dr. med. Harald *Haupt*, Duisburg, am 22.06.

85. Geburtstag

Frau Dr. med. Melanie v. *Arco-Zinneberg*, München, am 08.06.
 Herrn Dr. med. Heribert *Pauly*, Wesel, am 19.06.
 Herrn Dr. med. Ernst *Bickel*, Bremerhaven, am 29.06.

86. Geburtstag

Frau Dr. med. Ruth *Klaus*, Nordhorn, am 07.06.
 Frau Dr. med. Gisela *Lottermoser*, Oldenburg, am 18.06.
 Frau Dr. med. Annemarie *Strunk*, Solingen, am 19.06.
 Frau Dr. med. Christel *Kurig*, Traben-Trarbach, am 27.06.
 Frau Dr. med. Gisela *Wengler*, Bad Kreuznach, am 28.06.

87. Geburtstag

Frau Dr. med. Gisela *Rütten*, Bad Neuenahr-Ahrweiler, am 01.06.
 Frau Dr. med. Eva *Frey*, Stuttgart, am 19.06.
 Herrn Dr. med. Ulrich *Kardorff*, Mönchengladbach, am 20.06.
 Frau Dr. med. Helmi *Freisinger*, Völklingen, am 29.06.

88. Geburtstag

Frau Dr. med. Brigitta *Englisch*, Itzehoe, am 09.06.
 Herrn Dr. med. Rudolf *Blatzheim*, Stolberg, am 11.06.
 Herrn Dr. med. Edgar *Dantes*, Mannheim, am 12.06.
 Frau Dr. med. Ilse *Wilckhaus*, Lübeck, am 23.06.
 Herrn Dr. med. Hans-Ulrich *Sauerbrei*, Essen, am 25.06.
 Herrn Dr. med. Günther *Eisold*, Gelsenkirchen, am 28.06.

90. Geburtstag

Frau Dr. med. Hanne *Buschei*,
Dortmund, am 03.06.
Frau Dr. med. Hedwig *Heilmann*,
Nienburg, am 26.06.

91. Geburtstag

Frau Dr. med. Ursula *Schwarz*, Berlin,
am 05.06.

Herrn Dr. med. Friedrich *Hosemann*,
Nordhorn, am 12.06.

Frau Dr. med. Lore *Arp*, Plön,
am 22.06.

94. Geburtstag

Frau Dr. med. Ilse *van Bracht*, Köln,
am 21.06.

Als neue Mitglieder begrüßen wir**Ausland**

Frau Carmen Maria Lorente *Flores*

Landesverband Baden-Württemberg

Herrn Dr. med. Joachim *Ohlmann*
Herrn Thomas *Ulmer*
Frau Ingrid *Boltz*
Herrn MUDr. / Univ.Prag Tomas *Soukup*
Herrn Viktor *Mil*
Frau Theresa *Neudecker*
Frau Dr. med. Christina *Kosel*

Landesverband Bayern

Herrn Dr. med. Stephan *Martini*
Frau Dr. med. Univ. Kathrin *Steurer*
Frau Dr. med. Sabine *Beer*
Frau Christine *Olbrich*
Herrn Dr. med. Ludwig *Käsbauer*
Frau Dr. med. Marlene *Volz-Fleckenstein*
Frau Maria *Messerer*
Frau Stephanie *Neumeyer*
Frau Lydia *Schweigart*
Frau Dr. med. Inge *Uhl*
Herrn Dr. med. Stefan *Oberle*
Herrn Tobias *Hampel*
Herrn Dr. med. Wolfgang *Preis*
Frau Dr. med. Duschanka *Goerlich*

Landesverband Berlin

Herrn Saman *Khayyamian*
Frau Dr. med. Tina-Maria *Wagner*

Landesverband Brandenburg

Herrn Lars *Meyer*

Landesverband Bremen

Frau Regina *Heinemann*

Landesverband Hamburg

Frau Kerstin *Noetzel*
Frau Dr. med. Maike *Thobaben*
Frau Dr. med. Birgit *Schipper*

Landesverband Hessen

Frau Dr. med. Doris *Popp*
Herrn Dr. med. Thies *Häfner*
Frau Lidia *Letoutchi*

Landesverband**Mecklenburg-Vorpommern**

Frau Dr. med. Nina *Schubert*
Frau Dr. med. Christiane *Hartmann*

Landesverband Niedersachsen

Herrn Dr. med. Najeeb *Al-Saidi*
Frau Martina *Sappa*
Frau Sina *Völker*
Frau Frauke *Gallner*

Landesverband Nordrhein

Herrn Johannes *Trapp*
Frau Daniela *Lübbert*
Herrn Mark *Großmeier*
Herrn Dr. med. Winfried *Engl*
Frau Anna *Jessen*

Wir trauern um:

Herrn Dr. med. Henning *Schloon*,
Glinde

Frau Dr. med. Ulrike *Breckling*
Frau Pia *Westerdorf-Machtens*

Landesverband Rheinland-Pfalz

Frau Dr. med. Sabine *Kuntz*
Frau Dr. med. Barbara *Bartak*

Landesverband Saarland

Frau Susanne *Bützler*
Herrn Andreas *Dutka*

Landesverband Sachsen

Frau Dr. med. Dagmar *Huhle*
Frau Juliane *Hamel*
Herrn Dr. med. Jörg *Theile*
Herrn Dr. med. Michael *Wiener*
Frau Dr. med. Alexandra *Keller*
Frau Dipl.Med. Karen *Fritz*
Frau Rahel Jähnig
Frau Dipl. Med. Anne-Catrin *Boxberger*
Frau Dr. med. Astrid *Herrmann*

Landesverband Schleswig-Holstein

Frau Dr. med. Eva *Steinijans*

Landesverband Thüringen

Frau Steffi *Buch*
Frau Kristina *Stuchlik*

Landesverband Westfalen-Lippe

Herrn Thomas *Götze*
Frau Nora *Matthaeas*
Frau Dr. med. Nina *Brockhaus*
Frau Dr. med. Astrid *Berner*
Frau Sabrina *Reichel*

Positive US-Empfehlung für Schluckimpfung gegen Rotavirus-Gastroenteritiden

Rotavirus-Impfstoff zur Zulassung in den USA empfohlen

Das Vaccines and Related Biological Products Advisory Committee der amerikanischen Zulassungsbehörde FDA (Food and Drug Administration) empfiehlt Rotarix® – einen Impfstoff gegen Rotavirus-bedingte Gastroenteritiden für Säuglinge – zur Zulassung in den USA.

