

bvkJ.

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

Heft 01/08 · 39. (57.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

FORUM:

Schwerpunkt
Sprachentwicklung

FORTBILDUNG:

STIKO-
Empfehlungen

BERUFSFRAGEN:

Ambulante
Pädiatrie in Europa

MAGAZIN:

Wilhelm Busch –
100. Todestag



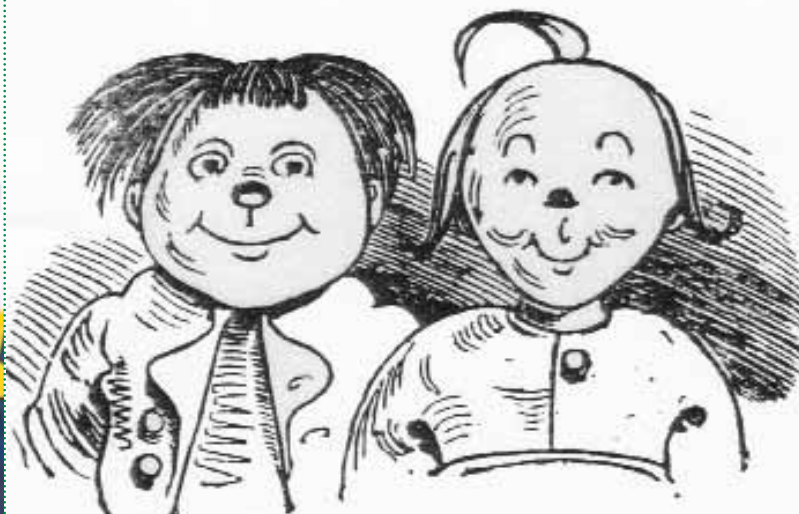
HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT



Fotonachweis: Heidi Velten / Fotomontage Schmidt-Römhild

bvkJ.



Wilhelm Busch (1832–1908)
Rückblick auf eine Erfolgsstory
Seite 62

Inhalt 1 | 08

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



Forum

- 3 **Editorial**
Wolfram Hartmann
- 4 Vermischtes
- 6 **Schwerpunktthema**
Sprache
Regine Hauch
- 6 **Spracherwerb beim Kind:**
Was ist normal, was nicht?
Gisela Szagun
- 11 **Wann soll behandelt**
werden?
Cornelia Tigges-Zuzok
- 15 **Sprachfrühförderung in**
Berliner KiTas – ermuti-
gende Ergebnisse einer
Breitenförderung in sozia-
len Brennpunkten
Ulrich Fegeler,
Elke Jäger-Roman
- 18 **Berlinsplitter**
Stephan Eßer
- 21 **Mein Tag**
- 22 **Lernen so früh wie mög-**
lich!
Ulrich Fegeler
- 24 **Das Leser-Forum**



Fortbildung

- 28 **Kommentare und Erläute-**
rungen zu den aktuellen
STIKO-Empfehlungen
2007
Ulrich Heininger
- 33 **Mikrobiologische Diagnos-**
tik für die kinder- und
jugendärztliche Praxis
Helmut Eiffert
- 43 **Welche Diagnose wird**
gestellt?
Simone Stark,
Peter H. Höger
- 46 **Review aus englisch-**
sprachigen Zeitschriften
- 48 **Consilium Infectiorum:**
Wie hoch ist das Anste-
ckungsrisiko für Kontakt-
personen eines Patienten
mit Rubinstein-Taybi-
Syndrom und infektiöser
Hepatitis B?
Patrick Gerner



Berufsfragen

- 50 **Die europäische Pädiatrie**
ist stark
Gottfried Huss,
Elke Jäger-Roman
- 51 Wahlauf Ruf
- 52 **Hurra – wir bekommen**
20% mehr!
Wolfgang Gempp
- 53 **Stichworte zur Gesund-**
heitsreform
- 54 **50 Stunden Arbeit, viel**
Bürokratie: Hausärzte sind
genervt
- 56 **Unvorhergesehene Inan-**
spruchnahme, Notfälle und
organisierter Notdienst
und Hausbesuchsleistun-
gen im EBM 2008
Roland Ulmer
- 58 Wahlergebnisse
- 59 **„Korbmodell“ – Kollektive**
Ausstiegsszenarien versus
rechtliche Realität
Dirk Niggehoff
- 61 **Gesundheitsfonds: Vor**
Risiken und Nebenwirkun-
gen wird gewarnt
Regine Hauch



Magazin

- 62 **Wilhelm Busch 1832–1908**
Rückblick auf eine Erfolgs-
story
Olaf Ganssen
- 64 **Buchtipp**
- 66 Fortbildungstermine BVKJ
- 68 Personalia
- 70 Tagungen
- 71 Praxistafel
- 73 **Nachrichten der Industrie**
- 78 Wichtige Telefonnummern

Beilagenhinweis:
Dieser Ausgabe liegt in voller
Auflage eine Information der
Personal Shop Handels-GmbH,
Garmisch-Partenkirchen, sowie
als Teilbeilage das Programm-
heft Pädiatref 2008 des Lan-
desverbandes Nordrhein bei.
Wir bitten um freundliche Be-
achtung und rege Nutzung.

Kommentare und Erläuterungen zu den aktuellen STIKO-Impfempfehlungen 2007



Prof. Dr.
U. Heininger

Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut hat kürzlich die aktuellen Impfempfehlungen für Deutschland veröffentlicht und die Neuerungen erläutert (<http://www.rki.de> → Infektionsschutz → Impfen → Empfehlungen der STIKO).

Nachdem im vergangenen Jahr die Pneumokokken-Konjugatimpfung für Kinder bis zum Alter von 2 Jahren sowie die Konjugatimpfung gegen Meningokokken Gr. C ab dem Alter von 1 Jahr in das Standardimpfprogramm aufgenommen wurden, so ist im Jahr 2007 insbesondere die neue Empfehlung zur Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV) hervorzuheben.

Im Folgenden werden die für den impfenden Kinder- und Jugendarzt wichtigsten Änderungen zusammengefasst und kommentiert.

Standardimpfungen

Humane Papillomaviren (HPV)

Mit der Einführung der allgemeinen Impfung gegen HPV ist der Standardimpfplan für Kinder und Jugendliche auf nunmehr 13 Schutzimpfungen angewachsen. Sie richten sich gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, invasive Infektionen durch *Haemophilus influenzae* Typ b, Pneumokokken (7 Serotypen) und Meningokokken (Gruppe C), sowie Poliomyelitis, Hepatitis B, Masern, Mumps, Röteln und Varizellen, und HPV (nur Mädchen) (Tabelle 1).

Die STIKO empfiehlt die HPV-Impfung für alle Mädchen im Alter von 12–17 Jahren mit dem Ziel, Malignome und deren Vorstufen im weiblichen Genitaltrakt zu verhindern. Die Impfserie umfasst 3 Dosen (0-2-6 Monate bzw. 0-1-6 Monate).

(Anmerkung des Autors: Neben den onkogenen HPV-Typen 16 und 18 enthält der quadrivalente Impfstoff die HPV-Typen 6 und 11, welche gemeinsam für ca. 90 % der Haut- und anogenitalen Warzen verantwortlich sind. Diese zu verhindern ist ein zusätzlicher Nutzen, aber kein Bestandteil der STIKO-Impfstrategie.)

Die STIKO empfiehlt: „Die Impfung mit 3 Dosen sollte vor dem ersten Geschlechtsverkehr abgeschlossen sein. Die genaue Dauer der Immunität nach Verabreichung aller Impfstoffdosen ist derzeit noch nicht bekannt. Es konnten stabile Antikörpertiter nach 3 Dosen der Impfung für etwa 5 Jahre nachgewiesen werden. Die Frage der Notwendigkeit einer Wiederimpfung kann derzeit noch nicht beantwortet werden. Über die epidemiologische Wirksamkeit der Immunisierung von Jungen und Männern zur Verhinderung der Infektion bei Frauen liegen keine ausreichenden Daten vor. Aus diesem Grund empfiehlt die STIKO bis auf weiteres prioritär die Impfung von (prä)adoleszenten Mädchen.“

Mädchen, die bereits Geschlechtsverkehr hatten, sind von der Impfempfehlung jedoch *nicht* ausgenommen. Ebensowenig ist vor der ersten Impfdosis eine Untersuchung auf Infektion mit HPV erforderlich. Bei Minderjährigen ist vor der Impfung auch die Einwilligung der Eltern bzw. Sorgeberechtigten einzuholen. Jugendliche können aber allein einwilligen, wenn sie die erforderliche „Einsichts- und Entscheidungsfähigkeit“ besitzen, was in der Regel mit 16 Jahren der Fall ist.

Zur Möglichkeit der Nachholimpfung jenseits des Alters von 17 Jahren, also bei erwachsenen Frauen, äußerte sich die STIKO wie folgt: „Frauen, die innerhalb des von der STIKO empfohlenen Zeitraumes (Alter 12–17 Jahre) keine Impfung gegen HPV erhalten haben, können ebenfalls von einer Impfung gegen HPV profitieren. Es liegt in der Verantwortung des betreuenden Arztes, nach individueller Prüfung von Nutzen und Risiko der Impfung seine Patientinnen auf der Basis der Impfstoffzulassung darauf hinzuweisen.“ Die Impfstoffzulassung endet mit dem 27. Geburtstag.

Begründung der allgemeinen Impfempfehlung

Die STIKO hat eine ausführliche Begründung der Impfempfehlung gegen HPV auf der Homepage des Robert Koch-Instituts (<http://www.rki.de> → Infektionsschutz → Impfen → Empfehlungen der STIKO → Aktuelle Empfehlungen der STIKO → Epidemiologisches Bulletin 12/2007) veröffentlicht und mit Literaturangaben belegt. Ferner hat sich die *Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen* der „Deutschen Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin“ in einer Stellungnahme positiv zur HPV-Impfung geäußert (www.dakj.de). Die wichtigsten Argumente für die allgemeine Impfung lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Die STIKO empfiehlt die HPV-Impfung für alle Mädchen im Alter von 12–17 Jahren

Frauen, die innerhalb des von der STIKO empfohlenen Zeitraumes (Alter 12–17 Jahre) keine Impfung gegen HPV erhalten haben, können ebenfalls von einer Impfung gegen HPV profitieren

Impfstoff / Antigen- kombinationen	Alter in Monaten					Alter in Jahren				
	Geburt	2	3	4	11-14 siehe a)	15-23 siehe a)	5-6 siehe a)	9-11 siehe a)	12-17 siehe a)	ab 18 ≥ 60
T*		1.	2.	3.	4.		A	A		A*****
D/d* siehe b)		1.	2.	3.	4.		A	A		A*****
aP/ap*		1.	2.	3.	4.		A	A		
Hib*		1.	2. c)	3.	4.					
IPV *		1.	2. c)	3.	4.			A		
HB *	d)	1.	2. c)	3.	4.			G		
Pneumokokken**		1.	2.	3.	4.					S
Meningokokken						1. e) ab 12 Monate				
MMR ***					1.	2.				
Varizellen					1.	f)		Indikation		
Influenza ****										S
HPV *****								SM		

Um die Zahl der Injektionen möglichst gering zu halten, sollten vorzugsweise Kombinationsimpfstoffe verwendet werden. Impfstoffe mit unterschiedlichen Antigenkombinationen von D/d, T, aP/ap, HB, Hib, IPV sind bereits verfügbar. Bei Verwendung von Kombinationsimpfstoffen sind die Angaben des Herstellers zu den Impfabständen zu beachten. Zur gleichzeitigen Gabe von Impfstoffen sind die Angaben der Hersteller zu beachten

A Auffrischimpfung: Diese sollte möglichst nicht früher als 5 Jahre nach der vorhergehenden letzten Dosis erfolgen. (siehe auch Epidemiologische Bulletin 32/2006, S.275)

G Grundimmunisierung aller noch nicht geimpften Jugendlichen bzw. Komplettierung eines unvollständigen Impfschutzes

S Standardimpfungen mit allgemeiner Anwendung = Regelimpfungen

SM Standardimpfung für Mädchen

- a) Zu diesen Zeitpunkten soll der Impfstatus unbedingt überprüft und gegebenenfalls vervollständigt werden.
- b) Ab einem Alter von 5 bzw. 6 Jahren wird zur Auffrischimpfung ein Impfstoff mit reduziertem Diphtherietoxoid-Gehalt (d) verwendet.
- c) Bei monovalenter Anwendung bzw. bei Kombinationsimpfstoffen ohne Pertussiskomponente kann diese Dosis entfallen.
- d) Siehe Anmerkungen „Postexpositionelle Hepatitis-B-Immunprophylaxe bei Neugeborenen“
- e) Zur Möglichkeit der Ko-Administration der Impfstoffe sind die Fachinformationen zu beachten.
- f) Bei Anwendung des Kombinationsimpfstoffes MMRV sind die Angaben des Herstellers zu beachten. Entsprechend den Fachinformationen ist die Gabe einer 2. Dosis gegen Varizellen erforderlich. Zwischen beiden Dosen sollten 4-6 Wochen liegen.

* Abstände zwischen den Impfungen der Grundimmunisierung mindestens 4 Wochen; Abstand zwischen vorletzter und letzter Impfung der Grundimmunisierung mindestens 6 Monate

** Generelle Impfung gegen Pneumokokken für Säuglinge und Kleinkinder bis zum vollendeten 2. Lebensjahr mit einem Pneumokokken-Konjugatimpfstoff; Standardimpfung für Personen ≥ 60 Jahre mit Polysaccharid-Impfstoff und Wiederimpfung im Abstand von 6 Jahren

*** Mindestabstand zwischen den Impfungen 4 Wochen

**** jährlich mit dem von der WHO empfohlenen aktuellen Impfstoff

***** jeweils 10 Jahre nach der letzten vorangegangenen Dosis

***** Grundimmunisierung mit 3 Dosen für alle Mädchen im Alter von 12-17 Jahren

Tab. 1: Impfkalendar (Standardimpfungen) für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene (STIKO 2007, www.rki.de)

- Humane Papillomaviren (HPV) sind die häufigsten Erreger sexuell übertragbarer Infektionen.
- Mindestens 50 % der sexuell aktiven Bevölkerung infiziert sich im Laufe des Lebens mit HPV.
- Infektionen mit onkogenen HPV-Typen können zu dysplastischen Veränderungen von Zervix, Vagina, Vulva, und Anus und in der Folge zu einem invasiven Karzinom führen. Mit fast einer halben Million Neuerkrankungen pro Jahr, ist das Zervixkarzinom weltweit die zweithäufigste maligne Krebsart bei Frauen (nach dem Mammakarzinom).
- Das Zervixkarzinom ist praktisch zu 100% durch HPV bedingt, wobei HPV 16 und 18 für ca. 70 % der Fälle verantwortlich sind.
- Genitale HPV-Infektionen werden vor allem durch Geschlechtsverkehr übertragen. Die Häufigkeit der HPV-Infektionen steigt mit der Zahl der Sexualpartner und lässt sich durch Benutzung von Kondomen nur unzureichend verhindern. HPV-Infektionen werden am häufigsten bei jungen Frauen diagnostiziert, wobei der Altersgipfel mit rund 38% aller Neuinfektionen zwischen dem 18. und 28. Lebensjahr liegt.
- Ca. 98 % der Mädchen in Deutschland haben ab dem Alter von 12 Jahren erstmals Geschlechtsverkehr.
- Bei Frauen im Alter von 15–26 Jahren, die alle drei Impfdosen erhalten hatten und die bei Studienbeginn seronegativ bezüglich der HPV-Impftypen waren, be-

Das Zervixkarzinom ist praktisch zu 100% durch HPV bedingt

trug die Wirksamkeit der Impfung (mittlere Beobachtungszeit: 3 Jahre) 98% gegen HPV Typ-16 oder -18 bedingte zervikale intraepitheliale Neoplasien Grad 2/3 (CIN 2/3) oder Adenocarcinoma in situ (AIS) und 100% gegen vulväre oder vaginale intraepitheliale Neoplasien Grad 2/3 (VIN/VaIN 2/3).

- Die Verträglichkeit der HPV-Impfung unterschied sich in den klinischen Studien nicht wesentlich von der in den jeweiligen Placebogruppen. Zudem wurde in den USA durch die Postmarketing-Surveillance die Sicherheit der HPV-Impfung bei über 600'000 verabreichten Impfdosen bestätigt.

Alle Pädiater sollten aktiv zur Verbesserung des Impfschutzes durch zeitgerechte Immunisierung der Zielgruppen beitragen

Die Finanzierung der HPV-Impfung durch die Krankenkassen ist im Rahmen der STIKO-Standardimpfung gesichert. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seine *Schutzimpfungsrichtlinie* die Impfung aller Mädchen gegen HPV im Alter von 12 bis 17 Jahren aufgenommen (www.g-ba.de). Frauen ab 18 Jahren sollten im Rahmen der Impfberatung auf die ggf. damit verbundenen Kosten hingewiesen werden.

Die Impfempfehlung gegen HPV für alle Mädchen im Alter von 12 bis 17 Jahren gilt explizit auch für Aussiedler, Flüchtlinge oder Asylbewerber in Gemeinschaftsunterkünften.

Die Impfung gegen HPV ist eine *Ergänzung* zum Früherkennungsprogramm zur Erkennung des Gebärmutterhalskrebses, so dass auch HPV-geimpfte Mädchen im vorgesehenen Alter die gynäkologischen Früherkennungsmaßnahmen in Anspruch nehmen sollten.

Es ist zu erwägen, Säuglinge unter Berücksichtigung ihrer individuellen sozialen und gesundheitlichen Situation durch eine Impfung vor einer Rotavirusinfektion zu schützen

Wesentliche Neuerungen bei Indikationsimpfungen

- **Hepatitis B (HB):** Serologische Vor- bzw. Nachtestungen zur Kontrolle des Impferfolgs sind bei der Regelimpfung im Kindes- und Jugendalter weiterhin *nicht* erforderlich. Eine Wiederimpfung 10 Jahre nach Impfung im Säuglingsalter ist derzeit für Kinder und Jugendliche *nicht* generell empfohlen, da alle bisher verfügbaren Daten dafür sprechen, dass die Schutzwirkung nach Impfung im Säuglingsalter länger als 10 Jahre anhält. Bei in der Kindheit Geimpften mit neu aufgetretenem, erhöhtem Hepatitis B-Infektionsrisiko (z.B. Beschäftigung im Gesundheitsdienst), negativem anti-HBs und negativem anti HBe-Test wird eine Dosis Hepatitis B-Impfstoff mit anschließender Erfolgskontrolle (d.h. anti HBs-Bestimmung nach 4–8 Wochen; Ziel: anti HBs > 100 IE/l) empfohlen.
- Die Empfehlung zur **Masernimpfung** bei empfänglichen Personen wurde erweitert. Demnach sollen ungeimpfte bzw. empfängliche Personen im *Gesundheitsdienst* (Anmerkung des Autors: nicht mehr begrenzt auf *Pädiatrie und Onkologie*) sowie in *Gemeinschaftseinrichtungen* (Anmerkung des Autors: nicht mehr begrenzt auf das *Vorschulalter!*) und in *Kinderheimen* einmalig gegen Masern geimpft werden (vorzugsweise mit einem MMR-Impfstoff).

Die bislang unterschiedlichen postexpositionellen Empfehlungen zur Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln bei Kontakt zu Erkrankten sind vereinheitlicht worden (empfohlen für „Ungeimpfte oder einmal

geimpfte Personen und Personen mit unklarem Immunstatus“). Zudem wurde die Einschränkung der postexpositionellen Impfungen auf Kontaktpersonen in Gemeinschaftseinrichtungen aufgehoben, da auch für Erwachsene außerhalb von Gemeinschaftseinrichtungen ein Erkrankungs- sowie ein erhöhtes Komplikationsrisiko besteht. Auch können durch Impfung von sämtlichen Kontaktpersonen zu Masern-, Mumps- bzw. Rötelnkranken weitere Personen indirekt geschützt werden, die aus medizinischen Gründen keine MMR-Impfung erhalten können (z.B. Immunsupprimierte oder schwangere Frauen).

- **FSME-Impfung:** Für die Risikoeinschätzung wird neuerdings statt absoluter Fallzahlen (wie in den Vorjahren) die Fünfjahresinzidenz der FSME-Erkrankungen auf Kreisebene verwendet, die bisherige Unterscheidung in Hochrisiko- und Risikogebiete entfällt. Für bisherige Risikogebiete wurde vereinbart, diese Gebiete als Risikogebiet für die nächsten 5 Jahre fortzuführen.