Im Rahmen des US-Zulassungsverfahrens wurden die aus den Zulassungsstudien vorliegenden Daten mit insgesamt mehr als 63.000 Probanden von der FDA ausgewertet. Das Advisory-Komitee der FDA befürwortet die Zulassung aufgrund der Wirksamkeit und Sicherheit des Impfstoffs. Die gleichen Daten wurden bereits der europäischen Zulassungsbehörde EMEA und weiteren Zulassungsbehörden vorgelegt und führten in über 100 Ländern zur Zulassung.

In klinischen Studien schützte die Impfung gegen schwere Gastroenteritiden noch nach zwei Rotavirus-Saisonen mit einer Wirksamkeit von mehr als 90 Prozent. Sie konnte weiterhin in 96 Prozent der Fälle Hospitalisierungen vermeiden. Die Wirksamkeit wurde gegen die fünf häufigsten Rotavirus-Serotypen G1P[8] (96 %), G2P[4] (86 %), G3P[8] (94 %), G4[8] (95 %) und G9P[8] (85 %) gezeigt. Diese Rotavirus-Serotypen sind sowohl in Europa als auch den USA die häufigsten zirkulierenden Serotypen.

In Amerika empfehlen sowohl das CDC Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) als auch die American Academy of Pediatrics (AAP) und die American Academy of Family Physicians (AAFP) die Routine-Impfung gegen Rotaviren. Auch europäische Fachgesellschaften wie die ESPID und ESPAGHAN (European Society for Paediatric Infectious Diseases bzw. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition) befürworteten eine breite Impfung aller Kinder in Europa. In Deutschland hat sich bisher die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) eindeutig für die Rotavirus-Impfung für alle Säuglinge ausgesprochen. Die Sächsische Impfkommision (SIKO) empfiehlt seit dem 1. Januar 2008 die Impfung gegen Rotavirus-bedingte Gastroenteritiden generell für alle Säuglinge in Sachsen.

Nach Informationen von GlaxoSmithKline, München

Informationen für Eltern gibt es auch unter www.gesundes-kind.de.

Unser Tipp: Zertifizierte Online-Fortbildungen für medizinisches Fachpersonal rund um das Thema Impfen unter www.impfakademie.de

Das Pascoe Infekt-Paket

Sicher und zuverlässig wirksam – auch für die Kleinsten

Auch im Sommer an Schutz vor Infekten denken!

Erkältungskrankheiten, Halsschmerzen oder Sommergrippe – Die meisten Kinder im Vorschulalter durchleben im Schnitt acht- bis 12-mal jährlich einen Infekt, zumeist durch Viren hervorgerufen. Hier nützen Antibiotika dann wenig. Nach dem Ausschluss einer Otitis media oder gar Pneumonie helfen hier vor allem Ruhe, Wärme und Zuwendung. Um das angeschlagene Immunsystem der Kleinen zu unterstützen und die Genesung zu fördern, bietet sich das Pascoe Infekt-Paket gegen Husten, Erkältungskrankheiten sowie Infekte und Entzündungen im Hals-Nasen-Rachenbereich an: Die explizit für Kinder geeigneten homöopathischen Präparate Lymphdiaral® Halstabletten, Lymphdiaral® sensitiv Salbe N, Bronchopas Tropfen, Sinupas® sowie Grippls® SL Tropfen können für Kinder bis 12 Jahren auf GKV-Rezept verordnet werden. Neue Daten aus der Praxis belegen einmal mehr die zuverlässig gute Wirkung der Pascoe-Präparate.

Eine Erkältungskrankheit darf man nicht unterschätzen. Jeder Infekt muss gut ausgeheilt werden, da er sonst chronisch werden kann oder eine generelle Infektanfälligkeit entsteht. Auf der anderen Seite bedeutet jeder erfolgreich durchlebte Infekt auch eine Schulung und Training für das Immunsystem der Kinder. Nicht nur in der klassischen Erkältungszeit, sondern auch im Sommer sollte gerade bei anfälligen Kindern an eine wirksame Prophylaxe gedacht werden, um quälenden Ohrschmerzen oder bellendem Husten rechtzeitig vorzubeugen.

Spezielle Kinderarzneien sind selten

Kinder sind jedoch keine kleinen Erwachsenen – hier herrscht inzwischen Einigkeit. Und trotzdem sind spezielle Medikamente für Kinder immer noch selten: Nur ca. 20 Prozent der schulmedizinischen Medikamente sind für Kinder zugelassen, es gibt vergleichsweise wenig Daten über die Anwendung von Arzneimitteln im Kindesalter. Neben anderen Darreichungsformen müssen vor allem die Dosierungen der „Ursprungspräparate“ angepasst werden, da das Organsystem eines kleinen Kindes noch nicht voll ausgereift ist. Zu beachten ist vor allem die unterschiedliche Pharmakokinetik – so läuft die Elimination über die Nieren beispielsweise verzögert ab. Der Stoffwechsel der kleinen Patienten ist gesteigert, lymphatische Strukturen sind noch deutlich stärker ausgebildet als bei Erwachsenen.

Gerade der Bereich der Naturheilkunde bietet hier kindgerechte Alternativen an. Eine Gefahr der Überdosierung ist beispielsweise bei Homöopathika nicht gegeben.

Das Unternehmen Pascoe Naturmedizin hat dieses Problem erkannt und bietet seit langem eines der breitesten Arzneisortimente speziell für Kinder an, das von Eltern und Pädiatern als gute Alternative zur „Erwachsenenmedizin“ angesehen wird und ein sehr günstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis aufweist. So wird z.B. bei den Präparaten des Infekt-Paketes konsequent auf Kampher und Menthol verzichtet, da diese im Nasenbereich von Säuglingen und Kleinkindern Atemdepression auslösen können (Kratschmer-Holmgren-Reflex).

Aktuelle Daten aus der Praxis

Aktuelle Umfrage zu Lymphdiaral® Halstabletten

Das homöopathische Kombinationsarzneimittel Lymphdiaral® Halstabletten, das in dieser Zusammensetzung bzw. als Vorgängerpräparate Lymphdiaral® aktiv und in anderer Darreichungsform Lymphopas Tropfen seit über 50 Jahren im Handel

ist, wurde meist bei Patienten mit Neigung zu Infekten im Hals-Nasen-Rachenbereich mit Beteiligung des lokalen Lymphsystems eingesetzt. In einer ganz aktuellen Auswertung von Erfahrungsberichten zur Therapie mit Lymphdiaral® Halstabletten von April 2008 wird gezeigt, bei welchen Indikationsgebieten das untersuchte Präparat von Therapeuten in der täglichen Praxis verwendet und empfohlen wird, wie wirksam und verträglich es jeweils ist. 408 Therapeuten mit durchschnittlich 7,5 Jahren Erfahrung mit dem Präparat beteiligten sich an der Umfrage.

Insgesamt wurden die Daten von 29.487 Patienten dokumentiert, davon 16.782 Erwachsene, 9.257 Kinder von 6 bis 12 Jahren und 3.448 Kleinkinder von 1 bis 6 Jahren. Die unterschiedlichen Indikationen sind aus Abbildung 1 ersichtlich.

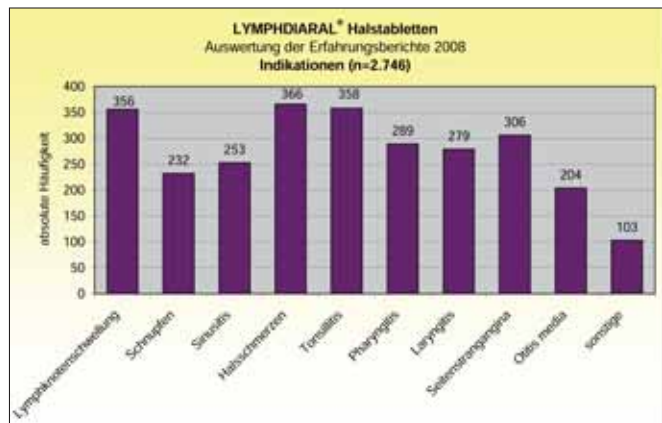


Abb. 1: Indikationen (n=2.746)

Wirksamkeit:

Die globale Wirksamkeit wurde mit ca. 89% angegeben. Innerhalb der unterschiedlichen Indikationen erzielten die Therapeuten in über 80% der Fälle eine sehr gute oder gute Wirksamkeit (Abb. 2).

Über alles wurde die Therapie mit Lymphdiaral® Halstabletten zu über 89% gut vertragen, Wechselwirkungen wurden nicht berichtet.

Bronchopas Tropfen – neue Dosierungsempfehlungen bestätigt

Bronchopas Tropfen sind ein homöopathisches Kombinationsarzneimittel, das sich seit über 50 Jahren bei Husten und Bronchitis bewährt hat. Eine retrospektive Datenerhebung im Herbst

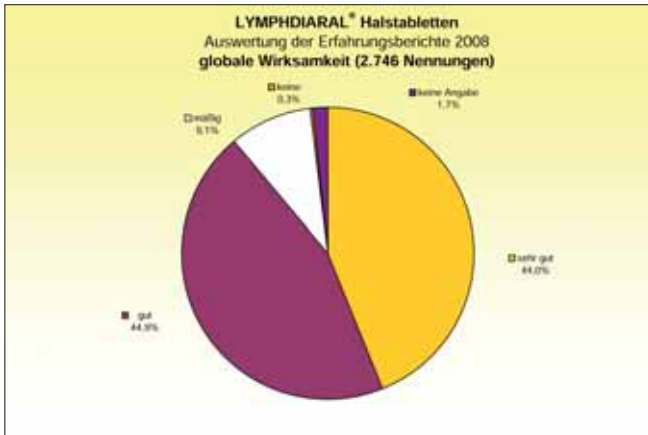


Abb. 2: Globale Wirksamkeit (n=2.746)

2005 sollte Aufschluss über Wirkung und Nebenwirkungen der Therapie geben: Insgesamt wurden die Daten von 5.655 Patienten dokumentiert, davon 3.495 Erwachsene, 1.453 Kinder von 7–12 und 707 Kleinkinder von 1–6 Jahren Jahren.

Bei akuten Verlaufsformen konnte eine sehr gute oder gute Wirksamkeit bei 100% der Patienten erreicht werden. Bei Patienten, die aufgrund chronischer Verlaufsformen behandelt wurden, wurde eine sehr gute oder gute Wirksamkeit in ca. 99,9% der Fälle erreicht. Bei Kleinkindern von 1–6 Jahren und Kindern von 7–12 Jahren lag die Wirksamkeit zu 100% im sehr guten oder guten Bereich.