Alle Pädiater sollten Eltern auf die hier und in den Originalpublikationen angeführten neuen STIKO-Impfeempfehlungen aufmerksam machen und aktiv zur Verbesserung des Impfschutzes durch zeitgerechte Immunisierung der Zielgruppen beitragen.

Aussichten

Obwohl seit geraumer Zeit neue, orale Impfstoffe gegen Rotavirus-Infektionen zur Verfügung stehen, gibt es bislang weder eine „öffentliche Empfehlung“ noch eine STIKO-Empfehlung zu deren Einsatz. Da diese Impfung gerade für Pädiater von großem Interesse ist und die STIKO-interne Diskussion noch nicht abgeschlossen ist, sei auf zwei Stellungnahmen hingewiesen.

Die STIKO hat sich wie folgt geäußert (Epidemiolog. Bulletin 2/2007): „Es ist zu erwägen, Säuglinge unter Berücksichtigung ihrer individuellen sozialen und gesundheitlichen Situation durch eine Impfung vor einer Rotavirusinfektion zu schützen. Zum Beispiel können Säuglinge, die in Kindertagesstätten o.ä. versorgt werden, von einer Impfung gegen Rotaviren profitieren.... Eltern sollen bei ihrer Krankenkasse prüfen, ob die Impfung gegen Rotavirus durch die Krankenkasse übernommen wird oder nicht.“

Die *Kommission für Infektionskrankheiten und Impfungen* der „Deutschen Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin“ hat eine ausführliche, positive Stellungnahme zur Rotavirus-Impfung abgegeben und darin u.a. festgehalten (www.dakj.de): „Auf der Basis der Impfstoffzulassungen kann die Impfung bei der aktuellen Datenlage deutschen Säuglingen im Alter zwischen 6 und 12 Wochen empfohlen werden (Anmerkung des Autors: dies ist das ideale Alter für die 1. Teilimmunisierung; die Impfserie – je nach Impfstoff 2 bzw. 3 Dosen – muss spätestens im Alter von 24 bzw. 26 Wochen abgeschlossen sein. Bei späterer Impfung muss vermehrt mit koinzidierenden Invaginationen gerechnet werden). Der Impfstoff stellt einen guten Individualschutz dar... Bei einer allgemeinen Impfeempfehlung könnte der Impfstoff

zu einem wesentlichen Rückgang der Hospitalisation von Säuglingen und Kleinkindern in Deutschland führen. In Zeiten von Personal- und Bettenreduktion kann dies zu einer deutlichen Entlastung in Kinderkliniken führen.“

Ob und, wenn ja, wann mit einer konkreten Empfehlung der STIKO zu rechnen ist, ist offen.

Die in jüngster Zeit vermehrt diskutierten Varizellen-Durchbruchkrankheiten (bei dennoch sehr gutem Schutz vor komplizierten Verläufen!) bei *einmal* geimpften Kindern geben Anlass zur Frage, inwieweit Kinder grundsätzlich zweimal (mit höherer Schutzrate gegen Durchbruchkrankheiten) gegen Varizellen geimpft werden sollten. Bei Verwendung des MMRV-Kombinationsimpfstoffs ist dies aus Zulassungsgründen ohnehin jetzt schon vorgesehen, nicht aber bei den monovalenten Varizellen-Impfstoffen vor dem Alter von 13 Jahren. Da sich STIKO-Empfehlungen im allgemeinen an den Fachinformationen der verfügbaren Impfstoffe orientieren, ist eine Änderung der Empfehlung vermutlich erst zu erwarten, wenn die Zulassungsbehörde eine entsprechende Modifikation veranlasst hat.

Red.: Christen

Prof. Dr.
U. Heininger
Ltd. Arzt Infektio-
logie und
Vakzinologie
Universitäts-
Kinderspital beider
Basel (UKBB)
Postfach
CH-4005 Basel
Email:
Ulrich.Heininger
@ukbb.ch

Zusammenfassung

Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut hat kürzlich die Impfeempfehlungen für Deutschland aktualisiert. Die Standardimpfungen wurden um die allgemeine Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV) erweitert, die für Mädchen im Alter von 12–17 Jahren empfohlen wird. Man verspricht sich davon mittelfristig einen signifikanten Rückgang von anogenitalen Karzinomen, insbesondere des Zervixkarzinoms. Die Kostenübernahme ist gesichert, und die Akzeptanz für diese Impfung bei den Patientinnen, deren Eltern und in der Ärzteschaft ist offenbar im allgemeinen sehr gut, so dass dieses Ziel erreichbar scheint.

Weitere bedeutsame Neuerungen betreffen u.a. die Indikationsimpfungen gegen Hepatitis B (serologische Kontrolle des anti-HBs und ggf. Wiederimpfung bei einstmals in den ersten beiden Lebensjahren Geimpften mit neu aufgetretenen Risikofaktoren), Masern (Erweiterung der prä- und postexpositionellen Indikationen im Erwachsenenalter) und FSME (Neudefinition der Risikogebiete). Nach wie vor fehlt eine STIKO-Empfehlung zum Einsatz der Rotavirus-Impfstoffe.

Judith-Esser-Mittag-Preis

Ausschreibung 2008 des „Judith-Esser-Mittag-Preises“ der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V. für Arbeiten zu allen Aspekten der Subspezialität

Die beiden besten wissenschaftlichen Arbeiten auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendgynäkologie werden von der AG Kinder- und Jugendgynäkologie e. V. mit dem Judith-Esser-Mittag-Preis ausgezeichnet.

Der 1. Preis ist mit € 4.000,00 und der 2. Preis mit € 2.500,00 dotiert.

Teilnahmeberechtigt sind alle Ärzte/Innen mit einer deutschen Approbation. Neben Arbeiten von einzelnen Autoren sind auch solche von Arbeitsgruppen zugelassen. Bei letzteren wird der Ausweis der Einzelleistungen in den Schriften vorausgesetzt.

Die in deutscher Sprache verfassten Arbeiten dürfen nicht älter als 18 Monate, nicht veröffentlicht und noch nicht mit einem Preis ausgezeichnet worden sein. **Einsendeschluss ist der 15. Juli 2008.**

Nach schriftlich bestätigtem Eingang einer Arbeit beim Vorstand der AG ist sie für den/die Verfasser/in zur Veröffentlichung frei. Der Vorstand der AG bestellt die Mitglieder eines Gutachterkollegiums. Dessen Entscheid ist unanfechtbar, der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Arbeiten können ab sofort eingereicht werden an die

Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V.
z.H. Herrn Prof. Dr. med. Helmuth G. Dörr
Klinik mit Poliklinik für Kinder und Jugendliche
Loschgstraße 15, 91054 Erlangen

Mikrobiologische Diagnostik für die kinder- und jugendärztliche Praxis

Die klinische Verdachtsdiagnose einer Infektionskrankheit bedarf in vielen Fällen einer mikrobiologischen Abklärung. Der wissenschaftliche Informationsgewinn über Infektionen und deren Erreger eröffnet bei einer Reihe von Erkrankungen des Praxisalltags neue diagnostische Möglichkeiten. In der folgenden Übersicht einiger ausgewählter Infektionen, die häufiger vorkommen oder differenzialdiagnostisch von Bedeutung sind, soll die aktuelle mikrobiologische Diagnostik hinsichtlich Methodik, Aussagefähigkeit, zeitlichem Aufwand und wirtschaftlichen Aspekten zusammengefasst werden.



Prof. Dr. med.
Dr. rer. nat.
Helmut Eiffert

RS-Viren (Respiratory Syncytial Viren)

Das RS-Virus ist der häufigste nachgewiesene Erreger bei Pneumonien und Bronchiolitiden bei Säuglingen und Kleinkindern. Die Inzidenz bei Säuglingen liegt bei 1500/100000, bei Kleinkindern > 2. Lebensjahr bei 725/100000/Jahr. Besondere Bedeutung kommt dieser Infektion bei Frühgeborenen und im Rahmen nosokomialer Ausbreitung in Kinderkliniken zu. Bis zum Alter von 2 Jahren haben 85–90 % der Kinder ihren ersten Kontakt mit RS-Viren. Die Letalität beträgt bis zu 2%.

Obwohl hier keine spezifische kausale Therapie zur Verfügung steht, macht es Sinn, die Verdachtsdiagnose mikrobiologisch zu sichern. Damit gelingt eine Abgrenzung gegenüber anderen, vor allem bakteriellen Infektionen, die im Verdachtsfall ggfs. unnötig mit Antibiotika behandelt würden. Eine sichere RSV-Diagnose führt außerdem zu einer wirksamen und kosteneffizienten Prävention nosokomialer Ausbreitung. Der Nachweis des Erregers ist nicht meldepflichtig, allerdings sollten gehäuft auftretende nosokomiale RSV-Infektionen dem Gesundheitsamt mitgeteilt werden (§ 6 IFSG).

Mikrobiologische Diagnostik

Der direkte Erregernachweis (Antigen-, Nukleinsäurenachweis, Viruskultivierung) ist der Antikörperdiagnostik weit überlegen.

In der täglichen Praxis hat sich, seitdem hochspezifische monoklonale Antikörper zur Verfügung stehen, der immunologische Antigennachweis durchgesetzt. Die Verfahren ELISA, Immunfluoreszenz oder für die Patienten-nahe Diagnostik sog. Schnelltests können ein aussagefähiges Ergebnis innerhalb von 20 min bis zu wenigen Stunden liefern. Der RSV-Schnelltest ist besonders verlässlich im Säuglingsalter und während der RSV-Saison im Spätherbst und Winter (Kosten für ELISA, RSV-Schnelltest: EBM 9.70 €; GOÄ: 29.73 €).

Als Untersuchungsmaterial ist Nasenrachenspülwasser oder transnasal gewonnenes Sekret (Absaugung) aus

dem Epipharynx geeignet, das möglichst innerhalb von 4 Stunden zum Labor transportiert werden sollte.

Der früher häufiger durchgeführte kulturelle Nachweis ist technisch aufwändig und benötigt in erfahrenen Händen 4–7 Tage. Schnellere Informationen liefert die PCR (Kosten: EBM: 16.40 – 61.40 €; GOÄ: 52.46 – 58.29 €).

Die Antikörperdiagnostik steht hinter den direkten Verfahren zurück. Den o.g. Antigennachweisverfahren wird in der Akutdiagnostik klar der Vorzug gegeben. Ob die anderen Methoden zum Einsatz kommen, hängt von der Fragestellung ab und sollte jeweils mit dem Labor besprochen werden.

Infektiöse Enteritis durch Rotaviren

Infektionen durch Rotaviren sind die häufigste Ursache schwerer Durchfallerkrankungen bei Kindern unter 2 Jahren. In Deutschland sind über 80% der Betroffenen Kinder bis zu einem Alter von 5 Jahren. Die klinische Symptomatik alleine erlaubt keinen zuverlässigen Rückschluss auf den Erreger. Der Nachweis des Erregers ist meldepflichtig.

Mikrobiologische Diagnostik

Die spezifische Diagnose erfolgt über den Direktnachweis des Virus aus einer Stuhlprobe (Transport und Lagerung bei Raumtemperatur). Enzym-Immuntests oder sog. Schnelltests zur Identifizierung spezifischer Antigene sind die Methoden der Wahl. Der Schnelltest liefert ein Ergebnis innerhalb einer Stunde. Damit ist eine rasche Differenzierung zu anderen Diarrhoe-Erregern gewährleistet. Sensitivität und Spezifität gelten als hoch, ohne bisher präzise beziffert werden zu können. Die Diagnostik einer Rota-Virus-Infektion ist nur in Einzelfällen und vor allem aus epidemiologischen Gründen sinnvoll vertretbar. Im konkreten Einzelfall hat der Erregernachweis keinerlei klinische Bedeutung, da die Therapie der Enteritis unabhängig vom Erreger immer die glei-

Der RSV-Schnelltest mit Nasensekret ist verlässlich bei Säuglingen und liefert ein Ergebnis innerhalb einer Stunde.

Die Diagnostik einer Rota-Virus-Infektion ist nur in Einzelfällen oder aus epidemiologischen Gründen sinnvoll.

che ist und in einer ausführlichen und praktisch verständlichen Ernährungsberatung besteht.

Es stehen auch kombinierte Schnelltests für Rota- und Adenoviren zur Verfügung. Für spezielle Fragestellungen ist eine Polymerasekettenreaktion mit anschließender Charakterisierung des Amplifikats möglich, aber nur spezifischen epidemiologischen Fragestellungen vorbehalten, zum Beispiel zum Nachweis von Infektketten (Kostenfaktor: EBM: 16.40 – 61.40 €; GOÄ: 52.46 – 58.29 €).

Pertussis

Der Keuchhusten ist eine hochkontagiöse (Kontagionsindex bis 90%) bakterielle Infektionskrankheit, deren Inzidenz wieder zugenommen hat. Die Zahl der Erkrankungen lässt sich nicht genau beziffern, da nach dem Infektionsschutzgesetz keine Meldepflicht besteht. Der Durchimpfungsgrad lag im Jahr 2004 bei etwa 90% für eingeschulte Kinder. Bereits in der Inkubationsphase besteht Infektiösität, die im Stadium catarrhale am höchsten ist und bis ca. 3 Wochen nach Beginn des Stadiums convulsivum fortbesteht.

Die typischen Hustenanfälle, die zur klinischen Diagnose führen, treten bei Kindern oft erst im Stadium convulsivum auf. Häufiger liegen vor allem bei Säuglingen und Jugendlichen nicht charakteristische Verlaufsformen vor, sodass die Verdachtsdiagnose i. d. R. durch Laboratoriumsuntersuchungen bestätigt werden muss.

Mikrobiologische Diagnose

Die eingesetzten mikrobiologischen Verfahren sind abhängig vom Krankheitsstadium.

Die aussagekräftigste Methode ist der direkte Erregernachweis durch kulturelle Anzucht oder die Polymerase-Kettenreaktion (PCR). Die Nachweisquote der Kultur ist im Stadium catarrhale und im frühen Stadium convulsivum mit 60–90% am höchsten. Voraussetzung sind allerdings die geeignete Entnahme- und Verarbeitungstechnik. Als Probenmaterial eignen sich Nasopharyngealsekrete, die über tiefe perinasale Abstriche mit speziellen Tupfern (z.B. Ca-Alginat, Dacron) oder Absaugen gewonnen werden. Im Idealfall sollte das Sekret unmittelbar auf einen vorgewärmten Spezialnährboden ausgestrichen und in das Labor gebracht werden, da die Bakterien sehr empfindlich gegen Kälte und Austrocknen sind. Ist eine längere Transportzeit (>24h) bzw. ein Postversand nicht zu umgehen, muss ein spezielles Transportmedium benutzt werden. Abweichung vom genannten Procedere führt zu einer deutlich niedrigeren Sensitivität der Kultur, deren Spezifität bei 100% liegt. Die Dauer der mikrobiologischen Untersuchung liegt bei etwa 3–5 Tagen.

Das Husten auf einen Spezialnährboden zum Nachweis der Bordetellen ist mit einer großen Zahl falsch negativer Befunde verbunden und ist damit nicht zu empfehlen (Kosten: EBM: 6.60 €; GOÄ: 18.64 €).

Die PCR ist schneller und vor allem deutlich sensitiver als die Kultur, mit der z.B. nach antibiotischer Vorbehandlung vermehrungsfähige Bordetellen nicht mehr nachweisbar sind. Bei Anwendung der PCR sollten zur

Probengewinnung keine Ca-Alginat-Träger benutzt werden, da dieses Material eine Hemmung der PCR verursachen kann.

Das Verfahren ist bisher nicht standardisiert, sodass die Aussagefähigkeit mit dem qualifizierten Labor besprochen werden sollte. Insgesamt ist die PCR der kulturellen Anzucht hinsichtlich der Sensitivität klar überlegen. Sie bildet aber derzeit keine Kassenleistung (Kosten: EBM: 16.40 – 61.40 €; GOÄ: 52.46 – 58.29 €).

Als indirekte Nachweismethode für den Keuchhusten ist die Identifizierung spezifischer Antikörper für die Frühdiagnostik im Kindesalter nicht geeignet, da bei der Erstinfektion Antikörper frühestens beim Übergang ins Stadium convulsivum, d.h. ca. 3 Wochen nach Krankheitsbeginn erkennbar sind.

Bei der Primärinfektion werden nach mehrwöchiger klinischer Symptomatik in der Regel Antikörper der Klassen IgA, IgM und IgG mit der ELISA-Technik nachgewiesen. Zur weiteren Absicherung ist die Erfassung einer Titerbewegung durch eine Kontrolluntersuchung in einem Abstand von 2–4 Wochen zu empfehlen (Kosten: IgG und IgM-AK: EBM: je 11.80 €; GOÄ: 13.41 bzw. 50.12 €).

Ein alleiniger anti-Pertussis IgM-Nachweis ist aufgrund einer zu geringen Spezifität nicht ausreichend, um die Verdachtsdiagnose labormedizinisch zu belegen. Bei Reinfektionen, die in der Regel Jugendliche und Erwachsene betreffen, sind Antikörper bereits nach 1–2 Wochen erkennbar. Eine Unterscheidung zwischen stattgefundenen Infektion oder Impfung kann ggfs. durch die Identifizierung spezifischer IgA-Antikörper vorgenommen werden, da diese sich nicht nach Impfung bilden. Zu berücksichtigen ist dabei allerdings, dass bei Säuglingen die IgA-Antwort nur sehr schwach ausgeprägt sein kann. Bei Kindern und Jugendlichen mit einer bestehenden Teilimmunität kann der alleinige hohe Titer für IgA und IgG als Kriterium für eine akute Infektion gewertet werden.

Scharlach und Streptokokken-Tonsillitis

Infektionen des Rachens mit β -hämolisierenden Streptokokken der Gruppe A (*S. pyogenes*) gehören zu den häufigsten bakteriellen Infektionen des Kindesalters, vor allem bei den 4–7-Jährigen. Die jährliche Inzidenz für Scharlach liegt bei mindestens 62/100.000 Einwohner (Meldepflicht lediglich in Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen).

Die Verdachtsdiagnose Scharlach wird überwiegend über Anamnese und klinischen Befund gestellt. Unsicherheiten ergeben sich vor allem bei den zunehmend häufigen abortiven Verläufen.

Auch bei der klinischen Diagnose einer Streptokokken-Tonsillitis bestehen differenzialdiagnostische Probleme hinsichtlich anderer kausaler Erreger.

Aufgrund der therapeutischen Konsequenzen sollte in jedem Fall die Diagnose mikrobiologisch abgesichert werden.

Mikrobiologische Diagnose

Die kulturelle Anzucht von *Streptococcus pyogenes* aus Rachenabstrichen ist der diagnostische Goldstan-

Zum Nachweis des akuten Keuchhustens ist die PCR der kulturellen Anzucht überlegen.

Ein positiver Schnelltest zeigt mit großer Zuverlässigkeit eine akute A-Streptokokken Infektion an.

Für die akute Streptokokkeninfektion haben Tests wie der ASL keine praktische Bedeutung.

dard (Kosten: Kultur: EBM 6.60 €; GOÄ: 18.64 €). Weniger zeit- und auch kostenaufwändig ist der Streptokokkenschlüsseltest auf der Basis des Antigennachweises (Kosten: EBM: 2.55 €; GOÄ: 7.00 €). Abstrichtupfer (z.B. Dacron) eignen sich dafür zur Materialgewinnung. Die Spezifität liegt bei nahezu 100%, die Sensitivität wird mit 80–90% im Vergleich zur Kultur angegeben. Das bedeutet, ein positiver Schnelltest zeigt mit großer Zuverlässigkeit eine A-Streptokokken Infektion an, und es empfiehlt sich bei entsprechender Symptomatik eine antibiotische Therapie. Bei einem negativen Testergebnis ist eine Infektion eher unwahrscheinlich und damit eine antibiotische Therapie nicht indiziert. Im Einzelfall ist zur Klärung eine konventionelle Kultur durchzuführen. Bei negativem Streptokokken-Schnelltest, aber typischem klinischen Befund kann bis zum Eintreffen des mikrobiologischen Befundes eine Antibiotikagabe erwogen werden.

Post-Streptokokken-Erkrankungen

Bei Verdacht auf eine postinfektiöse Nachkrankheit wie rheumatisches Fieber oder eine akute Glomerulonephritis in Folge einer vorher nicht belegten A-Streptokokkeninfektion kommt zur Diagnosesicherung der Nachweis von Antistreptolysin O (ASL = ASO; Kosten: EBM 1.15 €; GOÄ: 5.83 €) oder Anti-Desoxyribonuklease B (anti-DNase B; Kosten: EBM: 12.80 €; GOÄ: 10.49 €) im Serum zum Einsatz.