Bronchopas Tropfen wurden zu 100% von allen dokumentierten Patienten in jeder Altersgruppe gut vertragen. Es kam zu keinerlei Nebenwirkungen, Gegenanzeigen oder Wechselwirkungen.

Sinupas® N – positive Erfahrungen

Bereits im Jahr 2000 führte Pascoe eine retrospektive Anwendungsbefragung zu Sinupas® N durch: 311 Verordner stellten dokumentierte Erfahrungsberichte zu insgesamt 14.623 behandelten Kindern zur Verfügung. Fokus waren die Indikationen Sinusitis acuta et chronica, Sinubronchitis sowie Pharyngitis. Die ausgewerteten Daten der 1.145 Säuglinge bis zum ersten Geburtstag, der 5.323 Kleinkinder zwischen ein und sechs Jahren sowie der 8.155 Kinder zwischen sechs und 12 belegen für das homöopathische Komplexmittel eine zuverlässige Wirksamkeit sowie die Unbedenklichkeit.

Das Fazit der Dokumentationen: Die einzelnen Präparate des Pascoe Infekt-Paketes bei Husten, Erkältungskrankheiten und Infekten sowie Entzündungen im Hals-Nasen-Rachenbereich bewähren sich in der täglichen Praxis und bieten eine wirksame und gut verträgliche natürliche Behandlungsoption, die auch von Eltern verstärkt nachgefragt wird und ein sehr günstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis aufweist.

Wie, wann und in welchen Dosen sollten die Arzneimittel angewendet werden?

Nicht „Viel hilft viel“ sondern „Oft hilft oft“ ist das Motto. Generell gilt in der Phytotherapie und Homöopathie folgende Dosierungsschema als Faustregel:

- Kleinkinder bis zum 1. Lebensjahr maximal ein Drittel der Erwachsenen-Dosis
- Kinder bis zum 6. Lebensjahr maximal die Hälfte der Erwachsenen-Dosis
- Kinder bis zum 12. Lebensjahr maximal zwei Drittel der Erwachsenen-Dosis

Für die einzelnen Präparate des Pascoe Infekt-Paketes gelten folgende Dosierungsempfehlungen und Indikationen:

Pascoe Infekt-Paket – Das Wichtigste auf einen Blick				
Produkt	Anwendungsgebiete (Die Anwendungsgebiete leiten sich von den homöopathischen Arzneimittelbildern ab. Dazu gehören:)	Wirkstoffe	Dosierung (Soweit nicht anders verordnet)	Mindestalter
LYMPHDIARAL® Halstabletten	Neigung zu Infekten im Hals-Nasen-Rachenbereich mit Beteiligung des lokalen Lymphsystems.	Scrophularia nodosa, Echinacea, Mercurius bijodatus	Kleinkinder zw. dem 1. u. 6. Lj.: akut: bis 6-mal tägl. je 1/2 Tablette chronisch: bis 3-mal tägl. je 1/2 Tbl. Kinder zw. dem 6. und dem 12. Lj.: akut: bis 4-mal tägl. je 1 Tbl. chronisch: bis 2-mal tägl. je 1 Tbl.	ab 1 Jahr
LYMPHDIARAL® sensitiv Salbe N	Unterstützende Behandlung des lokalen Lymphsystems bei Infekten des Hals-Nasen-Rachenraumes.	Conium, Calendula, Mercurius bijodatus, Stibium sulfuratum nigrum	Kleinkinder nach dem 2. bis zum 6. Lj.: bis 3-mal tägl. je 1 bis 1,5 cm Salbenstrang Kinder zw. dem 6. und dem 12. Lj.: bis 3-mal tägl. bis 2 cm Salbenstrang zur äußerlichen Anwendung.	ab 2 Jahren
BRONCHOPAS Tropfen	Besserung der Beschwerden bei krampfartigem Husten.	Antimonium arsenicosum, Ipecacuanha, Lobelia inflata, Eriodictyon californicum, Grindelia robusta	Kleinkinder zw. dem 1. u. 6. Lj.: akut: bis 5-mal tägl. je 3 Tropfen chronisch: bis 2-mal tägl. je 4 Tr. Kinder zw. dem 6. und 12. Lj.: akut: bis 5-mal tägl. je 4 Tropfen chronisch: bis 2-mal tägl. je 5 Tr.	ab 1 Jahr
SINUPAS®	Zur unterstützenden Behandlung bei Entzündungen der Nasennebenhöhlen, insbesondere in Verbindung mit Bronchitis.	Luffa operculata, Antimonium sulfuratum aurantiacum, Euphorbium, Kreosotum	Säuglinge bis zum ersten Lj.: akut: bis 5-mal tägl. je 2 Tropfen chronisch: 1-mal tägl. je 5 Tropfen Kleinkinder zw. dem 1. u. 6. Lj.: akut: bis 5-mal tägl. je 3 Tr. chronisch: bis 2-mal tägl. je 4 Tr. Kinder zw. dem 6. und 12. Lj.: akut: bis 5-mal tägl. je 4 Tr. chronisch: bis 2-mal tägl. je 5 Tr.	keine Altersbeschränkung
GRIPPS® SL Tropfen	Erkältungskrankheiten.	Eucalyptus, Kalium bichromicum, Eupatorium perfoliatum, Gelsemium, Arsenicum album, Nux vomica, Phosphorus, Sabadilla, Bryonia, Aconitum, Sanguinaria	Kleinkinder zw. dem 1. u. 6. Lj.: akut: bis 5-mal tägl. je 3 Tropfen Kinder zw. dem 6. und 12. Lj.: akut: bis 5-mal tägl. je 4 Tropfen	ab 1 Jahr

Unter www.pascoe.de finden Sie neben den vollständigen Fachinformationen zu den o.g. Produkten weitere Informationen, auch zum Pascoe Infekt-Paket. Eine Broschüre zur Kinderapotheke kann dort kostenfrei bestellt werden.