Die Prävalenz eines ASL-Titers in der Bevölkerung ist hoch, deswegen gelten erst Titer über 300 IE oder eine signifikante Titerbewegung als Kriterium für einen kürzlich zurückliegenden Infekt. Der ASL-Titer steigt an bei oropharyngealen Streptokokkeninfektionen. Beim rheumatischen Fieber ist der spätere ASL-Titerabfall deutlich geringer ausgeprägt als bei einer unkomplizierten Streptokokkenangina. Weiterhin sind bei rheumatischem Fieber Erhöhungen von CRP und besonders BSG als diagnostisches Kriterium zu fordern.

Ein Anstieg des anti-DNase B-Titers findet sich besonders bei Streptokokkeninfektionen der Haut, die mit dem Risiko einer akuten Glomerulonephritis verbunden sind. Hier ist der anti-DNase-Titer in 90% der Fälle, ein erhöhter ASL-Titer in ca. 50% erhöht.

Die einzige Indikation für die genannten Laboruntersuchungen ist der konkrete Verdacht auf eine Folgekrankheit. Für die akute Streptokokkeninfektion sind diese Tests ohne Bedeutung.

Lyme-Borreliose

Als Multisystemerkrankung manifestiert sich die Lyme-Borreliose bei 70–80% der Fälle mit Hautsymptomen (dominierend Erythema migrans, viel seltener Borrelienlymphozytom, Acrodermatitis chronica atrophicans); der Anteil neurologischer Krankheitsbilder und von Gelenkmanifestationen beträgt jeweils ungefähr 10%. Die Lyme-Borreliose ist eine klinische Diagnose, d.h. klinische Kriterien (Anamnese, Symptomatik, Befund) sind für die Diagnosestellung und Interpretation der mikrobiologischen Befunde entscheidend. Vor die-

sem Hintergrund finden Falldefinitionskriterien Anwendung, die klinische und Laborparameter umfassen und einer standardisierten Diagnosefindung dienen. Zur Bedeutung der Labordiagnostik ist die Quintessenz dieser Leitlinien, dass der spezifische Antikörpernachweis einerseits nicht notwendiges (z.B. Erythema migrans), andererseits nicht immer hinreichendes diagnostisches Kriterium ist (hohe Prävalenz spezifischer Antikörper in der Bevölkerung). In der Regel stützt sich die klinische Diagnose der Lyme-Borreliose allerdings auf einen mikrobiologischen Befund (Ausnahme: Erythema migrans).

Mikrobiologische Diagnose

Mit Ausnahme des Erythema migrans ist eine mikrobiologische Untersuchung bei allen klinischen Verdachtsbefunden, d.h. dem Vorliegen von Leitsymptomen, die mit der Lyme-Borreliose assoziiert sein können, indiziert. Bei der Entscheidung für eine Laboruntersuchung ist zu berücksichtigen, dass je unspezifischer die vorliegende Symptomatik ist, desto geringer ist die a-priori-Wahrscheinlichkeit der Diagnose einer Lyme-Borreliose; damit sinkt der prädiktive Wert der mikrobiologischen Verfahren.

Der Nachweis spezifischer Antikörper im Serum ist in der Regel die Methode der Wahl. Das Verfahren erfolgt nach dem Prinzip einer Stufendiagnostik. Initial wird ein Antikörpersuchtest (meist ELISA, IFT) durchgeführt (Kosten: IgG und IgM-AK: EBM: je 7.70 €; GOÄ: 20.40 bzw. 41.38 €). Nur bei grenzwertigem oder positivem Resultat schließt sich ein Immunblot (Kosten: EBM: 24.00 €; GOÄ: 54.20 €) zur Bestätigung an.

Im Labor kann mit dem Antikörpernachweis lediglich eine spezifische Immunantwort gegen *Borrelia burgdorferi* festgestellt werden. Über IgM-Antikörper und aus dem Bandenmuster des Blots können Hinweise auf ein frühes oder spätes Stadium der Immunantwort bzw. der Infektion erhalten werden. Die Interpretation des Bandenmusters sollte das mikrobiologische Labor leisten.

Spezifische IgG-Antikörper sind beim Erythema migrans und Borrelienlymphozytom nur in 20–50% der Fälle nachweisbar. Bei Acrodermatitis chronica atrophicans (bei Kindern sehr selten) sind diese Antikörper in 90–100% der Fälle vorhanden. Für die Praxis bedeutet dies, dass die Antikörperdiagnostik bei den dermatologischen Frühmanifestationen von geringer differenzialdiagnostischer Bedeutung ist und ein negativer Antikörperbefund die Diagnose in keiner Weise widerlegt. Die Acrodermatitis chronica atrophicans gilt dagegen als Prototyp der chronischen Lyme-Borreliose, bei der praktisch ausnahmslos Antikörper nachweisbar sind.

Ob ein positiver serologischer Befund mit der Symptomatik des Patienten korreliert, kann nur klinisch beurteilt werden.

Zur Bestätigung einer Neuroborreliose sind der Nachweis intrathekal gebildeter spezifischer Antikörper und eine Liquorpleozytose wegweisend.

Zur Beurteilung des Therapieerfolgs bei Lyme-Borreliose ist die Serodiagnostik nicht geeignet und sollte daher auch nicht durchgeführt werden.

Die Lyme-Borreliose ist eine klinische Diagnose, d.h. klinische Kriterien sind für die Diagnosestellung und die Interpretation mikrobiologischer Befunde entscheidend.

Eine Verlaufskontrolle der Infektion mit einem Lymphozytentransformationstest ist wegen bisher fehlender Standardisierung und häufiger falsch positiver Ergebnisse nicht zu empfehlen. Der Therapieerfolg kann nur klinisch beurteilt werden.

Der direkte Erregernachweis über Kultur oder PCR ist sehr kostenaufwändig und auf besondere klinische Fragestellungen beschränkt, die im Einzelfall mit dem qualifizierten Labor besprochen werden sollten.

Tuberkulose

Die weltweit verbreitete Tuberkulose tritt momentan in Deutschland mit einer jährlichen Inzidenz von 8–10 Neuerkrankungen/100000 Einwohnern auf. Das Robert-Koch-Institut gibt für 2005 5478, für 2006 4787 Tuberkulose-Neuerkrankungen in Deutschland an (Epidem. Bulletin vom 15.12.2005 Nr. 54). Bei Kindern bis zum vollendeten 16. Lebensjahr muss mit etwa 250–300 Neuerkrankungen/Jahr gerechnet werden. Das Risiko ist bei Kindern in der Gruppe unter 5 Jahren relativ am höchsten. Kinder mit einem Migrationshintergrund erkranken etwa 4 mal häufiger als andere. Im Vordergrund stehen dabei mit über 75% die Lungentuberkulose sowie Lymphknotenbefall mit ca. 17%. Alle anderen Manifestationsformen werden bei Kindern in weniger als 10% der Fälle beschrieben. Die relevanten humanpathogenen Erreger werden unter dem Begriff Mycobacterium-tuberculosis-Komplex zusammengefasst, der *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum* sowie in der neueren Literatur *M. microti* und *M. canetti* umfasst.

Nach § 6 IfSG ist die Erkrankung sowie der Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose zu melden, auch wenn ein bakteriologischer Nachweis nicht vorliegt. In der Praxis hat das auch zur Konsequenz, dass jeder Fall meldepflichtig ist, bei dem eine entsprechende antibiotische Therapie eingeleitet wurde.

Der Verdacht auf eine Infektion mit einem Erreger des Mycobacterium-tuberculosis-Komplex resultiert aus Anamnese, klinischer Symptomatik und ggfs. bildgebenden Verfahren. Die beiden letzten Parameter können dabei allerdings sehr diskret oder unspezifisch erscheinen. Die Identifizierung behandlungsbedürftiger Kinder ergibt sich dabei nicht selten im Rahmen von Umgebungsuntersuchungen, die wegen eines infektiösen Tuberkulosefalls im näheren familiären Umfeld durchgeführt werden.

Ein erster Schritt zur diagnostischen Abklärung bei unklarer Klinik oder zum Erfassen von Umgebungsinfektionen ist der Tuberkulinhauttest, der ab etwa 6–12 Wochen nach Infektion eine positive Reaktion zeigt. Der Stempeltest (Tine-Test) ist nicht aussagekräftig und seit ca. 2 Jahren auch nicht mehr verfügbar. Als Screeningtest stellt der intracutan-Test nach Mendel-Mantoux zur Zeit die Methode der Wahl dar. Er ist z.Zt. nur über die europäische Auslandsapotheke verfügbar, in Deutschland zugelassen und über Praxisbedarf rezeptierbar (Tuberkulin PPD RT 23 – 2 TE/0.1 ml Durchstechflasche N1 38,45 € – Tuberkulin PPD RT 23 10 TE/0.1 ml InjektionsLsg N1 64,19 €). Das gereinigte Tuberkulin für die intrakutane

Injektion sollte nach Angaben der Hersteller verdünnt werden. Bei hochgradigem Verdacht auf eine aktive Infektion ist eine stärkere Verdünnung als Testdosis (statt 10 TEGT lediglich 1 TEGT) einzusetzen. Ein positives Ergebnis stellt sich nach 72 Stunden als Induration mit einem Durchmesser von mindestens 5 mm dar. Die Interpretation des Befundes muss berücksichtigen, dass mit falsch-positiven und falsch-negativen Testergebnissen zu rechnen ist. Kreuzreaktionen mit anderen, nicht Tuberkulose auslösenden Mykobakterien (MOTT) aus der Umwelt oder eine vorrausgegangene BCG-Impfung können für ein falsch-positives Resultat verantwortlich sein. Falsch-negativ kann die Reaktion bei einer schweren generalisierten Verlaufsform der Tuberkulose (z.B. Milirtuberkulose), bei akuten Virusinfektionen, Immundefekten sowie im Rahmen einer immunsuppressiven Chemotherapie bzw. Steroidbehandlung sein.

Als Ergänzung zum Hauttest wurde kürzlich ein Tuberkulose-spezifischer Lymphozytentransformationstest (LTT) (Messung von gamma-Interferon nach Stimulation der Patientenlymphozyten) etabliert. Im Prinzip weist er im Patientenblut (ca. 8 mL frisches heparinisierendes Vollblut; Transportzeit möglichst kurz, aber nicht länger als 24 Stunden) T-Lymphozyten nach, die spezifisch durch *M. tuberculosis* stimuliert werden. Diesem Verfahren wird eine höhere Sensitivität und Spezifität im Vergleich zum Hauttest attestiert. Atypische Mykobakterien oder eine stattgefundenen BCG-Impfung stören offenbar nicht. Das Ergebnis der Untersuchung kann nach etwa 2 Tagen vorliegen. Eine klare Unterscheidung zwischen aktiver oder latenter Infektion ist wie beim Hauttest nicht möglich (Kosten EBM 32532 = 153,40 €; GOÄ 142,21 €). Der Einsatz des LTT ist angezeigt bei positivem oder unklarem Ergebnis des Hauttests.

Zur eindeutigen Diagnosestellung sind weitere mikrobiologische Methoden notwendig.

Mikrobiologische Diagnose

Die sicherste Aussage liefert der direkte Erregernachweis. Als Untersuchungsmaterialien dafür sind abhängig vom klinischen Krankheitsbild Sputum, Trachealsekret, Bronchialsekret, Magensaft, Pleurapunktat, Liquor, Urin oder andere Punktate bzw. Biopsate geeignet.

Zum Einsatz kommen mikroskopischer Nachweis, kulturelle Anzucht sowie Nukleinsäureamplifikationstechniken (NAT).

Mikroskopie: Der mikroskopische Nachweis säurefester Stäbchen direkt aus dem Untersuchungsmaterial oder nach Anreicherung hat einen hohen Stellenwert in der TBC-Diagnostik. Die Sensitivität liegt in erfahrenen Händen bei 10^4 Keimen/mL. Das Untersuchungsergebnis liegt rasch vor und erlaubt z.B. eine gute Abschätzung der Infektiosität bei V.a. Lungentuberkulose. Nachteilig ist, dass atypische Mykobakterien nicht von Tuberkuloseerregern zu unterscheiden sind, ebensowenig lassen sich tote Bakterien von vermehrungsfähigen differenzieren. Auch deswegen muss parallel eine kulturelle Anzucht gefordert werden.

Kultureller Nachweis: Diese Methode ist nach wie vor der Goldstandard der TBC-Diagnostik. Durch die Ent-

Der Lymphozytentransformationstest bietet eine bessere Spezifität und Sensitivität im Vergleich zum Hauttest

Die kulturelle Anzucht ist nach wie vor unentbehrlich für die Tuberkulose-Diagnostik.

Urin muss regelgerecht gewonnen und zeitnah in das Labor transportiert werden. Laborbefunde.

wicklung spezieller Flüssigmedien und Detektionsautomaten hat sich die Sensitivität bis auf etwa 10 Bakterien/mL steigern und die Untersuchungszeit deutlich senken lassen. In den meisten Fällen liegt damit ein positives Ergebnis bereits nach 1–2 Wochen vor. Ein negativer Befund wird allerdings erst nach 6 Wochen Bebrütungsdauer erhoben.

Die kultivierten Mykobakterien werden mit Hilfe von Gensonden auf Speziesebene differenziert. Von jedem Erstisolat muss auf jeden Fall eine Empfindlichkeitsprüfung durchgeführt werden, um die Resistenzen zu erfassen (zeitlicher Aufwand etwa 1–2 Wochen – Kosten: EBM: 50.60 €; GOÄ: 46.63 €).

Nukleinsäure-Amplifikation (NAT): Die NAT ersetzt in keinem Fall die Kultur. Die Sensitivität der NAT direkt aus Untersuchungsmaterial ist geringer als die der Kultur, ist aber höher als die der Mikroskopie. Vorteilhaft ist die kurze Bearbeitungsdauer von etwa 2 Tagen. Zur Bestätigung der Befunde werden allerdings Untersuchungen von zwei unabhängigen Probenmaterialien gefordert. Indikationen für die kostenintensive NAT sind: Starker klinischer Verdacht mit mikroskopisch negativem Befund, stark gefährdete Patienten (Immunsupprimierte, Kleinkinder), bei mikroskopisch positivem Befund zur zeitnahen Abgrenzung von anderen Mykobakterien.

Es muss noch einmal betont werden, dass die Diagnostik nicht alleine mit der NAT erfolgen soll, eine kulturelle Anzucht muss immer versucht werden. (Kosten: EBM: 61.40 €; GOÄ: 58.29 €).

Zur Klärung von Fragen zur Probengewinnung, Menge und Transport sollte man sich mit dem mikrobiologischen Labor in Verbindung setzen.

Harnwegsinfekte

Ursache von Infektionen der ableitenden Harnwege sind in den meisten Fällen Bakterien, die aus der eigenen Darmflora stammen. Es dominiert klar uropathogener *E. coli*, als weitere Erreger zu nennen sind z.B. Enterokokken, Klebsiellen, *Proteus*, *Staph. aureus*. Pilze, Parasiten oder Viren sind nur selten Auslöser der Infektion.

Die Diagnose setzt sich aus mehreren Kriterien zusammen: 1. Anamnese; 2. Klinische Symptomatik; 3. Hinweise auf eine Entzündungsreaktion mit Hilfe von Laborparametern (z.B. Leukozytenzahl im Urin); 4. Nachweis von Bakterien im Urin in relevanter Keimzahl.

Die Bedeutung der mikrobiologischen Abklärung nimmt stetig zu, da bei der in der Klinik erworbenen Infektion, aber auch bei der ambulanten erworbenen mit deutlich gestiegenen Resistenzen (z.B. bei *E. coli*) gerechnet werden muss. Die Indikation für eine Urinkultur ist großzügig zu stellen, so für alle Kinder im Alter zwischen 2 Monaten und 2 Jahren mit unklarem Fieber.

Mikrobiologische Diagnostik

Der Urin ist das wichtigste Untersuchungsmaterial zur Abklärung einer Harnwegsinfektion.

Darüberhinaus ist bei V.a. eine Urosepsis die Abnahme von Blutkulturen zu empfehlen.

Die regelgerechte Uringewinnung und der rasche Transport in das Labor sind entscheidende Voraussetzungen, um eine sachgerechte Interpretation der Untersuchungsergebnisse zu ermöglichen.

Bei Säuglingen und Kindern ohne Blasenkontrolle wird der Urin in einem dafür vorgesehenem Urinbeutel gewonnen.

Unter Blasenkontrolle ist Mittelstrahlurin ein geeignetes Untersuchungsmaterial.

In beiden Fällen muss direkt vor der Abnahme das äußere Genitale gründlich gereinigt werden, um eine Kontamination mit der externen Flora zu vermeiden. Am besten geeignet ist der erste Morgenurin. Zwischen Uringewinnung und letzter Miktion sollten möglichst mehr als drei Stunden liegen.

Das aussagefähigste Material („Goldstandard“) wird durch eine suprapubische Blasenpunktion gewonnen, da dabei das Kontaminationsrisiko am geringsten ist.

Eine antibiotische Therapie sollte in allen Fällen erst nach Probenentnahme begonnen werden.

Probenlagerung und Probentransport sind so kurz wie möglich zu halten. Aufbewahrung bei Zimmertemperatur über mehr als 2 Stunden kann zu einer Vermehrung von Bakterien um bis zu 2 log-Stufen führen. Deswegen sollten Lagerung und Transport gekühlt bei 2–8°C (Kühlschrank) erfolgen. Allerdings kommt es nach 24-stündiger gekühlter Lagerung zu einer Keimreduktion von ca. 10%.

Ein Postversand kann auf keinen Fall empfohlen werden. Nur im Ausnahmefall können gleich zu bebrütende Objektträgerkulturen verwendet werden.

Es ist sinnvoll den Entnahmezeitpunkt auf dem Begleitschein zu vermerken.

Bei V.a. eine Pyelonephritis müssen die Proben auch an Wochenenden und Feiertagen sehr zeitnah bearbeitet werden. Die sich hier scheinbar anbietenden Objektträgerkulturen haben zahlreiche Nachteile, sodass deren Einsatz nur ausnahmsweise akzeptabel ist.

Der native Urin wird zunächst eingesetzt zur (semi-)quantitativen Bestimmung der Leukozytenzahl durch Mikroskopie (Zählkammer) oder häufiger mit Leukozyten-Teststreifen (Leukozyten-Esterase).

Die spezifischen mikrobiologischen Kulturverfahren erlauben die quantitative Keimzahlbestimmung, die genaue Typisierung der Urinkeime und deren Antibiotikaempfindlichkeit. Diese Untersuchungen sind bei jedem V.a. einen Harnwegsinfekt zu fordern.

Ergibt sich aus der Anamnese eine zuvor erfolgte zeitnahe Einnahme von Antibiotika, wird der Urin nach bakteriellen Hemmstoffen untersucht, um das Kulturergebnis besser beurteilen zu können.

Die Keimzahl und die identifizierten Bakterien spielen bei der Befundinterpretation eine wesentliche Rolle. Bei weniger als 10^3 /mL, fehlender Leukozyturie und negativem Hemmstoffnachweis spricht das Ergebnis gegen einen Harnwegsinfekt durch kultivierbare Bakterien. Eine Ausnahme bildet der Blasenpunktionsurin, bei dem sämtliche angezüchteten Bakterien als Erreger zu werten sind unabhängig von der Keimzahl.

Bereits Keimzahlen von 10^3 bis 10^4 /mL bei Kindern als Reinkultur mit einem Erreger und vorliegender Leukozyturie können mit einem Harnwegsinfekt vereinbar sein. Bei Jungen gelten Keimzahlen ab 10^4 , bei Mädchen ab 10^5 /mL als signifikante Grenzen. Es bleibt aber festzuhalten, dass diese Grenzwerte sicherlich kein absolutes Kriterium darstellen.

Als Fehlerquelle tritt häufiger eine Kontamination mit Hautflora auf, die an einer Mischflora z.B. aus koagulase-negativen Staphylokokken und koryneformen Bakterien erkannt wird. In diesen Fällen ist eine Empfindlichkeitsprüfung nicht sinnvoll.

Ebenfalls nicht sinnvoll sind Harnröhrenabstriche bei V.a. Harnwegsinfekt, Untersuchungen von Harnwegskatheterspitzen, Proben aus Sammelurin oder Urin aus Plastikbeuteln bei Dauerkathetern oder von lege artis gewonnenem Material, dessen Lagerungs- und Transporttemperaturen und -Zeiten (d.h. mehr als 2 h bei Raumtemperatur) überschritten sind.

Um falsch positive Ergebnisse zu erkennen und damit ggfs. verfrühte oder unnötige therapeutische Maßnahmen zu vermeiden, kann die Untersuchung einer zweiten Probe angezeigt sein.

Hepatitis A

Das weltweit verbreitete Hepatitis A Virus (HAV) verursacht in Deutschland sporadische Infektionen oder auch kleinere Epidemien. Jährlich werden 1000–2000 Erkrankungen gemeldet (§ 6 u. 7 IfSG) (Statistik laut Robert Koch Institut / Epidemiologisches Bulletin Nr. 50 vom 15.12.06: 1107 Neuerkrankungen im Jahr 2006) mit einem Altersgipfel bei Kindern von 5–9 Jahren. Etwa die Hälfte der Fälle werden bei Reisen in Länder mit starker HAV-Verbreitung erworben. Die Übertragung der Hepatitis A erfolgt gewöhnlich auf fäkal-oralem Weg, die Infektion durch Genussmittel (Austern, Meeresfrüchte, Flusskrebse etc.) spielt in Mitteleuropa eine untergeordnete Rolle. Nach § 6 IfSG ist der Verdacht, Erkrankung und Tod einer Virushepatitis dem Gesundheitsamt zu melden.

Der Infektionsverlauf ist bei Kindern eher subklinisch oder sogar asymptomatisch. Die Ansteckungsfähigkeit ist am höchsten etwa 1–2 Wochen vor bis 1 Woche nach Auftreten des Ikterus oder einem Transaminasenanstieg (Inkubationszeit ca. 28 d, Spanne 15–50d). Bei infizierten Säuglingen ist das Virus über mehrere Wochen im Stuhl nachweisbar. Der mikrobiologische Nachweis dient dazu, die Diagnose zu sichern und vor allem eine Verbreitung durch Schmierinfektionen mit Hygienemaßnahmen oder auch einer Immunprophylaxe zu verhindern.

Mikrobiologische Diagnostik

Bereits mit dem Auftreten der ersten klinischen Symptome gelingt in der Regel die Identifizierung spezifischer anti-HAV Antikörper der IgM-Klasse im Serum. Diese können 3–4 Monate persistieren und beweisen eine akute oder kurz zurückliegende Infektion. Auch IgG-Antikörper sind oft in dieser Phase bereits nachweisbar. Sie können lebenslang persistieren und belegen eine

Immunität. Bei der Interpretation der serologischen Befunde ist die Impfanamnese zu berücksichtigen (Kosten: HAV-AK IgG und IgM: EBM: 2x7.70 €; GOÄ: 13.99 €).

Der direkte Virusnachweis aus dem Stuhl mit einem Antigen-ELISA oder einer PCR beweist eine akute Infektion, ist aber auf spezielle Fragestellungen beschränkt und nicht Bestandteil der Routinediagnostik.

Infektiöse Mononukleose

Etwa 80% der erwachsenen Bevölkerung ist mit dem Epstein-Barr-Virus (EBV) infiziert. Erregerreservoir für EBV ist nur der Mensch. Die Übertragung erfolgt meist durch infektiösen Speichel (kissing-disease). Die höchste Inzidenz findet sich bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (15–19 Jahre). Bei Kleinkindern kann der Verlauf asymptomatisch sein oder als respiratorischer Infekt in Erscheinung treten. Bei Älteren kommt es zu einem relativ komplexen Krankheitsbild unter Einbeziehung verschiedener Organsysteme. Indikationen für eine mikrobiologische Diagnostik können sein: Bestätigung oder Ausschluss einer akuten EBV-Infektion bei V.a. infektiöse Mononukleose bei nicht eindeutigen klinischen Krankheitsbild, Differenzialdiagnostik bei Hepatitiden, unklare Lymphadenopathien, Immunsuppression, unklare neurologische Erkrankungen.

Mikrobiologische Diagnostik

Neben dem Nachweis aktivierter Lymphozyten im Blutaussstrich kann zur weiteren raschen Orientierung bei älteren Kindern und Erwachsenen die Identifizierung der heterophilen Antikörper (Paul-Bunnell-Test) herangezogen werden. Die Sensitivität dieses Schnelltests ist allerdings besonders bei kleineren Kindern (< 5 Jahren) sehr gering.

Im Vordergrund der spezifischen mikrobiologischen Diagnostik steht der Antikörperrnachweis im Serum gegen definierte Bestandteile des EBV wie das Virus-Kapsid-Antigen (VCA), das Epstein-Barr-Virus spezifische Kernantigen (EBNA-1) und das p18.

In Abhängigkeit der serologischen Konstellation kann zwischen akuter Primärinfektion, Trägerstatus nach abgelaufener Primärinfektion und reaktiver Infektion unterschieden werden.

Typisch für eine Primärinfektion ist der Nachweis von heterophilen Antikörpern (wenig sensitiv, aber recht spezifisch), von anti-VCA-IgG, anti-VCA-IgM aber negativem Befund von anti-EBNA bei negativem p18-IgG.

Bei einer abgelaufenen Infektion finden sich anti-VCA-IgG und anti-EBNA-1. In wenigen Fällen kann hier auch anti-EBNA-1 negativ sein, dann spricht ein positives p18-IgG für eine abgelaufene Infektion.

Eine reaktivierte Infektion ist serologisch gekennzeichnet durch positive Nachweise von anti-VCA-IgG, anti-VCA-IgA im Verlauf, anti-EA und anti-EBNA-1. Zur weiteren Absicherung trägt die ergänzende Ermittlung einer hohen Avidität der o.g. Antikörper bei. Anti-VCA-IgM kann in diesem Fall negativ oder schwach positiv sein, heterophile Antikörper sind nicht vorhanden.

Im Einzelfall können die serologischen Befunde oft nicht eindeutig interpretiert werden, auch bei starker

Die Hepatitis A verläuft bei Kindern eher subklinisch.

Im Einzelfall kann die Interpretation der serologischen Befunde bei der infektiösen Mononukleose problematisch sein.

Nicht jede Gastroenteritis gibt Anlass zu einer mikrobiologischen Abklärung. Die gezielte Untersuchung auf EHEC sollte nach definierten klinischen und anamnestischen Kriterien erfolgen.

Immunsuppression ist die Interpretation der serologischen Befunde problematisch. In dieser Situation kann die kostenaufwändige PCR zum Nachweis der EBV im Blut (EDTA-Plasma), ggfs. auch im Liquor, Speichel oder lymphatischem Gewebe wegweisend sein. Über das Procedere der weiteren diagnostischen Maßnahmen sollte man sich mit dem mikrobiologischen Labor verständigen. (Kosten: EBM/GOÄ: antiVCA-IgG 9.70/29.73 €; anti-VCA-IgM: 10.70/29.73 €; anti-EBNA-1: 8.70/29.73 €; anti-EA: 8.70/29.73 € – PCR: 40.90 / 58.29 €).

Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS) und thrombotisch-thrombozytopenische Purpura (TTP)

Die meisten Infektionen mit enterohämorrhagischen *Echerichia coli* (EHEC) verlaufen klinisch inapparent oder treten als leichte Diarrhoe in Erscheinung. In Deutschland werden schätzungsweise 2–3% der sporadischen Diarrhoen auf EHEC zurückgeführt, die aus kontaminierten Lebensmitteln oder nach Reisen in Endemiegebiete aquiriert wurden. In 10–20% der Fälle entwickeln sich schwere Verlaufsformen mit Fieber, hämorrhagischer Kolitis und blutigem Stuhl. Besonders gefährdet sind Säuglinge, Kleinkinder und abwehrgeschwächte Personen. Darüberhinaus können sich in 5–10% nach symptomatischer EHEC-Infektion als gefürchtete Komplikationen ein HUS oder eine TTP entwickeln. Das HUS ist charakterisiert durch hämolytische Anämie, Nierenversagen und thrombotischer Mikroangiopathie und die TTP durch Thrombozytopenie, Hautblutungen und hämolytischer Anämie. Besonders im Kindesalter ist die Letalität bei HUS und TTP hoch. Akutes Nierenversagen mit Dialysepflicht, das z.T. zu einer chronischen Dialyse führt, sind häufige Probleme.

Nach § 6 und 7 IfSG ist der Krankheitsverdacht, die Erkrankung und der Tod an HUS namentlich meldepflichtig, ebenso der direkte oder indirekte Nachweis von EHEC bei einer akuten klinisch manifesten Infektion. Im Jahr 2005 wurden dem RKI 1162 Fälle von EHEC bedingter Enteritis gemeldet. In etwa der Hälfte der Fälle waren Kinder unter 5 Jahren betroffen. Von den 79 HUS-Erkrankungen in 2005 entfielen 65% auf Kinder unter 5 Jahren.

Nicht jede Gastroenteritis gibt Anlass zu einer mikrobiologischen Abklärung. Die Indikationen zu einer gezielten Untersuchung auf EHEC sind vom RKI wie folgt definiert:

1. Hämolytisch-urämisches Syndrom oder thrombotisch-thrombozytopenische Purpura
2. Diarrhoe und eine der folgenden Bedingungen: a) wegen Diarrhoe hospitalisierte Kinder bis zum 6. Lebensjahr; b) blutig-wässrige Stühle; c) endoskopisch nachgewiesene hämorrhagische Kolitis; nekrotisierende Enterokolitis
3. Durchfall innerhalb der letzten Woche und eine der folgenden Bedingungen: a) hämolytische Anämie; b) akutes Nierenversagen
4. Kontaktpersonen von Patienten mit nachgewiesener EHEC-Infektion oder HUS.

Mikrobiologische Diagnostik

Die Labordiagnostik von EHEC-Infektionen basiert i.d.R. auf der Erregerisolierung bzw. Anreicherung aus Stuhl mit nachfolgender Identifizierung des Shiga-Toxins (Stx). Der Toxinnachweis direkt aus Stuhl gilt als unspezifisch.

Für die kulturelle Erregerisolierung stehen verschiedene Verfahren in spezialisierten Laboratorien zur Verfügung, um enterohämorrhagische *E. coli* von anderen *E. coli* zu unterscheiden (Dauer ca. 1–2 Tage). Die selektierenden Verfahren basieren auf biochemischen und immunologischen Unterschieden der beteiligten *E. coli*. Die so angereicherten EHEC werden anschließend auf das Shiga-Toxin untersucht. Das geschieht mit einem Stx-ELISA, einer Stx-PCR oder einem Zytotoxizitätstest. Der zeitliche Aufwand liegt bei 1–3 Tagen.

Bei dem klinischen Bild eines HUS oder TTP ist es sinnvoll, das Serum auf anti-LPS-Antikörper des Typen O157 zu untersuchen.

Zur genaueren Typisierung der Erreger, z.B. um Infektketten aufzuklären, empfiehlt es sich, Kontakt mit dem nationalen Referenzzentrum oder einem Konsiliarlabor aufzunehmen. Von dort können auch weitere Informationen zum diagnostischen Vorgehen in unklaren Fällen erhalten werden.

Literatur zur Übersicht

- Handbuch Infektionen bei Kindern und Jugendlichen. (2004) 4. Auflage. Hrsg. Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie e.V. Futuramed Verlag, München
- Leitlinien Kinder- und Jugendmedizin der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (2006) Hrsg. K. von Schnakenburg et al. Urban & Fischer Verlag, München und Jena
- Epidemiologisches Bulletin (2007) Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin (www.rki.de)
- Ratgeber Infektionskrankheiten (2007) Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin (www.rki.de)

Anschrift der Verfasser

Professor Dr. med. Dr. rer. nat. Helmut Eiffert,
Universitätsmedizin Göttingen,
Abteilung Medizinische Mikrobiologie,
Kreuzberggring 57, 37075 Göttingen (korrespondierend)
Email: heiffer@gwdg.de

Dr. med. Stephan Unkelbach,
Arzt für Kinderheilkunde,
Dr.-Eugen-Schön-Str. 15, 97332 Volkach

Professor Dr. med. Reinhard Berner,
Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin,
Universitätsklinikum Freiburg,
Mathildenstraße 1, 79106 Freiburg

Red.: Christen

Welche Diagnose wird gestellt?

Simone Stark und Peter H. Höger

Anamnese

Bei dem Patienten bestand seit 7 Tagen Fieber bis 39,8° C mit Husten und Halsschmerzen. Unter einer Therapie mit zunächst Erythromycin und nachfolgend Cefaclor kam es nicht zur Entfieberung. Der Junge hatte bisher keine ernsthaften Vorerkrankungen.

Untersuchungsbefund

3 10/12 Jahre alter Junge in reduziertem AZ. Der Untersuchungsbefund zeigte eine Konjunktivitis bds. (Abb. 1), trockene, rissige, gerötete Lippen (Abb. 2), ein Enanthem am Gaumen, eine Erdbeerzunge, zervikale Lymphknotenschwellung bis ca. 1 cm, eine schmerzhaft Rötung und Schwellung der Hände, Füße, Knie, ein makulöses Exanthem an Oberschenkeln und Unterarmen.

Labor: BSG 76 (1h), Leukozyten 24,7/nl, CrP 50,4 mg/l, Hb 11,4 g/dl, Thrombozyten 697/nl. EBV negativ, Adenovirus (Augenabstrich) negativ, ebenfalls unauffällig waren Röntgen-Thorax, Abdomen-Sonographie, Echokardiographie und EKG.



Abb. 1:
Konjunktivitis
beidseits



Abb. 2:
Rissige,
trockene
Lacklippen



Abb. 3:
Schuppung
der Finger-
spitzen im
Verlauf

Wie lautet die Diagnose?

Diagnose: Atypisches Kawasaki Syndrom

Das Kawasaki-Syndrom (mukokutanes Lymphknotensyndrom) ist eine systemische, akut entzündliche Erkrankung mit generalisierter Vaskulitis unbekannter Ätiologie, die mehrere Organsysteme befallen kann. Der Altersgipfel liegt im 2.–3. Lebensjahr, 85% der Patienten sind jünger als 5 Jahre alt. Die Prognose ist – sofern keine Herzbeteiligung vorliegt – gut. Todesfälle treten in 1% der Fälle (Sgl. bis 4 %) auf, sie sind immer mit Veränderungen der Koronararterien assoziiert.

Rein klinische Kriterien sichern die Diagnose. In typischen Fällen findet sich anhaltendes Fieber über 5 Tage und mindestens 4 der 5 klinischen Hauptsymptome [1]:

- Fieber > 5 Tage (Kontinua, antibiotikaresistent)
- Beidseitige nicht exsudative Konjunktivitis
- Stambbetontes polymorphes (!) Exanthem
- Schleimhautveränderung (Lacklippen, Enanthem, Erdbeerzunge)
- Palmar- u. Plantarerythem (auch mit Ödemen)
- Lymphknotenschwellungen am Hals > 1,5 cm

Weitere fakultative Nebensymptome sind reduzierter AZ, irritables Kind, Husten, teils mit Infiltraten im Röntgenbild, Arthralgie/-itis, Pankreatitis, Gallenblasenhydrops, aseptische Meningitis, periphere Paresen oder sterile Leukozyturie.

Im Verlauf treten häufig eine Thrombozytose und Schuppung der Finger-(Zehen-) Spitzen oder auch Koronaraneurysmen auf, die unter Umständen eine retrospektive Diagnosesicherung ermöglichen.

In ca. 10% der Fälle [2] sind jedoch nicht alle geforderten Kriterien erfüllt. In diesen Fällen spricht man von einem atypischen Kawasaki-Syndrom [1, 3] (z.B. Fieber - Exanthem - Konjunktivitis). Auch bei diesen Fällen kann es zu einer kardiovaskulären Beteiligung kommen [4]. Dies ist häufig bei jungen Säuglingen (< 6 Monate) der Fall [3].

Die häufigsten Komplikationen des Kawasaki Syndroms sind Aneurysmen der Koronararterien, die bei ca. 20% der unbehandelten [5] und bei ca. 4% der behandelten Kinder auftreten. Jungen sind häufiger betroffen, des weiteren Kinder unter 1 Jahr und über 6 Jahre. Hieraus resultierende Komplikationen sind Koronarthrombose, Myokardinfarkt, Arrhythmien, Hämoperikard, Herzbeutelamponade. Auch Gefäßverschlüsse peripherer Arterien können entstehen. Die Komplikationen lassen sich durch frühen Therapiebeginn minimieren [6, 7].

Diagnostik

Es gibt keine spezifische Laborkonstellation, die als diagnostisches Kriterium wegweisend ist. Einige Befunde können die Diagnose jedoch stützen, wie erhöhte Akute Phase Proteine (CrP, BSG, Leukozytose, Linksverschiebung), Anämie, sterile Leukozyturie, erhöhte Transaminasen und Bilirubin [1]. Sonographisch können Nephromegalie, Gallenblasenhydrops, Koronaraneurysmen oder Ventrikeldysfunktionen auftreten. Im EKG kann sich eine Myo-, Endo-, Perikarditis zeigen.

Differentialdiagnosen

In Betracht kommen Erythema exsudativum multiforme, Scharlach, Toxisches Schocksyndrom, EBV-Infektion, Adenovirus-Infektion, Masern und Morbus Still.

Therapie

Sofort nach Diagnosestellung (möglichst innerhalb von 7–10 Tagen) sollte die Therapie mit einer einmaligen intravenösen Gabe von Immunglobulinen (2 g/kg) initiiert werden [3, 8]. Eine orale Therapie mit Acetylsalicylsäure (ASS) in einer zunächst hohen Dosis von 100 mg/kg KG in 4 ED [1] über insgesamt 14 Tage ab Beginn der Erkrankung (oder 2 Tage über Entfieberung hinaus) wird parallel begonnen, im Anschluss wird die Dosis auf 3–5 mg/kg KG reduziert und über weitere 6–8 Wochen verabreicht [1, 3]. ASS wirkt in hoher Dosis antiinflammatorisch und in niedriger über die Thrombozytenaggregationshemmung [9], die Wirkweise der Immunglobuline ist bisher unklar.

Verlauf

Nach Diagnosestellung wurden Immunglobuline i.v. und ASS oral verabreicht. Hierunter kam es innerhalb von 24 Stunden zur Entfieberung sowie einer deutlichen Rückbildung aller klinischen Symptome. Im Verlauf begannen die Fingerspitzen zu schuppen (Abb. 3), die laborchemischen Entzündungsparameter waren rückläufig und die Zahl der Thrombozyten stieg bis auf 766/nl an. Vor Entlassung wurde die ASS-Therapie reduziert und ambulant weitergeführt. Die Befunde der Echokardiographie und des EKGs waren zum Zeitpunkt der Entlassung und auch nach 6 Wochen unauffällig.

Literatur

1. Burns, J.C. and M.P. Glode, Kawasaki syndrome. *Lancet* (2004) 364: 533-44.
2. Fukushige, J., et al., Incidence and clinical features of incomplete Kawasaki disease. *Acta Paediatr* (1994) 83:1057-60.
3. Newburger, J.W., et al., Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki disease: a statement for health professionals from the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasaki Disease, Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. *Circulation* (2004) 110: 2747-71.
4. Sundel, R.P., Update on the treatment of Kawasaki disease in childhood. *Curr Rheumatol Rep* (2002) 4: 474-82.
5. Suzuki, A., et al., Coronary arterial lesions of Kawasaki disease: cardiac catheterization findings of 1100 cases. *Pediatr Cardiol* (1986) 7: 3-9.
6. Zhang, T., et al., Factors relating to the cardiac sequelae of Kawasaki disease one month after initial onset. *Acta Paediatr* (2002) 91: 517-20.
7. Tse, S.M., et al., Early treatment with intravenous immunoglobulin in patients with Kawasaki disease. *J Pediatr* (2002) 140: 450-5.
8. Pickering, L., ed. *Kawasaki Syndrome. Red Book: 2006 Report of the Committee on Infectious Diseases 2006*, American Academy of Pediatrics: Elk Growth Village, IL. p.412.
9. Kusakawa, S. and K. Tataru, Efficacies and risks of aspirin in the treatment of the Kawasaki disease. *Prog Clin Biol Res* (1987) 250:401-13.