Auch den Nachmittag und frühen Abend im Auge behalten

Kinder und Jugendliche, die von einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) betroffen sind, haben ganztägig Symptome. Daher sollte Ziel einer medikamentösen Therapie sein, über die morgendliche Schulzeit hinaus, auch die darauf folgenden Tagesabschnitte bis in die frühen Abendstunden hinein abzudecken. Nur so kann den Kindern eine umfassende und tageszeitunabhängige Teilnahme am sozialen Leben ermöglicht werden.

Eine aktuelle Umstellungsstudie bei Kindern und Jugendlichen mit einer ADHS dokumentiert, dass durch eine Umstellung von Atomoxetin (ATX)¹ oder einem retardierten Methylphenidat (Medikinet® retard) auf OROS-MPH (Concerta®) eine Symptomreduzierung und ein verbessertes Funktionsniveau sowohl am Nachmittag als auch am frühen Abend erreicht werden kann. Überdies kann ein Wechsel der Medikation verschiedene Bereiche der Lebensqualität verbessern.²

Umstellung auf OROS-MPH

Die prospektive, multizentrische nicht-interventionelle Studie dokumentiert den Therapieverlauf von 224 Kindern und Jugendlichen. Sie waren im Alter zwischen 6 und 18 Jahren und wiesen eine ADHS Diagnose nach ICD-10 auf. Die Kinder und Jugendlichen hatten vor der Umstellung entweder ein retardiertes Methylphenidat (MPH) in einer mittleren Dosierung von $28,1 \text{ mg} \pm 14,1$ oder ATX in einer mittleren Dosierung von $42,3 \text{ mg} \pm 15,1$ erhalten. Nach dem Wechsel auf OROS-MPH erhielten sie, abgestimmt auf das klinische Bild, flexible Dosierungen zwischen 18 bis 54 mg/Tag. Die Studie dauerte 12 Wochen. Im Verlauf der Untersuchung wurden demographische und anamnestiche Daten zur Beurteilung der Therapiesicherheit erhoben. Daneben wurden auch Vitalparameter, wie Blutdruck und Puls, sowie Größe und Gewicht aufgezeichnet. Zusätzlich notierte der behandelnde Arzt Dosierung und unerwünschte Ereignisse. Anhand von Interviews wurden die Eltern zu Studienbeginn und -ende über verschiedene Aspekte des Alltags speziell am späten Nachmittag und frühen Abend (16.00–20.00 Uhr) befragt. Die Fragen schlossen u.a. die Hausaufgaben, das Mitarbeiten im Haushalt, das Spielen mit anderen Kindern sowie soziale Kontakte der Familie ein. Darüber hinaus wurden Daten zur Wirksamkeit (IOWA Conners' Parent Rating Scale), zum Funktionsniveau (C-GAS) und zur Lebensqualität (ILKO-28) erfasst.

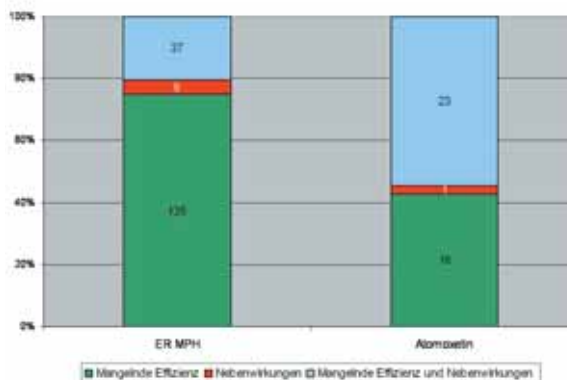
Hohe Patientenzufriedenheit mit OROS-MPH

Insgesamt schlossen 80,8 Prozent der Teilnehmer die Studie ab. Im Vergleich zur Vormedikation zeigten alle abgewerteten Teilnehmer eine signifikante Verbesse-

rung des Funktionsniveaus (C-GAS, $58 \pm 14 - 70 \pm 17$; $p < 0,001$), der Wirksamkeit (IOWA Conners' Parent Rating Scale, $30 \pm 11 - 19 \pm 12$; $p < 0,001$) und der Lebensqualität (ILKO-28; $p < 0,001$). Ferner waren 70,5 Prozent der Patienten sowohl mit der Symptomkontrolle als auch der Behandlung „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“.

Mit Concerta® kann es gelingen, den Anforderungen an eine moderne Ganztagestherapie der ADHS Rechnung zu tragen und für die Patienten signifikante Verbesserungen in den Bereichen Symptomreduzierung am späten Nachmittag und frühen Abend zu erreichen.

Gründe für die Ein- und Umstellung auf OROS-MPH



Nach Wolff et al. Posterpräsentation, 25. Symposium der Arbeitsgemeinschaft für Psychopharmakotherapie und Pharmakopsychiatrie (AGNP), München, 3.-6. Oktober 2007.

¹ Die Umstellung wurde nach Wissensstand des Arztes laut Stratera® Fachinformation vorgenommen.

² Posterpräsentation, 25. Symposium der Arbeitsgemeinschaft für Psychopharmakotherapie und Pharmakopsychiatrie (AGNP), München, 3.-6. Oktober 2007.

Blickpunkt
ADHS:

Bedeutung
der Ganz-
tages-
therapie

ADHS kann Patienten situationsübergreifend beeinträchtigen: Funktionieren allein reicht nicht!

Immer noch steht im Fokus einer medikamentösen ADHS-Therapie die Leistungsfähigkeit der jungen Patienten, sei es in der Schule oder später in der Ausbildung. Doch viele der ADHS-Patienten sind situationsübergreifend betroffen, d. h. auch am frühen Morgen oder am Nachmittag beim Spielen mit den Freunden. Die daraus resultierenden emotionalen und sozialen Probleme beeinträchtigen die betroffenen Kinder zusätzlich¹. Atomoxetin (Strattera[®]) wirkt auf Grund seines besonderen Wirkmechanismus über die ADHS-Kernsymptomatik hinaus² und kann eine verbesserte emotionale Befindlichkeit^{3,4} und Integration in das psychosoziale Umfeld^{3,5} ermöglichen.