Dr. Simone Stark und Prof. Dr. Peter H. Höger
Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Abt. Pädiatrie
Lilienconstr. 130, 22149 Hamburg



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

A Phase 3 Study of Deferasirox (ICL670), a Once-Daily Oral Iron Chelator, in Patients with β -Thalassemia

Cappellini MD et al., *Blood*: 107, 3455-3462, Mai 2006

Verschiedene jüngste Publikationen beschreiben die Wirksamkeit von Deferasirox, eines neuen oralen Chelatbildners, der für die Eisenausschleusung bei Patienten mit Organhäm siderose eingesetzt werden kann. Cappellini et al. randomisierten 686 Patienten mit Thalassämie (davon 299 unter 16 J.). Die Patienten erhielten ansteigende Dosen von Desferrioxamin (Desferal) (20–50 mg/kg/Nacht) oder Deferasirox (Exjade®; 5–30 mg/kg/Tag). Obwohl Deferasirox nicht in allen Dosen äquivalent mit Desferal war, konnten Cappellini et al. mit 20 mg/kg eine weitere Eisenüberladung verhindern und erreichten mit 30 mg/kg sogar eine negative Körper-Eisenbilanz mit Abnahme des Lebereisens und Serum-Ferritins. Nebenwirkungen waren vorübergehende Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen und Ausschlag. Ungefähr ein Drittel der Patienten hatten einen geringen Anstieg des Serumkreatinins (fast immer unterhalb des oberen Normalwertes), der sich nach Dosisreduktion zurückbildete. Kein Patient erlitt eine Niereninsuffizienz. Seltener als unter Desferal wurden Hör- und Sehstörungen beobachtet.

Kommentar:

Die nächtliche subkutane Pumpenanwendung des Eisenkomplexbildners Desferal ist seit 30 Jahren der Goldstandard zur Behandlung der transfusionsbedingten Häm siderose. Die Kombination von Desferal mit dem seit einigen Jahren zugelassenen oralen Eisenchelator Deferipron ermöglicht eine Rückbildung der Kardiomyopathie bei fortgeschrittener Herzeisenüberladung. Die neue Zulassung des oralen Eisenchelators Deferasirox erlaubt eine erfolgreiche Behandlung derjenigen Patienten mit Thalassämie und sekundärer Häm siderose, die aus verschiedenen Gründen mit dem subkutanen Desferal nicht zurecht kommen. Ob Defer-

asirox aufgrund des niedrigeren Molekulargewichts besser in das Herzgewebe penetriert als das große Desferrioxamin, müssen weitere Studien zeigen. Sofern keine späten Unverträglichkeiten auftreten, ist damit zu rechnen, dass das orale Deferasirox langfristig zur Standardtherapie der Eisenausschleusung wird.

Fazit:

Deferasirox ist ein neuer oraler Eisenchelator, der vermutlich zur Standardtherapie der Eisenausschleusung bei Patienten mit Thalassämie u.a. transfusionspflichtigen Anämien wird.

(Stefan Eber, München)

Early Detection of Psychological Problems in a Population of Children with Enuresis: Construction and Validation of the Short Screening Instrument for Psychological Problems in Enuresis

Van Hoecke E et al. *J Urology* 178:2611-5, Dezember 2007

Ziel der Studie war es, für Kinder mit Enuresis einen Fragebogen für psychologische und emotionale Probleme sowie für die Erfassung eines Aufmerksamkeits-Defizits zu entwickeln. Die „Children Behaviour Checklist“ sowie die „Attention Deficit Disorder Scale“ wurden evaluiert und ein auf Kinder mit Enuresis zugeschnittener Fragebogen wurde entwickelt. Dieser wurde bei 109 Kindern mit Enuresis (76 Jungen, 33 Mädchen, mittleres Alter 8,5 Jahre, SD 2,49) validiert. Sieben Items wurden selektiert, die die emotionalen Probleme bei Enuretikern am besten beschreiben, 3 für Aufmerksamkeitsdefizit-Probleme und 3 für Hyperaktivität/ Impulsivität. Die selektierten Items erreichen für die Prädiktion der psychischen Probleme der Enuresis-Patienten einen positiven Prädiktiven Wert von 0,88, eine Spezifität von 91% und eine Sensitivität von 99%. Der neue Kurz-Screening-Bogen für psychologische Probleme bei Enuretikern ist effizient, ermöglicht eine einfache Diagnose von psychischen Störungen bei diesen Patienten und könnte damit die Behandlung von Enuretikern verbessern.

Kommentar:

Enuresis ist ein häufiges und schwierig zu behandelndes Problem. Organische Ursachen können in der Regel ausgeschlossen werden und häufig wird eine vereinfachte Bio-Feedback-Therapie, z.B. durch Klingelunterhosen oder -Matten, eingeleitet. In den letzten Jahren hat außerdem eine symptomatische Behandlung mit DDAVP-Nasenspray einen wichtigen Stellenwert eingenommen. Im März 2007 ist allerdings durch das BfAM die Zulassung des DDAVP-Nasensprays für die Enuresis-Behandlung aufgrund eines gehäufteten Auftretens von lebensgefährlichen Hyponatriämien zurückgezogen worden. Psychische Ursachen spielen bei der Enuresis eine entscheidende Rolle, werden aber häufig vernachlässigt, da eine entsprechende Diagnostik beim niedergelassenen Kinderarzt nicht geleistet werden kann. Der von Van Hoecke et al. entwickelte und validierte Kurzfragebogen für die wichtigsten psychologischen Aspekte bei der Enuresis könnte

erstmal eine Fragenbogen-gestützte psychologische Routinediagnostik bei Enuretikern ermöglichen. Hiermit wäre eine vereinfachte Detektion der enuretischen Kinder möglich, die von einer Konsultation eines Kinder- und Jugendpsychotherapeuten profitieren würden.

(Lars Pape, Hannover)

Probiotics for Necrotizing Enterocolitis: A Systematic Review

Barclay AR et al., *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 45:569-576, Nov. 2007

Die nekrotisierende Enterokolitis bei Frühgeborenen kommt immer noch in einer Häufigkeit von 5–10 % vor und stellt eine der häufigsten erworbenen abdominalen Notfälle dar. Die Ätiologie ist unverändert unklar und man sucht nach Präventionsstrategien. Mit der zunehmenden Verbreitung von probiotischen Keimen als Nahrungszusatz ergab sich auch die Frage, ob Probiotika bei nekrotisierenden Enterokolitiden, vor allem bei den sehr kleinen Frühgeborenen (VLBW) präventiv wirken können. Einige Studien sind durchgeführt worden, die unterschiedliche Ergebnisse erbrachten.

Barclay et al. führten nun einen systematischen Review von randomisierten und quasi randomisierten kontrollierten Studien durch, um die Häufigkeit, Schwere der Symptomatik, Operationsfrequenz und die Mortalität bei nekrotisierenden Enterokolitiden unter den verschiedenen Nahrungsregimen zu evaluieren. Sie durchsuchten Medline und andere Datenbanken unter den Stichworten infant, preterm, VLBW, enterocolitis und probiotics.

Sechs potentielle randomisierte, kontrollierte Studien wurden identifiziert. Systematische Reviews existieren bisher nicht. Eine Studie wurde nicht berücksichtigt, da historische Kontrollen verwendet wurden. Die Analyse basiert nun auf fünf Studien mit insgesamt 640 Frühgeborenen, die mit probiotischen Zusätzen therapiert wurden, und 627, die als Kontrollindividuen mit Frühgeborenenernährung ohne Probiotika ernährt wurden. Allerdings wurden die probiotischen Zubereitungen sehr heterogen gehandhabt und auch die Zeit und Methoden der Interventionen waren in den Studien sehr unterschiedlich, so dass eine Vergleichbarkeit praktisch nicht möglich war.

Trotzdem wurde ein Trend in allen Studien festgestellt, der eine geringere Frequenz von nekrotisierender Enterokolitis in der behandelten Gruppe dokumentierte. Häufig war der Schweregrad der Erkrankung in den nicht-behandelten Gruppen größer und auch die Mortalitätsrate.

Insgesamt kommen die Autoren zu dem Schluss, dass die additive Gabe eines oralen Probiotikums zur Prävention der nekrotisierenden Enterokolitis bei Frühgeborenen und bei den VLBWs empfehlenswert ist. Sie stellen aber klar, dass die Datenlage bzgl. der Kurz- und Langzeitsicherheit noch unzureichend ist. Auch bedarf es hinsichtlich der Verwendung der probiotischen Keime einer Optimierung.

Kommentar:

Es mehren sich die Studien, die zeigen, dass Probiotika insgesamt einen positiven Effekt auf unsere intestinale Flora haben, so

dass auch Zweifler zunehmend überzeugt sind. Das Problem ist allerdings die uneinheitliche Studiendurchführung und die Tatsache, dass die Wirksamkeit im Grunde für jeden Keim nachgewiesen werden muss. Es wäre daher sinnvoll, wenn bei einem Krankheitsbild, wie einer nekrotisierenden Enterokolitis, welches ja doch relativ selten ist, ein einheitliches Behandlungsregime aufgrund klarer Studien empfohlen werden könnte.

(Stefan Wirth, Wuppertal)

Value of the Bronchodilator Response in Assessing Controller Naive Asthmatic Children

(Garlant SP et al., *J Pediatr* 151: 457-462, Nov. 2007)

Mit dem Ziel, Kinder mit Asthma von Kindern ohne Asthma differenzieren zu können, wurden am Hospital of Orange County in Kalifornien 346 Kinder im Alter von 4 bis 17 Jahren mit Asthma bzgl. Lungenfunktion und Bronchodilatationstest verglichen mit 51 Kindern ohne Asthma. Untersucht wurde nach standardisierten Richtlinien die lungenphysiologische Antwort auf eine Inhalation von Salbutamol zur Bronchodilatation. Als Bronchodilatatorantwort wurde der FEV1 nach Bronchodilatation minus FEV1 vor Bronchodilatation durch FEV1 vor Bronchodilatation mal 100 % ermittelt. Mittels einer statistischen Analyse wurde der „Cutoff Point“ für die Asthmadignose mit der besten Kombination von Sensitivität und Spezifität ermittelt. Die mittlere Bronchodilatatorantwort betrug bei den Asthmatikern 8,6% (95% Konfidenzintervall 7,5–9,8%) verglichen mit nur 2,2% (95% Konfidenzintervall 0,2–4,3) bei den Nichtasthmatikern ($P < 0,001$). Eine Bronchodilatatorantwort $>9\%$ war am besten in der Lage zwischen diesen beiden Populationen zu differenzieren - mit einer hohen Spezifität von 86,3% und einer Sensitivität von 42,5%. Die Autoren schlussfolgern, dass die Bronchodilatatorantwort in der Lage ist, zwischen Kindern mit klinischem Bild eines Asthmas und Nichtasthmatikern zu differenzieren.

Kommentar:

In der Zeit der Einführung des Disease Management Programms für Asthma auch bei Kindern wird eifrig die Frage diskutiert, wann man in dieser Altersgruppe von einem Asthma sprechen kann. Nur wenige Kinder mit leichtem Asthma haben bei einer Lungenfunktionsuntersuchung eine nachweisbare Obstruktion. Hier ist der Bronchodilatationstest ein hilfreiches Verfahren, eine signifikante Verbesserung des FEV1 ist ein Hinweis für eine reversible Bronchialobstruktion und damit wahrscheinlich auf ein Asthma bronchiale. Bedenken muss man allerdings, dass in der Studie aus Kalifornien überwiegend eine spanische Population untersucht wurde und die Übertragbarkeit der o.g. 9%-Grenze auf Kinder hierzulande somit nicht unbedingt gegeben ist. Denn in die Statistik fließt die Häufigkeit einer obstruktiven Atemwegserkrankung in der jeweiligen Population ein. Die beste Diskriminierung erreicht man wahrscheinlich durch die Kombination von Anamnese, Untersuchung, Basislungenfunktion und Bronchodilatationstest.

(Frank Riedel, Hamburg)

Wie hoch ist das Ansteckungsrisiko für Kontaktpersonen eines Patienten mit Rubinstein-Taybi-Syndrom und infektiöser Hepatitis B?

Frage: Wir betreuen in unserer Schule mit dem Schwerpunkt motorische Entwicklung einen Jungen mit Rubinstein-Taybi-Syndrom, der seit vielen Jahren eine hochinfektiöse Hepatitis B (z.Zt. HBV-DNA-Titer 106 Mio. IU/ml) zeigt.

Wir möchten Sie bitten, uns folgende Fragen zu beantworten:

1. Ist es möglich, dass bei Kontamination mit Speichel oder Blut eine Übertragung an Dritte erfolgt?

2. Wie intensiv sollte bei Verschmutzung mit Speichel oder Urin desinfiziert werden?

Die Mitschüler mit intensivem Kontakt sind alle geimpft und hatten nach Impfung eine Titerhöhe über 100, mittlerweile ist aber bei einigen Schülern die Impfung 7–8 Jahre her und der kontrollierte Titer ist bei 0.

3. Sollte nachgeimpft werden, obwohl Impfschutz bis 10 Jahre angegeben wird?

4. Sollte bei engen Kontaktpersonen regelmäßig ein Titer untersucht werden, mit welchen Abständen?

5. Bei blutenden Ekzemen an den Händen ist dem Schüler ohne Verband der Schulbesuch nicht erlaubt, würden Sie diese Maßnahme ebenfalls für richtig halten?

Antwort:

1. Eine Übertragung des Hepatitis-B-Virus ist klassischerweise über Blut möglich. Bei den im Jahre 2004 an das Robert Koch-Institut gemeldeten Personen waren 9 % von 2095 Fällen in Wohngemeinschaften von Virusträgern gemeldet worden. Der genaue Infektionsweg wurde hier jedoch nicht ermittelt. Es existieren nur sehr wenige gesicherte Einzelberichte, in denen HBV auch über Speichel in eine Wunde übertragen wurde (z.B. durch Bissverletzung Hui AY et al., J Gen Virol 2005). Eine Übertragung

nur durch Speichel auf intakte Haut ist bislang nicht dokumentiert.

2. Die zweite Frage muss im Zusammenhang der Lebensumstände betrachtet werden. Im Falle normaler, auch enger sozialer Kontakte von Infizierten und Nicht-Infizierten ist bei Verschmutzung mit Körperflüssigkeiten wie Speichel oder Urin keine besondere Dekontamination durchzuführen, sofern alle Personen gegen Hepatitis B geimpft sind und einen ausreichenden Antikörpertiter aufweisen. Bei Personen ohne Impfschutz sollte das einfache Reinigen von verschmutzten Körperteilen oder Flächen im Regelfall ausreichen.

3.+4. Hier ist eine Auffrischimpfung ab einem Titer unter 10 zu empfehlen. Laut einiger Studien scheint allerdings selbst ein Titer unter 10 IU/l bei früher geimpften Personen aufgrund des immunologischen Gedächtnisses für einen Schutz auszureichen. Wenn der Impferfolg 4–8 Wochen nach Impfung gut war, spricht ein Titer von > 100 IU/l erreicht wurde, genügt eine erneute Titerkontrolle nach 10 Jahren (Robert Koch-Institut Epidemiologisches Bulletin, 18. November 2005 Nr. 46).

5. Eine HBV-Übertragung auch durch blutende Ekzeme ist ausgeschlossen, wenn alle anderen Kontaktpersonen auf eine vorherige Hepatitis-B-Impfung angesprochen haben. Trotzdem sollte aufgrund allgemeiner Hygienemaßnahmen (und auch potenziell anderer Infektionen) ein Verband angelegt werden. Sicher ist hier immer das Ausmaß des Blutens mit einzubeziehen.

Priv.-Doz. Dr. med. Patrick Gerner
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie
Universitätskinderklinik Essen
Hufelandstr. 55
45122 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.

Die europäische Pädiatrie ist stark

Niedergelassene Kinderärzte in Europa suchen den Schulterschluss

Streiflichter vom Jahreskongress der European Society of Ambulatory Paediatrics, 26.–27.10.2007 in Budapest



Dr. Gottfried
Huss
Dr. Elke
Jäger-Roman

Die ESAP bündelt ihre Kräfte

Seit 1989 tritt die European Society of Ambulatory Paediatrics (ESAP) für die Förderung der primären Kindergesundheit in Europa ein. ESAP wurde ursprünglich als wissenschaftliche Gesellschaft gegründet, die sich der Versorgungsforschung und der Fort- und Weiterbildung in der ambulanten Pädiatrie (paediatric primary care) verpflichtet hat. Gründungsmitglieder waren Pädiater aus 7 südwesteuropäischen romanisch-sprachigen Ländern mit individueller Mitgliedschaft. Die ESAP ist immer noch eine sehr kleine Gesellschaft, die unter den gegebenen Bedingungen nicht für sich in Anspruch nehmen kann, das Sprachrohr der 40.000 ambulant tätigen Pädiater in der EU zu sein.

Nach früheren Kongressen im westlichen Europa trafen sich die Mitglieder erstmalig in Budapest, in einem der neuen EU-Länder in Osteuropa. Dabei waren 11 EU-Länder durch Delegierte vertreten, die mit der ESAP für die Belange der ambulant tätigen Pädiater eintreten. Die deutschen Teilnehmer waren Dres. Elke Jäger-Roman, Wolfram Hartmann; und Gottfried Huss. Beim Strategietreffen, dem „presidents meeting“ wurde vereinbart, statt der bisher individuellen Mitgliedschaft, die Einschreibung von pädiatrischen Gesellschaften zu fördern. Damit entstünde erstmals eine vereinte europäische Interessenvertretung der „primary care Pädiater“, die der nationalen Lobbyarbeit in Zukunft größeres Gewicht zu geben vermag.

Systeme werden verglichen

Nicht in allen europäischen Ländern wird die ambulante Versorgung der Kinder (paediatric primary care) von dafür spezialisierten Kinder- und Jugendärzten getragen. Stark sind „niedergelassene“ Kinderärzte im ambulanten Bereich in der Mehrzahl der Länder im Süden und im Zentrum Europas. Lediglich in Skandinavien, England und Holland kümmern sich ausschliesslich andere Berufsgruppen wie Allgemeinärzte und „Nurses“ um die präventive und ambulante Kindermedizin. In knapp der Hälfte der europäischen Länder gibt es ein kombiniertes System mit Pädiatern und Allgemeinärzten. Die ESAP ringt seit ihrem Bestehen darum, einen Systemvergleich mit geeigneten Indikatoren anzustellen. Ein eindeutiges Bild ergibt sich bisher nicht, weil die vorliegenden globalen Indikatoren nicht geeignet sind, die Qualität der Versorgung der Kinder durch Pädiater darzustellen. Es wird in Zukunft darum gehen, wesentliche Elemente und Qualitätsstandards der Kindergesundheit und der medizinischen Versorgung der Kinder zu definieren und in einem zweiten Schritt zu analysieren, wel-

che Ausbildung welche Berufsgruppe am besten dazu befähigt, ein gutes Ergebnis bei der Versorgung der Kinder und Jugendlichen zu erreichen.

Probleme der ambulanten Pädiatrie europaweit ähnlich

Trotz aller nationalen Besonderheiten in der Organisation der jeweiligen Gesundheits-Systeme sahen alle Teilnehmer des Strategietreffens dieselben Probleme auf die ambulante Pädiatrie in ihrem jeweiligen Land zukommen:

- die Zahl der ambulant tätigen Pädiater geht kontinuierlich zurück
- das Durchschnittsalter der ambulanten Pädiater steigt
- die Feminisierung in der Pädiatrie nimmt zu (wobei für Frauen die Vereinbarkeit von Arbeit und Familie eine zunehmend größere Rolle spielt: die Pädiatrie hat die höchste Anzahl von in Teilzeit arbeitenden Ärztinnen aller Fachrichtungen)
- die Weiterbildungsstellen in den Kinderkliniken nehmen ab
- die Politik ist ambivalent bis ignorant gegenüber dem Bedarf von Kindern und Jugendlichen an qualifizierter Gesundheitsversorgung
- die Allgemeinmediziner, die Kinder in ihren Praxen versorgen, haben oft keine oder nur eine minimale Weiterbildung im Fach Pädiatrie.

Was bewirkt den Wandel der Pädiatrie im 21. Jahrhundert?

Eines der Highlights des Kongresses war der Vortrag von Alfred Tenore, Präsident des European Board of Paediatrics, dem es wie keinem anderen gelingt, die Heraus-



Foto: A. Tenore

forderungen der zukünftigen Pädiatrie zu beschreiben. Er stellt Fragen: Worauf müssen wir uns einstellen? Was verändert sich? Das Kind, die Praxis der Pädiatrie oder das Umfeld? Das Kind selbst ist dabei ein konstanter Faktor. Die sich ändernde Praxis der Pädiatrie muss sich einstellen auf:

- Neue Morbiditätsmuster und soziodemografische Veränderungen.
- Neuerungen in der Genetik, Molekularbiologie und Technologie.
- Überalterung, fehlender Nachwuchs, was europaweit zu einem bedrohlichen Schwund der Kinder- und Jugendärzte führen kann.
- Wandel der Modelle für Primary Child Care.
- Zunehmender Wohlstand und der massive Einsatz der Pädiater für Impfungen haben zu einem Rückgang der akuten Infektionskrankheiten in den letzten Jahrzehnten geführt. Niedergelassene Kinderärzte müssen sich deshalb immer mehr um chronisch kranke Kinder (20% aller Kinder) kümmern, die durch bessere und kontinuierliche Versorgung eine grössere Überlebenschance und Lebensqualität haben. Hier liegt der zukünftige Qualifizierungsbedarf für Kinderärzte.
- Der „Primary Care Paediatrician“ braucht ausserdem Fertigkeiten in Kommunikation und Gesundheits-schulung, Fähigkeiten im psychosozialen Feld und bei der Vernetzung mit sozialen Diensten.

Tenore zitiert Alpert, der 1993 sinngemäss gesagt hat: „Pädiatrie ist im Wesentlichen eine helfende und fürsorgliche Fachkunde. Für Arme, für Kinder und für die Gemeinde einzutreten, ist ein harter Job.“

Ziele der europäischen Pädiater (ESAP)

Die Ziele für die „ambulante Pädiatrie“, wurden von der Union of Medical Specialists (UEMS) Section of Paediatrics (früher CESP) zuletzt wie folgt beschrieben:

- Kinder sind die Zukunft der Gesellschaft. Kinder können nicht auf bessere Zeiten warten. Alle Kinder sollen eine kontinuierliche und umfassende „primary paediatric care“ von der Geburt bis in das junge Erwachsenenalter erhalten. Für diese Funktion werden gut ausgebil-

dete Fachleute gebraucht. Am besten kann diese Tätigkeit in Europa von Kinder- und Jugendärzten wahrgenommen werden.

- Die Aufgaben der Kinder- und Jugendärzte umfassen die medizinische Versorgung, die Gesundheitsschulung (health education) und die Unterstützung der Kinder und Jugendlichen in ihrer Familie und Kommune.
- Die Prävention soll nach wie vor einen zentralen Stellenwert in der Kinder-Gesundheitsversorgung einnehmen.
- In vielen Ländern gibt es politische Bestrebungen, die Kinderversorgung immer mehr Allgemeinärzten zu überlassen. Unsere Fachverbände müssen alles tun, um diesen Trend aufzuhalten. Denn auch die Zahl der Praktiker nimmt ab. Die flächendeckende Versorgung gerät in Gefahr.
- Kinder und Jugendliche haben das Recht auf eine angemessene und bedarfsgerechte medizinische Versorgung, die am besten und am kostengünstigsten von Kinder- und Jugendärzten durchgeführt wird.
- In den Ländern, in denen Kinder nicht nur von Pädiatern, sondern auch oder ausschließlich von Allgemeinmedizinern versorgt werden, sollten diese eine intensive Weiterbildung in Pädiatrie erhalten. Davon müssen die Politiker überzeugt werden.

Die Verständigung unter den Ländern ist nicht schwierig, weil gemeinsame Probleme vorliegen und einheitliche Forderungen formuliert werden können, die bei den kommenden Treffen im Jahre 2008 weiter behandelt werden.

In **Grado, Italien**, wird vom **24.-26. April 2008** das Jahrestreffen der Union of Medical Specialists (UEMS) – Section of Paediatrics – stattfinden.

<http://www.cesp-eap.org>

Ein besonderes Ereignis wird der **2. Kongress der European Academy of Paediatrics sein, der in Nizza vom 24.-28. Oktober 2008** stattfinden wird.

www.kenes.com/paediatrics .

Dr. Gottfried Huss, Rheinfelden
Dr. Elke Jäger-Roman, Berlin

Red.: ge



bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Wahlaufruf für den Landesverband Bayern

Termingerecht findet vom **25.02.2008** bis **17.03.2008** die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Delegierten, der Ersatzdelegierten, der Beisitzer sowie des Schatzmeisters statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum **17.03.2008** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

Ich bitte alle Mitglieder im **Landesverband Bayern**, sich an der Wahl zu beteiligen und von ihrem Stimmrecht Gebrauch zu machen.

Dr. med. Heinz Reiniger, Ottobrunn
Landesverbandsvorsitzender

Hurra – wir bekommen 20% mehr!

„Ab 2009 steigen die Honorare der Ärzte um mindestens 10%“. „Ärzte bekommen ab 2009 deutlich mehr Geld“. „Mehr Geld für den Doktor“.
(FAZ, Handelsblatt und Welt),
„Man sieht Punkte – aber kein Geld.“
(Ärzte Zeitung 24.10.2007).

Um es klar zu sagen, für 2008 gibt es einen neuen EBM, aber keinen Cent mehr Geld.

Der Anstieg der Gesamtvergütung 2008 um 0,64%, entsprechend dem Grundlohnanstieg, verhindert wahrscheinlich gerade, dass die Vertragsärzte insgesamt nicht mit Umsatz- und Ertragsverlusten rechnen müssen. Aber auch das ist nicht sicher.

Der EBM 2008 wird eine deutliche Steigerung der angeforderten Punktmenge um eben jene 10 bis 20% bewirken, gleichzeitig fällt, bei gedeckeltem Gesamtvergütungsvolumen, der Punktwert wahrscheinlich von derzeitig durchschnittlich 3,7% auf etwa 2,0 Cent.

Ein Nullsummenspiel also.

Auch wenn es nicht mehr Geld gibt, **der neue EBM bewirkt bereits ab 1. Januar 2008 eine deutliche Umverteilung der Punkte innerhalb der Arztgruppen.**

Je mehr spezifisch pädiatrische Leistungen in den sogenannten Basiskomplex versenkt wurden, umso geringer wird die Chance, die zu erwirtschaftende Gesamtpunktmenge zu erhöhen. Was zählt ist die Versorgungspauschale pro Patient und Quartal, gegebenenfalls zuzüglich des Morbiditätszuschlags bei „schwerwiegenden chronischen Erkrankungen“. Der einmal im Quartal auftauchende Schnupfenpatient und der sogenannte Multiuser, für beide bekommt der Arzt das gleiche Punktvolumen.

Die Liste der „besonders förderungswürdigen Einzelleistungen“ beschränkt sich bei Kinder- und Jugendärzten bekanntlich auf die pädiatriefernen Leistungen, wie Belastung- und Langzeit-EKG, Langzeitblutdruckmessung und ähnlichen Unsinn. Das „hausärztliche geriatrische Basisassessment“ kommt allein den Allgemeinärzten zugute.

Lediglich bei den extrabudgetären Leistungen, wie beispielsweise Impfungen oder Vorsorgen, könnte die Mengenerhöhung finanziell ins Gewicht fallen. Das tut sie bei Kinder- und Jugendärzten dann auch. Und dies war für die KBV ein Argument, die Pädiater bei den „besonders förderungswürdigen Einzelleistungen“ an die kurze Leine zu nehmen. Sonst hätte die pädiatrische Versorgungspauschale gekürzt werden müssen, wird argumentiert und man wolle unbedingt Gleichheit zwischen Hausärzten und Kinder- und Jugendärzten herstellen. Die deutlich anderen Qualifikationen der Kinder- und Jugendärzte werden von der KBV weiterhin nicht zur Kenntnis genommen.

Wie geht es weiter ab 1.1.2009?

Für 2009 wird erstmalig ein **Orientierungspunktwert in Euro** für die ärztlichen Leistungen festgelegt. Der Orientierungspunkt-

wert ergibt sich rechnerisch aus der Division aller kassenseitigen Gesamtvergütungen des Jahres 2008 zuzüglich der Grundlohnrate für 2009 geteilt durch die Leistungsmenge (Punktzahlvolumen) des Jahres 2008. Das Punktzahlvolumen 2008 wird nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und, man staune, unter Anwendung der honorarwirksamen Begrenzungsregelungen aus dem Jahre 2008 errechnet. Der Orientierungspunktwert muss zukünftig bis zum 31. August des Vorjahres, für 2009 also bis zum 31.8.2008 festgelegt werden. Da es einen einheitlichen Punktwert für Haus- und Fachärzte geben wird, würde eine übermäßige Erhöhung des Punktzahlvolumens, ob im hausärztlichen oder fachärztlichen Bereich, darüber wird noch gestritten, eine Absenkung des Orientierungspunktwertes bewirken. Über seine Höhe kann daher nur spekuliert werden.

Von zentraler finanzieller Bedeutung für die Kassen ist auch die **morbiditätsbedingte Gesamtvergütung** aus dem neuen **Gesundheitsfonds**. Für diesen sogenannten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) wird die bestehende Morbidität (Krankheitshäufigkeit) der Versicherten jeder einzelnen Krankenkasse bestimmt und so berechnet, viel Geld die Kasse aus dem Gesundheitsfonds erhält. Im Gegensatz zum bisherigen Verfahren, so ist zu hoffen, werden die Krankenkassen mit der Risikoselektion aufhören und sich wieder für ihre kranken Mitglieder interessieren. Zur Berechnung sind die Abrechnungsdaten der Jahre 2006 und 2007 maßgebend.

Mit einem höheren Honorar können die Vertragsärzte aber nur dann rechnen, wenn der Leistungsbedarf auf der Ebene jeder einzelnen Krankenkasse durch die Veränderung der Zahl und die Morbiditätsstruktur der Versicherten ansteigt. Wie die Morbidität gemessen werden soll, ist nicht abschließend geklärt, da das hierfür notwendige **morbiditätsorientierte Klassifikationssystem** noch nicht feststeht. Immerhin beschäftigt sich im Bundesversicherungsamt bereits ein neu gegründeter wissenschaftlicher Rat mit dem Problem. Ob Morbiditätsveränderungen überhaupt eine finanzielle Relevanz für das ärztliche Honorar haben, ist ebenfalls noch völlig unklar.

Orientierungspunktwert und regional unterschiedliche Morbi-RSA-Ausschüttungen werden das ärztliche Honorar mitbestimmen. Was beim einzelnen Arzt ankommt, da das individuelle Regelleistungsvolumen (Punktzahlvolumen) pro Praxis unverändert bleibt, steht somit in den Sternen.

Nur die grobe Richtung des innerdeutschen Geldstroms steht schon heute fest:

Er fließt von Südwesten nach Nordosten.

Dr. Wolfgang Gemp

Literatur:

z.B. <http://www.morbi-rsa.de/>

Ausführliche Beiträge von Prof. Dr. Jürgen Wasem und Dr. Dirk Göppfarth zum Thema finden Sie in **Pädiinform Ordner Kinder- und Jugendarzt**.

Stichworte zur Gesundheitsreform

Stichwort: Gesundheitsfonds

Das GKV-WSG sieht die Einrichtung eines Gesundheitsfonds zum 1.1.2009 vor, der vom Bundesversicherungsamt verwaltet wird. Die Krankenkassen sind nur noch Einzugsstellen für die Krankenkassenbeiträge, sie haben die Beiträge ihrer Mitglieder kalendertäglich an den Fonds weiterzuleiten. Die bisher unterschiedlichen Beitragssätze der Krankenkassen werden durch einen **einheitlichen Beitragssatz** ersetzt, der durch das Bundesgesundheitsministerium am 1.11.2008 festgelegt wird. Die Festsetzung (bzw. spätere Anpassung) des allgemeinen Beitragssatzes erfolgt nach Auswertung der Ergebnisse eines neuen beim **Bundesversicherungsamt (BVA)** zu bildenden Schätzerkreises, dem neben dem BVA Fachleute des BMG und des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen angehören werden. Der Beitragssatz ist im Startjahr so zu bemessen, dass die daraus resultierenden Beitragseinnahmen zusammen mit dem Bundeszuschuss für die versicherungsfremden Leistungen und den sonstigen Einnahmen der GKV 100% der zu erwartenden Gesamtausgaben der GKV abdecken. Der Gesundheitsfonds hat darüber hinaus eine Liquiditätsreserve aufzubauen, mit der unvorhergesehene Einnahmeausfälle ausgeglichen werden. Es gibt also zukünftig keine Zahler- oder Empfängerstellen mehr. Alle Kassen erhalten dann risikoadjustierte Zahlungen aus dem Fonds. Dieses Modell nennt man **externen Risikostrukturausgleich**. Bisher gab es in Deutschland den internen Risikostrukturausgleich, indem die Versicherten Beiträge an ihre jeweilige Krankenkasse zahlen. Die Krankenkassen waren verpflichtet einen Solidarzuschlag in denen RSA zu leisten, aus dem sie wiederum risikoadjustierte Transferzahlungen zurück erhielten.

Gesundheitsfonds gibt es unter anderem in Belgien, Israel, den Niederlanden und der Schweiz.

Stichwort: Zusatzbeitrag und Risikostrukturausgleich

Berechnungen gehen davon aus, dass die Finanzausstattung des Gesundheitsfonds ausreichen wird, um **in der Summe** die zu erwartenden Leistungsausgaben einschließlich der Satzungsleistungen und der standardisierten Verwaltungsausgaben zu finanzieren. Für **Satzungsleistungen und Verwaltungsausgaben** erhalten die Krankenkassen eine standardisierte Zuweisung. Da der Verwaltungsaufwand der Krankenkassen deutlich mit dem Beitragsbedarf korreliert, das heißt Krankenkassen mit einem morbidern Versicherungsklientel haben mehr Verwaltungsaufgaben zu leisten als solche, die deutlich gesündere Personen versichern, wurde vorgeschlagen, den Bedarf für die Verwaltungskosten zu 30% nach dem Versichertenzahlen und zu 70% nach dem Bedarf (hierin auch die Verwaltungskosten für die DMP-Programme) zuzuweisen. Es müsste also rein rechnerisch im Durchschnitt über alle Krankenkassen keine Zusatzbeiträge erhoben werden. Der **allgemeine Beitragssatz** soll erst angehoben werden, wenn die Finanzierungsquote des Fonds über einen Zeitraum von zwei Jahren nur noch für 95% der gesamten GKV-Ausgaben ausreicht.

Einzelne Kassen werden aber aufgrund ihrer ungünstigen Ausgabestrukturen nicht umhinkommen, einen Zusatzbeitrag von ihren Mitgliedern zu erheben. Dieser darf 1% des einkommenspflichtigen Beitrags nicht übersteigen. Eine Erhöhung bis 8 Euro pro Mitglied und Monat kann ohne Einkommensprüfung erfolgen.

Ungelöste Probleme: Zusatzbeiträge sind nur von Mitgliedern zu entrichten. Krankenkassen mit hoher Mitversichertenquote (Kinder!) haben einen Wettbewerbsnachteil, ebenso Krankenkassen mit schlecht verdienenden Mitgliedern (Risikofamilien). Hier müsste dringend noch ein weiterer Risikoausgleich geschaffen werden, um Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden.

Stichwort: morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich

Um die Unterschiede in den Einnahmen der Krankenkassen sowie auch der unterschiedlichen Gesundheitsausgaben auszugleichen, bedarf es eines Risikostrukturausgleich. Im ab 1.1.2009 geltenden **morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich** werden zu den bisherigen Indikatoren Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsrente noch Zuschläge für die ambulante Arzneimittelverordnung und stationäre Diagnosen addiert, um die **standardisierten Leistungsausgaben** für eine Person zu berechnen. Die Morbiditätszuschläge werden zudem prospektiv eingesetzt. Sie ergeben sich aus den Folgekosten der jeweiligen Krankheitsgruppe im Folgejahr, stellen somit nicht die Kosten dar, die im Jahr der Erkrankung angefallen sind, sondern die durchschnittlichen Kosten, die mit einem bestimmten Morbiditätsmerkmal im Folgejahr entstanden sind. Zum Beispiel würde im zeitgleichen Modell ein stationär operierter Leistenbruch in eine höhere Morbiditätsklasse fallen als ein ambulant operierter.

Des weiteren soll das ausgewählte und angepasste **Klassifikationsmodell zur Morbiditätsorientierung** auf 50 bis 80 Krankheiten beschränkt werden, „die für das Versorgungsgeschehen von besonderer Bedeutung sind“. Der im Bundesversicherungsamt berufene Expertenrat hat sich konstituiert und soll bis zum 1.7.2008 ein Klassifikationsmodell samt der dazugehörigen Berechnungsgrundlage fertigstellen.

Stichwort: Orientierungspunktwert in Euro

Nach dem GKV-WSG ist ein einheitlicher Orientierungspunktwert für Haus- und Fachärzte vorgeschrieben. Basis dieses Punktwertes sind die Gesamtvergütung der Krankenkassen und die voraussichtliche Leistungsmenge in Punkten auf der Basis des neuen EBM im Jahre 2008. Dieser Orientierungspunktwert ist dann bis zum 15. November 2008 in den regionalen KVEn „unter Berücksichtigung von Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur“ anzupassen. Aus den dann regional vereinbarten Punktwerten und der Leistungsbewertung im EBM wird dann für jede einzelne Leistung die ab 1. Januar 2009 geltende regionale Euro-Gebührenordnung entwickelt.

50 Stunden Arbeit, viel Bürokratie: Hausärzte sind genervt

Hausärzte in Deutschland arbeiten, verglichen mit ihren Kollegen in sechs anderen Industrieländern, am längsten, haben die meiste Bürokratie am Hals – und wünschen sich am dringendsten eine andere Gesundheitspolitik.

Das ergab eine telefonische Befragung von 1006 deutschen Allgemeinärzten, Pädiatern und hausärztlich tätigen Internisten, die kürzlich das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) veröffentlicht hat. Die Niedergelassenen wurden per Zufallsstichprobe aus den „Gelben Seiten“ ausgewählt. Nach vergleichbarer Methodik sind auch jeweils zwischen 500 bis 1050 Primärärzte in Australien, Kanada, Neuseeland, Großbritannien, den USA und den Niederlanden interviewt worden.

Dabei traten frappierende Unterschiede zu Tage: So arbeiten die befragten Ärzte in Deutschland mit durchschnittlich 50,6 Wochenstunden am längsten. Ihre Kollegen in Großbritannien (45,1) und Australien (39,9 Stunden) gehen deutlich zeitiger nach Hause.

Gravierend sind auch die Unterschiede bei der Belastung durch Bürokratie: Deutsche Ärzte sind durchschnittlich 6,8 Stunden pro Woche damit beschäftigt, Anfragen von Krankenkassen und Ämtern zu beantworten. Zum Vergleich: in Australien verbringen Ärzte nur 1,5 Stunden am Schreibtisch.

Die Belastung deutscher Ärzte ist nur ein Element zur Erklärung der hohen Unzufriedenheit, die sich in den Antworten spiegelt: So ist nur jeder vierte Befragte „sehr“ oder „etwas zufrieden“ mit der Freiheit, medizinische Entscheidungen für seine Patienten treffen zu können.

Die große Unzufriedenheit führt Ärzte jedoch nicht dazu, über einen Statuswechsel nachzudenken. Die meisten wollen Freiberufler bleiben, ergab die Studie „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2007“ der Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse im Auftrag der Stiftung Gesundheit.

Nur rund ein Fünftel der niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte in Deutschland können sich danach vorstellen, als Angestellte beispielsweise in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) zu arbeiten. Rund 80 Prozent wollen selbstständig bleiben.

Ärzte, die über eine Festanstellung nachdenken, nennen dafür überwiegend wirtschaftliche Gründe: Sie wollen weniger finanzielle Risiken tragen (15,8 Prozent). Nur 7,1 Prozent der Teilnehmer sehen in der Festanstellung die Chance, sich intensiver um Patienten zu kümmern.

Im Rahmen der Studie befragte die Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse rund 30.000 repräsentativ ausgewählte Ärzte, Zahnärzte und Psychologische Psychotherapeuten. Insgesamt haben an der Studie 1.902 Ärzte teilgenommen, dies entspricht einer Antwortquote von sechs Prozent.

Dpa/ReH



● Aus dem Honorarausschuss

Unvorhergesehene Inanspruchnahme, Notfälle und organisierter Notdienst und Hausbesuchsleistungen im EBM 2008



Dr. med.
Roland Ulmer

Der Bereich, der den meisten Umbruch im neuen EBM 2008 erfahren hat, ist der Notdienst. Hier haben sich, auch aufgrund von aktuellen Gerichtsurteilen, teilweise Umstrukturierungen ergeben.

Unvorhergesehene Inanspruchnahme

Prinzipiell muss unterschieden werden zwischen Notdienstleistungen, die außerhalb des organisierten Notdienstes erfolgen, die daher „unvorhergesehen“ sind und Leistungen im organisierten Notdienst. Im ersteren Fall stehen je nach Uhrzeit die Ziffern 01100 und 01101 „Unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten“ zur Verfügung. Zusätzlich wird, falls es sich um den ersten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal handelt, die 04130, Versichertenpau-

schale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme, abgerechnet. Sollte der Patient aber im weiteren Verlauf des Quartals auch noch in der normalen Sprechstunde behandelt werden, wird die 04110 ff fällig und die o.g. Ziffer muss wieder gestrichen werden.