ADHS – Bei dem bislang gängigen Verständnis stehen in der Regel die Kernsymptome Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität im Vordergrund, oftmals mit einer Fokussierung auf den schulischen Bereich. Denn wer heute erfolgreich sein will, zeigt dies vor allem in Schule, Ausbildung und Beruf. Laut Prof. Dr. Michael Huss⁶, Mainz, ist eine ADHS-Therapie jedoch noch längst nicht erfolgreich abgeschlossen, wenn die durch das Erkrankungsbild bedingten Verhaltensstörungen gestoppt sind und der Patient z.B. in der Schule wieder „funktioniert“. Denn es gibt eine ganze Reihe von Patienten, die situationsübergreifend beeinträchtigt sind und Konsequenzen über die ADHS-Kernsymptomatik hinaus erleben, beispielsweise emotionale und soziale Probleme haben^{7,3}. Diese Pa-

tienten benötigen auch eine Behandlung über die Kernsymptomatik hinaus.

Emotionale Befindlichkeit als neue Dimension der ADHS-Therapie

Eine unzureichende Behandlung von ADHS kann zu einer gefährlichen Kaskade von Folgeproblemen führen. Kinder, die situationsübergreifend von der Erkrankung betroffen sind, zeigen häufig ein geringes Selbstwertgefühl, Beziehungskonflikte, emotionale Labilität, beeinträchtigte Beziehungen zu Gleichaltrigen und soziale Ausgrenzung^{8,9}. Die Schullaufbahn der von ADHS betroffenen Kinder verläuft in der Regel weniger erfolgreich als es ihrer Intelligenz entsprechen würde¹⁰. Schulverweise kommen mehr als doppelt so häufig vor und die Chancen, einen Schulabschluss zu erreichen, sind um

ein vielfaches vermindert⁸. Das Risiko für den Konsum von Alkohol, Nikotin oder Drogen bei Jugendlichen mit ADHS ist überdurchschnittlich hoch^{11,8}.

Eine möglichst frühzeitige Diagnosestellung hin zu einer multimodalen Therapie mit einer ganz persönlich auf den jeweiligen Patienten zugeschnittenen Pharmakotherapie ist wichtig. Gerade Patienten mit einer gestörten emotionalen Befindlichkeit, die durch die Erkrankung ein Wechselbad der Gefühle erleben, können von einer Therapie mit Atomoxetin in allen Lebensbereichen profitieren. Da wegen der kontinuierlichen Wirkung von Strattera[®] ein Wechsel zwischen Wirkung und Nicht-Wirkung ausbleibt, kann eine Therapie mit Atomoxetin situationsübergreifend betroffene Kinder zusätzlich entlasten (Abb. 1). Aufgrund des besonderen Wirkmechanismus der Substanz wirkt Atomoxetin bei 1x täglicher Gabe von morgens bis morgens gleich zuverlässig^{12,13}.

Atomoxetin und Lebensqualität: Veränderungen in der Akutphase

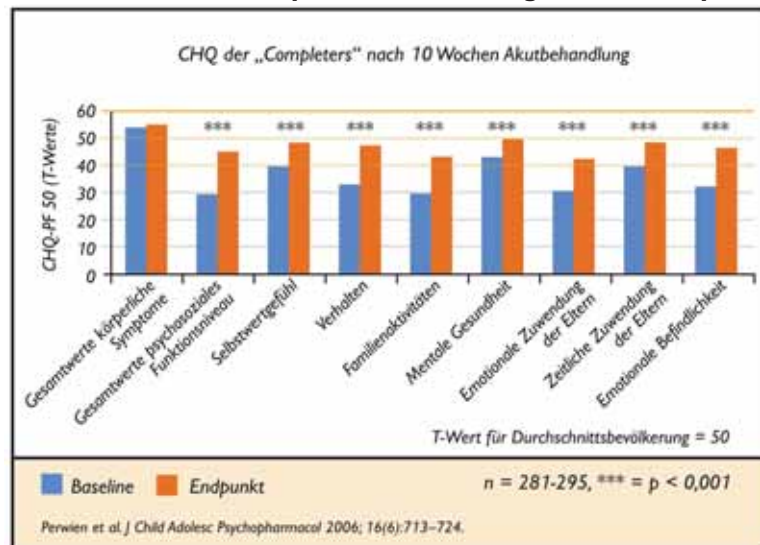


Abb. 1: In einer offenen Multicenterstudie beobachteten Perwien et al. die Auswirkungen einer Atomoxetin (ATX)-Therapie auf die emotionale Befindlichkeit der Patienten anhand des Child Health Questionnaire-Parent Form (CHQ-PF 50). In der Abbildung wird die Veränderung der einzelnen Lebensqualitätsparameter während der ersten akuten ATX-Medikationsphase über 10 Wochen dargestellt.