Bei einer Einbestellung der Patienten im Rahmen einer Sprechstunde sind diese Ziffern nicht ansetzbar.

Führt ein Vertragsarzt am Samstag Sprechstunden durch, dann kann die 01102 in Ansatz gebracht werden. Für eine Sprechstunde am Sonntag steht keine spezielle Abrechnungsziffer zur Verfügung.

Nachdem die neue Ziffer 01435 für einen telefonischen Kontakt nur alleine angesetzt werden kann und zudem nicht neben der Versichertenpauschale abgerechnet werden darf, kann bei einer unvorhergesehen Inan-

I 1 Allgemeine Gebührenordnungspositionen

01 100	unvorherges. Inanspruchnahme I (Abend) 19-22 h / Sa, So feiertags, 24.12., 31.12. 7-19 h	555
01 101	unvorherges. Inanspruchnahme II (Nacht) 22-7 h / Sa, So feiertags, 24.12., 31.12. 19-7 h	885
01 102	Inanspruchnahme Sa 7-14 h	285
01 210	Notfallgrundpauschale im organisierten Not(-fall)dienst	405
01 211	Zusatzpauschale zu 01210 für die Besuchsbereitschaft im Notfall bzw. im organisierten Notdienst	255
01 214	Notfallkonsultationspauschale I im organisierten Not(-fall)dienst	100
01 215	Zusatzpauschale zu 01214 für die Besuchsbereitschaft im Notfall bzw. im organisierten Notdienst	50
01 216	Notfallkonsultationspauschale II im organisierten Not(-fall)dienst zwischen 19 und 22 Uhr / Sa, So und feiertags, am 24.12. und 31.12. zwischen 7 und 19 Uhr	330
01 217	Zusatzpauschale zu 01216 für die Besuchsbereitschaft im Notfall bzw. im organisierten Notdienst	205
01 218	Notfallkonsultationspauschale III im organisierten Not(-fall)dienst zwischen 22 und 7 Uhr / Sa, So und feiertags, am 24.12. und 31.12. zwischen 19 und 7 Uhr	405
01 219	Zusatzpauschale zu 01218 für die Besuchsbereitschaft im Notfall bzw. im organisierten Notdienst	255
1.4 Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verwaltungskomplex, telefonische Beratung, Verweilen		
01 410	Besuch eines Kranken, wegen der Erkrankung ausgeführt	440
01 411	dringender Besuch I 19-22 h / Sa, So, feiertags, 24.12., 31.12. 7-19 h / Besuch im Notdienst	1325
01 412	dringender Besuch II 22-7 h / Sa, So, feiertags, 24.12. 31.12. 19-7 h / bei Unterbrechung der Sprechstunde mit Verlassen der Praxisräume / dringende Visite auf Belegstation	1770
01 413	Besuch eines weiteren Kranken (Familienbesuch)	215
01 414	Visite auf der Belegstation, je Patient	245
01 415	Dringender Besuch in beschützenden Wohnheimen	1545
01 416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport zur unmittelbar notwendigen stationären Behandlung, je vollendete 10 Minuten	255
01 430	Verwaltungskomplex; Wdh.Rp / U-Schein / Befundübermittlung ohne unmittelb. Patientenkontakt	35
01 435	Telefonische Beratung des Patienten im Zusammenhang mit einer Erkrankung	60
01 436	Konsultationspauschale bei Überweisung zur Auftragsleistung	50
	Persönl. AP-Kontakt	50

Übersicht Abrechnungsziffern (Tischvorlage Dr. Lassen/Dr. Fressle)

spruchnahme zu den in den Gebührenordnungspositionen angegebenen Zeiten nur noch die Ziffer 01100 oder 01101 bzw. am Samstag im Rahmen einer Sprechstunde die 01102 angesetzt werden, falls der Kontakt nur telefonisch erfolgt.

Organisierter Notdienst

Im organisierten Notdienst, der von der jeweiligen KV anerkannt sein muss, kommen jetzt beim ersten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt die Ziffer 01210, Notfallpauschale im organisierten Not(-fall)dienst zum Ansatz und bei weiteren Arzt-Patienten-Kontakten die entsprechend der Uhrzeit gestaffelten Notfallkonsultationspauschalen, nämlich die 01214 Notfallkonsultationspauschale I, die 01216 Notfallkonsultationspauschale II und die 01218 Notfallkonsultationspauschale III zum Ansatz.

Die Ziffern 01214, 01216 und 01218 sind auch für die gar nicht so seltenen ausschließlich telefonischen Arzt-Patienten-Kontakte im organisierten Notdienst abzurechnen.

Stellt die jeweilige KV für die entsprechende Notdienstgruppe fest, dass im Rahmen des Notdienstes auch Hausbesuche durchgeführt werden könnten, dann können zusätzlich zu der Notfallpauschale bzw. den Notfallkonsultationspauschalen die entsprechenden Zusatzpauschalen 01211 (Zusatzpauschale zu 01210), 01215 (Zusatzpauschale zu 01214), 01217 (Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01216) und 01219 (Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01218) angesetzt werden. Dies wird von der jeweiligen regionalen KV gesondert bekannt gegeben werden.

Nachdem die Ganzkörperuntersuchung in die Versicherungspauschale der Kinder- und Jugendärzte aufgenommen wurde und daher im EBM 2008 nicht mehr als abrechenbare Einzelleistung erscheint, kann sie auch im Notdienst nicht mehr für Kinder angesetzt werden, die jünger als sechs Jahre sind, obwohl hier sogar ein Gericht bestätigt hat, dass in dieser Altersgruppe im Notfalldienst im Gegensatz zum Erwachsenen eine vollständige Unter-

Abrechnungsbeispiele unvorhergesehene Inanspruchnahme:

- telefonische Beratung abends 20 h ohne persönlichen AP-Kontakt **GOP 01100 (555 P)**
- Dringender Besuch Sa 21 h **GOP 01411 (1325 P)**
+ Wegepauschale nachts
- + VP bei unvorhergesehener Inanspruchnahme **GOP 04130 (480 P)**
(mit persönlichem AP-Kontakt / bis zu 2x im Behandlungsfall!
nicht neben VP 04110-12 und 04120-22)

Abrechnungsbeispiele organisierter Notdienst

- Notdienst: nur telefonische Beratung (20:00)
– GOP: 01216, 01217 **330+205= 535 P**
- Notdienst (Sitzdienst) 1. Inanspruchnahme (11:00)
– GOP: 01210, 01211 **405+255= 660 P**
- Notdienst (Sitzdienst) weitere Inanspruchnahmen (15:00)
– GOP: 01214, 01215 **100+50= 150 P**
- (fahrender) Notdienst-Besuch (11:00)
– GOP: 01210, 01411 **405+1325= 1730 P**

suchung notwendig sein kann. Hier sehen wir dringenden Anpassungsbedarf, eventuell durch je nach Alter unterschiedlich bewertete Notfallpauschalen.

Für den Bereich der Hausbesuche ist keine für uns wesentliche Änderung eingetreten. Der normale Hausbesuch wird weiterhin mit der 01410 abgerechnet. Je nach Uhrzeit fällt die 01411 oder die 01412, dringender Besuch an. Die Ziffern 01411 ist auch die alleinige Abrechnungsziffer für Hausbesuche im organisierten Not(-fall)dienst.

Neu ist ein dringender Besuch in beschützenden Wohnheimen, Gebührenordnungsposition 01415, auszuführen am Tag der Bestellung.

Dr. Roland Ulmer
Marktplatz 33
91207 Lauf

Red.: ge

G-BA-Antrag der DAKJ im Pädinform

In der Novemberausgabe berichteten wir über den G-BA-Antrag der DAKJ zur Qualitätssicherung in der stationären Kinder- und Jugendmedizin.

Der Antrag ist nun sowohl im Pädinform, Ordner „Kinder- und Jugendarzt“ als auch unter www.dakj.de nachzulesen.

ReH

Wichtiger Hinweis

Der *Kinder- und Jugendarzt* hat aus technischen Gründen eine Vorlaufzeit von fast vier Wochen zwischen Redaktionsschluss und Auslieferung an seine Abonnenten. Deshalb können wir nicht so aktuell sein, wie es die derzeitige hochbrisante berufspolitische Lage erfordert. Dies gilt auch für die jeweiligen Updates des Honorarausschusses zum neuen EBM 2008.

Wir appellieren daher an unsere Leserinnen und Leser, informieren Sie sich über die fortlaufende Diskussion nicht nur zum EBM 2008 sondern auch zur allgemeinen berufspolitischen Lage in unserem Intranet PädInform.

ge


bvKJ.

 Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Wahlergebnis 2007

der Wahlen im Landesverband Bremen des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. für die Legislaturperiode 2007–2011

**Landesverbandsvorsitzender
und Delegierter:**
Dr. med. Stefan Trapp, Bremen
1. Stellv. Landesverbandsvorsitzender:
Dr. med. Wolfgang Marg, Bremen
2. Stellv. Landesverbandsvorsitzende:
Dr. med. Dörte Würfel, Bremerhaven
Schatzmeisterin:
Christiane von Gaertner, Bremen

bvKJ.

 Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Wahlergebnis 2007

der Wahlen im Landesverband Saarland des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. für die Legislaturperiode 2007–2011

**Landesverbandsvorsitzender
und 1. Delegierter:**
Dr. Wolfgang Wahlen, Homburg
1. Stellv. Landesverbandsvorsitzender:
Karl Stiller, Homburg
2. Stellv. Landesverbandsvorsitzender:
Dr. Bernhard Mischo, Neunkirchen
Schatzmeister:
Dr. Joachim Richter, Kirkel

bvKJ.

 Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Wahlergebnis 2007

der Wahlen im Landesverband Hamburg des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. für die Legislaturperiode 2007–2011

**Landesverbandsvorsitzender
und 1. Delegierter:**
Dr. med. Hans-Ulrich Neumann, Hamburg
**1. Stellv. Landesverbandsvorsitzender
und 2. Delegierter:**
Dr. med. Stefan Renz, Hamburg
2. Stellv. Landesverbandsvorsitzender:
Dr. med. Bernd Hinrichs, Hamburg

Recht

„Korbmodell“ – Kollektive Ausstiegsszenarien versus rechtliche Realität

Allgemeines Unbehagen mit den vertragsärztlichen Vergütungsstrukturen, Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen, insbesondere der betriebswirtschaftlichen Situation und nicht zuletzt veränderte Rahmenbedingungen halten die Diskussionen in der Ärzteschaft um Möglichkeiten kollektiver Ausstiege aus dem System wach. Es wird die Hoffnung genährt, auf diesem Weg dem „Joch“ des Kassenarztsystems zu entkommen und adäquate Vergütungsstrukturen mit den gesetzlichen Krankenkassen/-verbänden individuell auszuhandeln. Unabhängig davon, ob einzelne Fachgruppen tatsächlich in der Lage sind, adäquate Vertragspartner für Krankenkassen zu sein, hat das Bundessozialgericht [BSG] durch mehrere Urteile vom 27. November 2007 diesen „Ausstiegsszenarien“ klare rechtliche Grenzen gewiesen. Der Düsseldorfer Fachanwalt für Medizinrecht, Dirk Niggehoff, kommentiert diese Entscheidungen für unsere Zeitschrift.



Dirk Niggehoff

Die Gesetzeslage

Bereits mit Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) zum 1. Januar 1993 hat der Gesetzgeber die Regelung des § 95 b SGB V eingeführt. § 95 b Absätze 1 und 3 SGB V lauten:

(1) Mit den Pflichten eines Vertragsarztes ist es nicht vereinbar, in einem mit anderen Ärzten aufeinander abgestimmten Verfahren oder Verhalten auf die Zulassung als Vertragsarzt zu verzichten.

(3) Nimmt ein Versicherter einen Arzt oder Zahnarzt in Anspruch, der auf seine Zulassung nach Absatz 1 verzichtet hat, zahlt die Krankenkasse die Vergütung mit befreiender Wirkung an den Arzt oder Zahnarzt. Der Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse ist auf das 1,0fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte beschränkt.

Ein Vergütungsanspruch des Arztes oder Zahnarztes gegen den Versicherten besteht nicht. Abweichende Vereinbarungen sind nichtig.

Im Vorfeld dieses Gesetzes waren kollektive Ausstiegsmodelle bereits diskutiert worden. Es entstand das Bild des Korbes, in den Ärzte in einem abgestimmten Verfahren ihre Zulassungen sammelten und diesen Korb der Kassenärztlichen Vereinigung zur Verfügung stellten. Als Gegenreaktion stellte der Gesetzgeber klar, dass ein solches kollektives Vorgehen für den verzichtenden Vertragsarzt eine Pflichtverletzung darstelle. Darüber hinaus ist im Gesetzestext des SGB V festgehalten, dass der Arzt, der kollektiv auf seine Zulassung verzichtet, gegenüber dem Kassenpatienten, dem er notwendigerweise nur noch als Privatarzt gegenüber treten kann, nur eine auf das 1,0-fache des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) beschränkte Honorarforderung geltend machen kann.

Ausstieg der niedersächsischen Kieferorthopäden im Jahre 2004

In der ärztlichen wie zahnärztlichen Standespresse hat das Vorgehen der Fachgruppe der Kieferorthopäden im Bereich der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen im Jahre 2004 große Aufmerksamkeit erfahren. Kieferorthopäden verzichteten zum 30. Juni 2004 in großer Anzahl einheitlich auf ihre Zulassung respektive Ermächtigung. Daraufhin stellte die zuständige Aufsichtsbehörde (Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit) fest, dass mehr als 50% aller Niedergelassenen in einem abgestimmten Verfahren auf ihre Zulassung verzichtet hätten. Dementsprechend sah das Ministerium die kieferorthopädische Versorgung als nicht mehr sichergestellt an. Rechtsfolge eines solchen Feststellungsbescheides ist, dass der Sicherstellungsauftrag der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen kraft Gesetzes auf die Krankenkassen übergeht.

Die im „Korbmodell“ zusammengefassten Kieferorthopäden stellten jedoch nicht die Behandlung der gesetzlich krankenversicherten Patienten ein, sondern liquidierten die erbrachten Leistungen diesen gegenüber nach Maßgabe der privaten Gebührenordnung (GOZ) beschränkt auf den 1,0-fachen Satz.

Urteile des BSG vom 27. Juni 2007

Das Bundessozialgericht hat der konzertierten Aktion eine klare Absage erteilt. Im Einzelnen:

Keine Behandlungsberechtigung

Es ist Ärzten, die im Rahmen eines kollektiven Zulassungsverzichtes aus der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung ausscheiden, grundsätzlich untersagt, Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen zu behandeln und hierfür einen Vergütungsanspruch gegenüber den Krankenkassen geltend zu machen. Diese Ärztinnen und Ärzte

dürfen darüber hinaus auch nicht im Rahmen der so genannten Kostenerstattung (§ 13 Abs. 2 SGB V) in Anspruch genommen werden.

Die Behandlungsberechtigung könne, so das Bundessozialgericht, aus der Regelung zur Anwendbarkeit der auf den 1,0-fachen Satz begrenzten Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte gerade nicht abgeleitet werden. Zwar sei dieser Vorschrift zum Schutz der Versicherten (=Patienten) zu entnehmen, dass in solchen Fällen ein Direktanspruch des Arztes gegenüber der Krankenkasse bestehe. Die gesetzliche Regelung zum so genannten „Korbmodell“ lege jedoch nicht fest, unter welchen Voraussetzungen Ärzte, die kollektiv abgesprochen auf ihre Zulassung verzichtet haben, auch weiterhin Versicherte der Krankenkassen behandeln dürfen.

Ausnahme: „Systemversagen“

Ein Recht zur Behandlung sieht das Bundessozialgericht nur dann, wenn die Krankenkassen, die ja nunmehr im Besitze des Sicherstellungsauftrages sind, die Versorgung mit unaufschiebbaren ärztlichen Leistungen anderweitig nicht rechtzeitig sicherstellen können. Voraussetzung ist somit für den Vergütungsanspruch der „Kollektivverzichtler“ ein Systemversagen. Es müsste daher für einen gesamten Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung festgestellt sein, dass eine adäquate Versorgung (jedenfalls im Leistungsspektrum einer Fachgruppe) nicht möglich ist, da nicht mehr ausreichend (zugelassene) Leistungserbringer zur Verfügung stehen. Auch müsste ausgeschlossen sein, den Mangel durch Inanspruchnahme anderer ambulanter Leistungserbringer auszugleichen. Im Bereich der eingangs angesprochenen Kassenzahnärztlichen Vereinigung Niedersachsen war im Jahre 2004/2005 zu beobachten, dass die gesetzlichen Krankenkassen sich ausgesprochen engagierten, auch durch die Bereitstellung entsprechender finanzieller Mittel ausländische Leistungserbringer zur Aufnahme einer

Tätigkeit im Bereich des Landes Niedersachsen zu bewegen und damit die Versorgung sicherzustellen.

Unter anderem vor diesem Hintergrund, dass im Bereich der KZV Niedersachsen die Versorgung weiterhin sichergestellt war, ist auch der vom Bundessozialgericht als einzig zulässig angesehene Ausnahmefall des Systemversagens nicht festzustellen.

Im Ergebnis hat das Bundessozialgericht den von aus dem System ausgestiegenen Ärzten/Zahnärzten geltend gemachten Vergütungsanspruch versagt. Die Klagen auf Zahlung der Vergütung gegen die entsprechenden Krankenkassen waren somit höchstrichterlich erfolglos.

Ausblick

Die hier beschriebenen Ausstiege waren zum Teil logistisch ausgesprochen gut vorbereitet – so gab es beispielsweise Absprachen mit finanzierenden Banken, um die Liquidität der Praxen der Aussteiger auch für eine Übergangsphase sicherzustellen (Abschlagszahlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen bleiben nach einem Ausstieg notwendigerweise aus!).

Im Ergebnis ist nach den höchstrichterlichen Entscheidungen jedoch festzustellen: „Alles vergebliche Liebesmühe“.

Sanktion durch Rückkehrverbot

Es ist somit unwahrscheinlich, dass auch kleine, äußerst homogene Fachgruppen innerhalb der Vertragsärzteschaft in der Lage sind, ein solches „Systemversagen“ künstlich zu produzieren und anschließend einen auf den 1,0-fachen GOÄ-Satz beschränkten Vergütungsanspruch gegenüber den Krankenkassen erfolgreich geltend machen können.

Nach einer dpa-Meldung vom 30. November 2007 sind von den Aussteigern zwischenzeitlich 14 wieder in das System zurückgekehrt.

17 weitere „Kollektivverzichtler“ können derzeit nicht in das System zurückkehren. Es gilt insoweit bei der Diskussion um Sinn und Zweck auch die Regelung des § 95b Abs. 2 SGB V zu beachten. Diese lautet auszugsweise:

„Verzichten Vertragsärzte in einem aufeinander abgestimmten Verfahren auf ihre Zulassung, kann eine erneute Zulassung frühestens nach Ablauf von 6 Jahren erteilt werden.“

Drohung durch zukünftige Vertragspartner

Vor dem geschilderten Hintergrund ist das vermeintliche Drohpotential mit Kollektivverzichtserklärungen gegenüber Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen und/oder Krankenkassen durch die Rechtsprechung deutlich relativiert worden.

Es ist Ziel des Gesetzgebers, die ambulante Versorgung zukünftig verstärkt durch Verträge zwischen Krankenkassen und Ärzten sicherzustellen. Ob Krankenkassen Ärzte als Vertragspartner akzeptieren, die im Vorfeld den Ausstieg propagiert haben, ist zu bezweifeln. Wer bereits ausgestiegen ist und derzeit nicht wieder in das System zurückkehren kann, ist jedenfalls kraft Gesetzes als Vertragspartner ausgeschlossen.

Der Autor arbeitet als Justitiar für den BVKJ.

Red: ReH

Umfrage: Schlechte Noten für KV-Funktionäre

Die niedergelassenen Ärzte in Deutschland befürworten die Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen. Das ergab die Studie „Ausgewählte Aspekte des deutschen Gesundheitssystems im Urteil der Vertragsärzteschaft“ der Brendan-Schmittmann-Stiftung des NAV-Virchow-Bundes.