G. Fischer v. Weikersthal

Eine Kooperation mit Lilly Deutschland GmbH

- 1 Strine TW et al. *Prev Chronic Dis* 2006; 3 (2): 1-10.
- 2 Adler LA et al. *J Clin Psychopharmacol* 2006; 26(6): 648-52.
- 3 Prasad S et al. *Curr Med Res Opin* 2007;23(2):379-394.
- 4 Reimherr FW et al. *Biol Psychiatry* 2005; 58: 125-131.
- 5 Brown RT et al. *Clin Pediatr* 2006; 45: 819-827.
- 6 Lilly Deutschland GmbH [Pressegespräch]. Berlin, 20. November 2007.
- 7 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). 2006; online publiziert unter www.nice.org.uk/page.aspx?o=TA098guidance.
- 8 Barkley RA. *J Clin Psychiatry* 2002; 63 (suppl 12):10-15.
- 9 Harpin VA. *Arch Dis Child* 2005; 90: 2-7.
- 10 Döpfner M et al. Göttingen: Hogrefe-Verlag 2000.
- 11 Molina BSG et al. *J Abnorm Psychol* 2003; 112(3):497-507.
- 12 Kelsey D et al. *Pediatrics* 2004; 114(1):e1-e8.
- 13 Michelson D et al. *Am J Psychiatry* 2002; 159(11):1896-1901.

Qualitätsmanagement praktizieren (Teil 4)

Im Kreise dreh'n führt zum Erfolg! BergApotheke unterstützt Umsetzung

Plan – Do – Check – Act! Vier Worte mit großer Bedeutung. Sie zeigen die formale Vorgehensweise zur Optimierung von Arbeitsabläufen und zur Weiterentwicklung der Qualität ärztlicher Leistungen auf. Zu finden sind die Phasen in der QM-Richtlinie des G-BA. Neben den Anforderungen an ein praxisinternes QM wird hier auch der Zeitablauf zur Umsetzung konkretisiert. Die BergApotheke unterstützt diesen Prozess mit individuellen Schulungen zu ausgewählten QM-Themen: so auch zu Fragen des Managements von Medizinprodukten.

Ob zur Diagnostik oder Therapie, Medizinprodukte sind aus dem Praxisalltag nicht mehr wegzudenken. Sachgerechte Anwendung und volle Funktionsfähigkeit muss dabei ebenso sichergestellt sein, wie der Schutz vor kontaminierten Geräten. Denn nur so kann die Ausbreitung resistenter Erreger bei Patienten, deren

lung eines *Bestandsverzeichnisses* und *Medizinproduktebuches*. Eine tabellarische Übersicht aus dem Praxis-Check hilft auch hier, zeitoptimiert arbeiten zu können und im Notfall die Bestandsdaten und Betriebsanleitungen schnell griffbereit zu haben. Parallel lässt sich mit einem weiteren Formularblatt der *Prüfplan* erstellen.



Eltern wie auch beim gesamten Praxispersonal zuverlässig verhindert werden.

Der entscheidende Schritt **von der Qualitätssicherung zum Qualitätsmanagement** ist die Verknüpfung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Hilfestellung bieten die Außendienstmitarbeiter der BergApotheke.

In den letzten zwei Jahren haben sich viele Praxen unter Anleitung noch einmal von Grund auf intensiv mit dem Thema Medizinprodukte beschäftigt. Nutzbringend waren hier vor allem die Checklisten aus der **Reihe QM kompakt**. Die Ist-Analyse wurde systematisch durchgeführt und ein **Plan zur Verbesserung** formuliert.

Seit diesem Jahr geht es in die **Umsetzung**. Mit einem „Do it“ werden die Praxisteam angehort, sich einen Pfad durch den Dschungel von *Gesetzen, Verordnungen, Richtlinien, Normen und Empfehlungen* zu bahnen. Selbstverständlich hält die BergApotheke hierfür entsprechende Downloadadressen oder Originaltexte bereit. Wichtig, um später korrekte Entscheidungen bei der Erstellung von QM-Dokumenten treffen zu können. Als Basis der praktischen Arbeit dient vor allem die *Medizinprodukte-Betreiberverordnung*. Hierin festgeschrieben ist auch die Erstel-

lung eines *Bestandsverzeichnisses* und *Medizinproduktebuches*. Themen, wie die *Risikobewertung und Einstufung von Medizinprodukten*, werden auf Wunsch der Praxisteam gemeinsam im Rahmen einer Schulung besprochen.

Bei Fragen zur Planung und Umsetzung der Struktur- und Prozessqualität steht immer ein qualifizierter Außendienstmitarbeiter zur Verfügung. So sind Sie gut gerüstet, wenn es ab 2010 heißt: **Überprüfung!** Dann muss sich das Resultat bisheriger QM-Maßnahmen an zuvor definierter Ergebnisqualität messen lassen. Sollte die Selbstbewertung zwischenzeitlich veränderte Notwendigkeiten ergeben, folgt eine **Anpassung**.

Und da der Deming-Zyklus die kontinuierliche Weiterentwicklung von Angeboten und Leistungen durch stete Wiederholung von Planung, Durchführung, Überprüfung und Verbesserung vorsieht, kommt nach jedem „Act“ gewiss ein neues „Plan“. So stellt man fest: Im Kreise dreh'n führt zum Erfolg! NP

Kontakt:

BergApotheke Tecklenburg
Parkplatz an der Post 1 · 49545 Tecklenburg
Tel. 0800 / 184 53 90 · Fax 0800 / 184 53 91
impfservice@berg-apotheke.de · www.berg-apotheke.de

Wichtige Telefon- und Telefax-Nummern

www.kinderaerzte-im-netz.de

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mitgliederverwaltung

Kongressabteilung

Präsident

Dr. med. Wolfram Hartmann

Vizepräsident

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Ulrich Fegeler

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Christen

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

Prof. Dr. med. Frank Riedel

Dr. med. Wolfgang Gempp

Regine Hauch

Honorar Ausschuss

Dr. med. Roland Ulmer

Geschäftsstelle der Deutschen Akademie für
Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) e.V.

DISA / DISU

Beratungsstellen der Kinderumwelt gGmbH der DAKJ

Richtlinien für Autoren abzufordern unter:

Elektronisches Archiv „Kinder- und Jugendarzt“:

E-mail: bvkj.buero@uminfo.de

Tel.: (02 21) 6 89 09-0

Tfx.: (02 21) 68 32 04

Tel.: (02 21) 6 89 09-15/16

Tfx.: (02 21) 6 89 09 78

Tel.: (0 27 32) 76 29 00

Tfx.: (0 27 32) 8 66 85

Tel.: (0 86 71) 5 09 12 47

Tfx.: (0 86 71) 5 09 12 44

Tel.: (0 30) 3 62 60 41

Tfx.: (0 30) 3 61 17 13

E-Mail: ul.fe@t-online.de

Tfx.: (05 11) 81 15-3325

Tfx.: (0 40) 6 73 77-380

Tfx.: (0 40) 8 89 08-204

Tfx.: (0 75 31) 69 07 85

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Tfx.: (0 91 23) 97 70 45

PädInform: Ulmer_Lauf

E-Mail: dr.roland.ulmer@onlinemed.de

(Betreff bitte BVKJ)

Tel.: (0 30) 40005880

Tfx.: (0 30) 40005888

Tel.: (05 41) 97 78-900

Tfx.: (05 41) 97 78-905

Tel.: (02 01) 81 30-104

Tfx.: (02 01) 81 30-105

PädInform/Archiv

KINDER-UND JUGENDARZT

Zeitschrift des Berufsverbandes der Kinder- und
Jugendärzte e.V.

Begründet als „der kinderarzt“ von Prof. Dr. Dr. h.c.
Theodor Hellbrügge (Schriftleiter 1970 – 1992).

Herausgeber: Berufsverband der Kinder- und Ju-
gendärzte e.V. in Zusammenarbeit mit weiteren pä-
diatrischen Verbänden.

Geschäftsstelle des Berufsverbandes, Hauptge-
schäftsführer: Stephan Eßer, Geschäftsführerin:
Christel Schierbaum, Mielenforster Str. 2, 51069
Köln, Tel. (0221) 68909-0, Fax (0221) 683204.

Verantw. Redakteure für „Fortbildung“: Prof. Dr.
Hans-Jürgen Christen, Kinderkrankenhaus auf der
Bult, Janusz-Korczak-Allee 12, 30173 Hannover,
Tel. (0511) 8115-3320, Fax (0511) 8115-3325,
E-Mail: Christen@HKA.de; Prof. Dr. Frank Riedel,
Altonaer Kinderkrankenhaus, Bleickenallee 38,
22763 Hamburg, Tel. (040) 88908-201, Fax (040)
88908-204, E-Mail: friedel@uke.uni-hamburg.de.
Für „Welche Diagnose wird gestellt?“: Prof. Dr.
Peter H. Höger, Kath. Kinderkrankenhaus Wil-
helmstift, Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg, Tel.
(040) 67377-202, Fax -380, E-Mail: hoeger@kkh-wilhelmstift.de

**Verantw. Redakteure für „Forum“, „Magazin“
und „Berufsfragen“:** Dr. Wolfgang Gempp, Son-
nenrain 4, 78464 Konstanz, Tel. (07531) 56027, Fax
(07531) 690785, E-Mail: dr.gempp@t-online.de;
Regine Hauch, Salierstr. 9, 40545 Düsseldorf,
Tel. (0211) 5560838, E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Die abgedruckten Aufsätze geben nicht unbedingt
die Meinung des Berufsverbandes der Kinder- und
Jugendärzte e.V. wieder. –

Die „Nachrichten aus der Industrie“ sowie die „In-
dustrie- und Tagungsreporte“ erscheinen außer-
halb des Verantwortungsbereichs des Herausge-
bers und der Redaktion des „Kinder- und Jugend-
arztes“.

Druckauflage 11.167

IVW-geprüfte Auflage II/2007

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft
Kommunikationsforschung im
Gesundheitswesen



LA-MED
geprüft 2006

Redaktionsausschuss: Prof. Dr. Hans-Jürgen
Christen, Hannover, Prof. Dr. Frank Riedel, Ham-
burg, Dr. Wolfgang Gempp, Konstanz, Regine
Hauch, Düsseldorf, Dr. Wolfram Hartmann,
Kreuztal, Stephan Eßer, Köln, Christel Schierbaum,
Köln, und zwei weitere Beisitzer.

Verlag: Hansisches Verlagskontor GmbH, Meng-
str. 16, 23552 Lübeck, Tel. (04 51) 70 31-01 –

Anzeigen: Verlag Schmidt-Römhild, 23547 Lü-
beck, Christiane Kermel, Fax (0451) 7031-280 –
Redaktionsassistent: Christiane Daub-Gaskow,
Tel. (0201) 8130-104, Fax (02 01) 8130-105, E-Mail:
daubgaskowkija@beleke.de – **Druck:** Schmidt-
Römhild, 23547 Lübeck – „KINDER- UND
JUGENDARZT“ erscheint 12mal jährlich (am 15.
jeden Monats) – **Redaktionsschluss für jedes Heft
8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des
Vormonats.**

Anzeigenpreisliste: Nr. 41 vom 1. Oktober 2007

Bezugspreis: Einzelheft € 9,90 zzgl. Versand-
kosten, Jahresabonnement € 99,- zzgl. Versand-
kosten (€ 7,70 Inland, € 19,50 Ausland). Kün-
digungsfrist 6 Wochen zum Jahresende. – In den
Mitgliedsbeiträgen des Berufsverbandes der Kin-
der- und Jugendärzte e.V. und des Berufsverbandes
Deutscher Kinderchirurgen e.V. ist der Bezugspreis
enthalten.

Für unverlangt eingesandte Manuskripte oder Un-
terlagen lehnt der Verlag die Haftung ab.

© 2008. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen
Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich
geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen
Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zu-
stimmung des Verlags unzulässig und strafbar.
Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Über-
setzungen, Mikroverfilmungen und die Einspei-
cherung und Bearbeitung in elektronischen
Systemen.