Die Stiftung befragte rund 6.000 Vertragsärzte schriftlich. Rund ein Viertel der befragten Ärzte halten die KVen für unverzichtbar, etwa die Hälfte stimmt dieser Einschätzung mit Einschränkungen zu und ein weiteres Viertel hält sie für verzichtbar. Laut NAV sehen die Ärzte die Funktionäre der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) allerdings kritisch. „Nur eine Minderheit der befragten Vertragsärzte hält sie für fähig“, erklärte der Ärzteverband. Die Mehrheit der befragten Vertragsärzte sieht in der fehlenden Geschlossenheit das größte Handicap für die Ärzteschaft.

Vor rund einem Jahr hatte die KBV ihr so genanntes Vertragsärztliches Referendum veröffentlicht. Die große Mehrheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten hält die KVen danach für eine zukunftssichere Interessenvertretung: 73 Prozent der befragten Ärzte sprachen sich für das bisherige KV-System aus, wenn auch mit notwendigen Verbesserungen.

Red: ReH

Gesundheitsfonds: Vor Risiken und Nebenwirkungen wird gewarnt

Die Begeisterung über den Gesundheitsfonds hält sich bei Versicherern und KV-Vertretern in engen Grenzen. So warnte unlängst Barmer-Chef Johannes Vöcking in der „Berliner Morgenpost“ vor einer Beitragsexplosion durch den Gesundheitsfonds. Die rund 70 Millionen Versicherten gesetzlicher Krankenkassen müssen mit einem Fondsbeitrag von 15,5 Prozent rechnen, so Vöcking, wer bei einem schwächeren Mitbewerber der Barmer versichert ist, müsse sich auf einen Zusatzbeitrag von 15 bis 20 Euro einstellen. Und für Beitragssenkungen sei trotz großer Überschüsse kein Spielraum. Zu groß seien die finanziellen Unsicherheiten 2008.

Kassen malen schwarz

Ähnlich pessimistisch sieht man das auch bei vielen anderen Krankenkassen. Neun von zehn Kassen glauben nicht, dass Gesundheitsfonds und Einheitsbeitrag die Finanzierung des Systems auf Dauer sichern. Dies geht aus der Studie „Quo Vadis GKV?“ der Wirtschaftsprüfungs- und Beratungsgesellschaft PricewaterhouseCoopers AG (PwC) hervor. Für die Studie befragte PwC in Zusammenarbeit mit der Leibniz Universität Hannover 77 Vorstände gesetzlicher Krankenkassen, die gemeinsam mehr als 25 Millionen Versicherte betreuen. Direkte Verträge mit einzelnen Ärzten und Kliniken lehnt die große Mehrheit der befragten Kassen dennoch ab. Knapp jede fünfte Krankenkasse will künftig mehr Einzelverträge abschließen, fast zwei Drittel (63,6 Prozent) der Befragten halten an Kollektivverträgen fest, um steigende Transaktionskosten zu vermeiden.

KV Bayern fürchtet Millionen-Verlust durch Gesundheitsfonds

Aus Sicht der KV Bayern steht durch den Gesundheitsfonds und auch die Honorarreform der

Ärzte die ambulante medizinische, zahnmedizinische und psychotherapeutische Versorgung in Bayern vor einer Zerreißprobe. „In der sowieso bereits angespannten wirtschaftlichen Situation vieler Praxen würden dadurch Tausende von Ärzten und Psychotherapeuten an den Rand des Ruins geraten. Die medizinische und psy-

chotherapeutische Versorgung der bayerischen Bevölkerung würde sich deutlich verschlechtern“, warnte der KV-Vorstandsvorsitzende Axel Munte auf der Jahrespressekonferenz der KV im Dezember und verlangte, dass die bayerische Staatsregierung für finanziellen Ausgleich sorgt.

Red: ReH



Wilhelm Busch
1832-1908

Rückblick auf eine Erfolgsstory

Wenn man in seinem 100. Todesjahr an den genialen Zeichner und Menschenkenner erinnern will, ohne zu viele Eulen nach Athen zu tragen, dann wäre die Münchner Zeit und sein Durchbruch 1865 zu nennen, die wenig bekannt sind.

Der junge Busch: Selbstbildnis als Schüler



Enttäuscht bricht er zwei Versuche, Maler zu werden an den Akademien in Düsseldorf (1851) und Antwerpen (1852/53) ab und sieht sich bereits als gescheiterten Kunstmaler. Nach seiner Heimkehr geht er wechselnden brotlosen Beschäftigungen nach: Er sammelt Volkssagen und -märchen, studiert

das Leben der Bienen, engagiert sich bei einem Liebhabertheater und zeichnet alles, was ihm vor die Augen kommt.

1854 schreibt ihm ein Studienkollege aus gemeinsamer Zeit in Antwerpen verlockende Briefe aus München und Busch beschließt, dorthin nachzukommen. Der mit Recht verärgerte Vater lässt sich von der Mutter und dem verständnisvollen Onkel überreden, den Sohn ein letztes Mal zu unterstützen; die Mutter ergänzt die magere Summe noch aus ihren eigenen Ersparnissen.

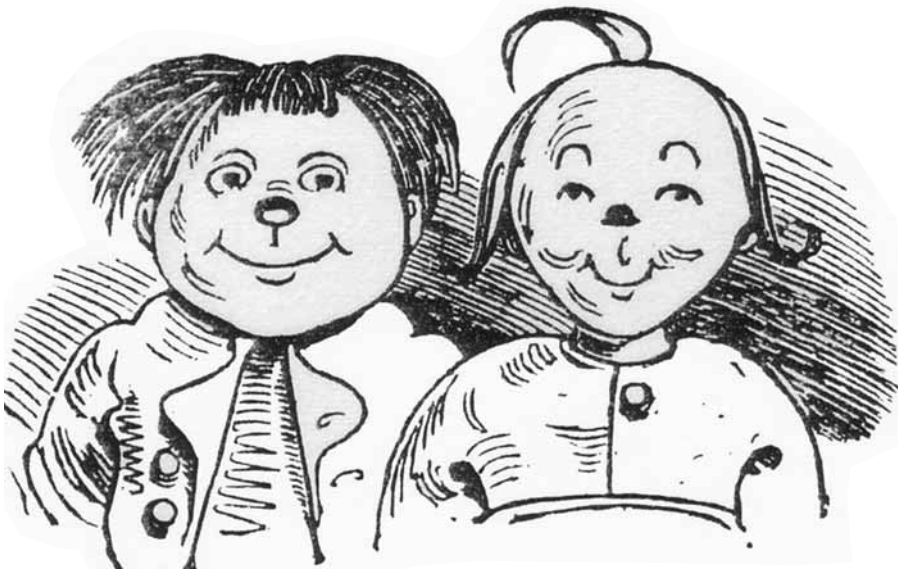
Aber auch dort kann er der akademischen Malerei unter Wilhelm von Kaulbach nichts abgewinnen und vermerkt später, er habe in München das Malen sogar verlernt, und das nicht eben geschickt gesteuerte Antwerpener Schiffelein habe gar bald auf dem Trockenen gesessen. Er schließt sich dem Künstlerverein Jung-München an und verbringt manche Nacht diskutierend, trinkend, rauchend und karikierend mit seinen Freunden.

1858 stirbt seine jüngste Schwester Anna. Das rüttelt ihn auf; er wid-

met sich jetzt intensiv anatomischen und Aktstudien, die ihm später bei seinen Karikaturen zugutekommen werden.

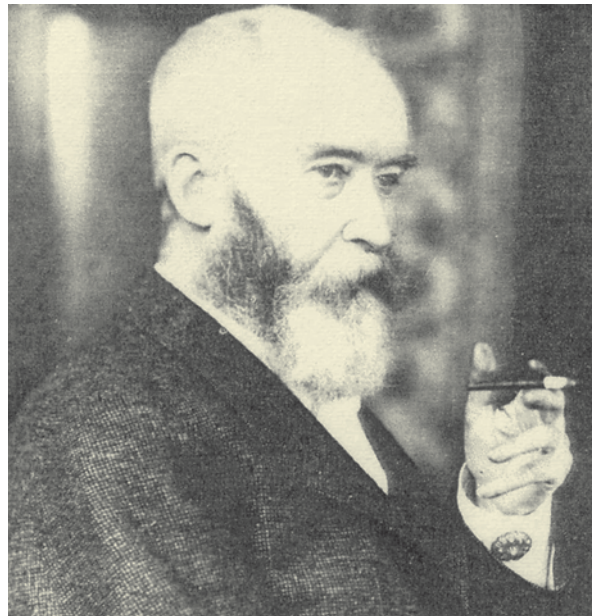
Eine Wende in seinem Leben bringt das Zusammentreffen mit Caspar Braun, dem Herausgeber der *FLIEGENDEN BLÄTTER* und der *MÜNCHNER BILDERBOGEN*. Der erkennt Buschs außergewöhnliches Talent und bietet ihm eine regelmäßige Mitarbeit an. Busch greift dankbar zu, inzwischen fast mittellos und von Selbstzweifeln geplagt. Anfangs illustriert er überwiegend fremde Texte; die eigenen, wie auch seine Zeichnungen, wirken etwas steif und haben noch nicht die Treffsicherheit und Virtuosität späterer Bildergeschichten. Es sind häufig „Produkte drängenden Ernährungstriebes“. Noch knapp bei Kasse, aber mit gestärktem Selbstbewusstsein den Eltern gegenüber, kann er nun auf eigenen Füßen stehen.

Sein Durchbruch beginnt eigentlich mit einem Misserfolg: 1864 beendet er vier illustrierte Kurzgeschichten (*Bilderposen*): *DER EISPETER*, *KATZE* UND *MAUS*,



KRISCHAN MIT DER PIPE und HÄNSEL UND GRETEL. Er möchte ein Mal dem ihn pünktlich aber knapp honorierenden Caspar Braun entkommen und bietet sie dem Dresdner Verleger Heinrich Richter an, Sohn des bekannten Malers und Zeichners Ludwig Richter. Der bleibt

darauf sitzen, und der gutmütige Busch bietet ihm dafür als Ersatz und unentgeltlich (!) den inzwischen fertiggestellten MAX UND MORITZ. Der wohl etwas fantasielose Heinrich Richter, der eine weitere verlegerische Pleite scheut, schaut kaum hin und lehnt dankend ab.



Der alte Busch,
Foto 1907

Busch kehrt reuemutig zu Caspar Braun zurück, der instinktiv erfasst, welchen 'Goldschatz' er da in den Händen hält und zahlt ihm eine einmalige Abfindung von 1000 Gulden. Gegen Buschs Vorschlag bringt er die Geschichte nicht in Fortsetzungen sondern als Buch heraus: Auf Antrieb ein Riesenerfolg und sein Name wird bekannt.

Er hat sozusagen sein Gesellenstück abgeliefert, Auftakt zu den Bildergeschichten, in denen er immer treffendere und knappere Karikaturen mit ironischen Versen verbindet.

Die Urteile zweier genialer Karikaturisten, Mitarbeiter u.a. an der Satire-Zeitschrift „Simplicissimus“ seien noch zitiert:

Thomas Theodor Heine (1867–1948):

Busch ist der eigentliche Erfinder der zeichnerischen Kurzschrift. Ich weiß keinen Vorgänger, dem es gelungen wäre oder der auch nur versucht hätte, in so knappen Strichen das Leben einzufangen, durch einen einfachen Federzug so unerhört gesteigerte Bewegung, so unvergessliche Typen.... auf einem kleinen Blatt Papier hervorzuzaubern. Das ist höchste Vollendung des Handwerks, daß kein Tropfen Schweiß an dem fertigen Werk zu kleben scheint und

Olaf Gulbransson (1873–1958):

...Ich wär auch zu bescheiden über so einen Riesenvormat von ein Kerl – über Wilhelm Busch was zu schreiben. Ich kann ihm bloß anbeten.

[G. war Norweger; Rechtschreibung wie im Original]

Gibt es ein größeres Lob?

Dr. med. Olaf Ganssen
Am Grünwald 38
42549 Velbert

Red.: ge

Buchtip

Gesundheit, Entwicklung und Erziehung in der frühen Kindheit

Wissenschaft und Praxis der Kinderbetreuung in der DDR

Von Gerda Niebsch, Christa Grosch, Ursula Boßdorf, Gisela Graehn-Baumann



Peter Lang GmbH
Internationaler Verlag
der Wissenschaften
Frankfurt am Main 2007
ISBN 978-3-631-56187-4

Betrachtet man den Inhalt des Buches unter den in der Bundesrepublik Deutschland aktuell geltenden Bedingungen zum Einfluss des Staates auf die Form der

Kinderbetreuung, beurteilt man zunächst die Gültigkeit der inhaltlichen Aussagen im Buch skeptisch.

Das Bundesverfassungsgericht formuliert die Aufgaben des Staates in einem Beschluss vom 10.11.1998 so: „Das Wächteramt des Staates (Art. 6 Abs. 2 Satz 2 GG) berechtigt den Staat nicht, die Eltern zu einer bestimmten Art und Weise der Erziehung ihrer Kinder zu drängen. Neben der Pflicht, die von den Eltern im Dienst des Kindeswohles getroffene Entscheidung anzuerkennen und daran keine benachteiligenden Rechtsfolgen zu knüpfen, ergibt sich aus der Schutzpflicht nach Art. 6 Abs. 1 GG auch die Aufgabe des Staates, die Kinderbetreuung in der jeweils von den Eltern gewählten Form in ihren tatsächlichen Voraussetzungen zu ermöglichen und zu fördern“. Dies steht im Gegensatz zu den Bedingungen, unter welchen die Autoren über Jahrzehnte gearbeitet haben und deren Grundlage im Gesetz über das einheitliche sozialistische Bildungssystem der DDR vom 25.2.1965 oder in einer Anweisung von 1973 zur „Gewährleistung der sozialistischen Erziehung, Betreuung und des Gesundheitsschutzes der Kinder in Kinderkrippen“ festgelegt waren.

Diese Skepsis verstärkt sich noch in der Bewertung von getroffenen Feststellungen wie z.B.:

„Kindesmissbrauch, Misshandlungen und Verwahrlosungen waren in der DDR eine Ausnahmeerscheinung... Eine entsprechende Statistik wurde nicht veröffentlicht.“

„Durch die in den nachfolgenden Jahren (gemeint ist nach der Wende. A.d.R.) erfolgte Schließung vieler Mütterberatungen ..., was bedeutet, dass Früherfassung und Frühförderung bedürftiger Kinder dem Zufall überlassen wird“.

Es fehlt eine eindeutige Aussage, dass die sehr anzuerkennende Arbeit der Autorinnen der bestmöglichen Gestaltung einer Fremdbetreuung von Kindern, vordergründig einer staatlich gewünschten Berufstätigkeit von Müttern diene. Eine Aussage über Vor- bzw. Nachteile gegenüber einer Familienbetreuung konnte wegen fehlender Vergleichsdaten nicht gegeben werden, hätte aber das Interesse an diesem Buch entscheidend verbessert.

Aufgrund der aktuellen Entwicklung in Deutschland bei der Kinderbetreuung, infolge der deutlichen Zunahme der Single- und Einkindfamilien sowie der gezielten Berufswünsche von Müttern, aber auch der zunehmenden Kinderarmut, ist das Thema einer wissenschaftlich begleiteten Fremdbetreuung von Kindern aktueller denn je.

Hier liegt die Bedeutung des Buches.

Bei über 89%iger Berufstätigkeit der Frauen in der damaligen DDR, welche zum überwiegenden Teil eine Fremdbetreuung der Kinder bedingte, bestand auch ein sehr großes Klientel für die entsprechenden Untersuchungen mit Verwertung der Ergebnisse zur Verfügung.

Die Arbeiten erheben nicht den Anspruch auf Kriterien einer Grundlagenforschung, sondern wurden als „Angewandte Forschung“ bezeichnet.

Unter Einbeziehung der Fachgebiete Medizin (Pädiatrie, Hygiene, Jugendmedizin), Psychologie, Pädagogik und Soziologie wurde in Schwerpunkten wie Adaptation, Krankheitsgeschehen, Ernährung, Hygiene u.a. gearbeitet und die Ergebnisse z.B. für die Gestaltung des Tagesablaufes, der baulichen Konzeption und der Weiter- und Fortbildung des Betreuungspersonals umgesetzt.

Diese Ergebnisse geben jedem, der sich mit der jetzt auch staatlich geforderten und finanziell geförderten quantitativen und qualitativen Verbesserung von Tagesbetreuungseinrichtungen (Tagesbetreuungsausbaugesetz v.1.1.2005) beschäftigt, sehr wertvolle Hinweise und können diese Arbeit wirkungsvoll unterstützen, da bisher weder allgemein verbindliche Betreuungsinhalte noch Ausbildungsinhalte für die Betreuungspersonen gegeben sind.

H.-J. Nentwich, Zwickau

Zielgruppe Ärzteschaft.

Ärzte als inoffizielle Mitarbeiter des Ministeriums für Staatssicherheit

Broschiert: 304 Seiten
Verlag: V&R Unipress; 1. Auflage, ISBN-10: 3899714237

Warum ist dieses Buch wichtig?

Es wirkt der allgemeinen Tendenz entgegen, die post-nationalsozialistische Zeit in einem versöhnlichen Licht erscheinen zu lassen, die DDR bestenfalls als eine Light-Diktatur mit kurzer Bestandsdauer abzuhaken. Das Interesse an historischen Wahrnehmungen dieser Zeit nimmt spürbar ab, auch sprachlich verlässt man zunehmend eine klare Diktion. Verbliebene Netzwerke des Staatssicherheitsdienstes treten zunehmend aggressiv im In- und Ausland auf, um die eigene Tätigkeit und das vertretene System zu rechtfertigen. Während „die Nazis Leichenberge produzierten, seien es bei der Stasi nur Aktenberge“ gewesen, so der

perfiden Satz eines Kollegen unserer Zeit. Der Blick auf die Massengräber des Stalinismus und in die Stasi-Gefängnisse lehrt etwas anderes und verbietet es, die Verbrechen der zweiten Diktatur durch semantische Attitüden zu verschleiern.



Es war also hohe Zeit, die Stasi-Akten auch aus dem ärztebereich professionell aufzuarbeiten und die Ergebnisse dieser Recherchen vorzustellen. Dies ist der Leipziger Historikerin Francesca Weil hervorragend gelungen. Sie weist in der Arbeit mit einer bestechend klaren Gliederung, einem detaillierten Quellenstudium und persönlichen Interviews nach, mit welchen Lebensläufen, Beweggründen und Folgen sich Ärzte in eine Spitzeltätigkeit für das MfS einbinden ließen. Es sind die seit langem bekannten Methoden totalitärer Systeme, ihre politische Macht auch unter Benutzung gefügig gemachter Mitmenschen abzuschern.

Alle Täter haben die mögliche oder reale Schädigung ihrer Opfer billigend ins Kalkül gezogen und hatten in der Regel keine Kenntnis von den Folgen ihrer Tätigkeit. Die Vermeidung von Klarnamen ist zu begrüßen und dient der Versachlichung dieses emotional beladenen Themas.

Von besonderer Aussagefähigkeit sind die zu einigen Fragen eingefügten tabellarischen Übersichten, wie Motive für die

Zusammenarbeit, Konsequenzen für ehemalige IM, IM-Ärzte in der 10. DDR-Volkskammer, u.a. Wie flexibel autoritäre Sicherheitsapparate sind, zeigt die Autorin mit dem Hinweis auf die Selbstauflösung des „Zentralen Runden Tisches“ 1990 mit der Umwidmung des MfS in das „Amt für Nationale Sicherheit“ und die damit verbundene Möglichkeit einer weitgehenden Vernichtung der eigenen Akten.

Die historische Dimension des Buches wird spätestens bei den Rückgriffen auf die Anfänge der MfS-Berichte durch IM mit nationalsozialistischer Vergangenheit deutlich. Hier bestand ein berechtigtes Interesse, die mögliche Verquickung prominenter DDR-Ärzte in NS-Verbrechen aufzuklären, so etwa die Mittäterschaft im Rahmen des sog. „Euthanasie-Programms“. (Da es sich hier speziell um einen befähigten und beliebten Oberarzt der Leipziger Kinderklinik unter Peiper handelte, wurde im Sinne einer Schadens-Minimierung entschieden, allerdings seine Versetzung und ein Lehrverbot des habilitierten Pädiaters verfügt.)

Das Buch fügt sich hervorragend in bereits bestehende Publikationen ein und bereichert durch eine Fülle neuer Details und die Prägnanz der Darstellung. Es sollte zur Pflichtlektüre politisch interessierter Ärzte gehören.

Dr. Peter Langer
Kinder- und Jugendarzt
Egon-Erwin-Kisch-Str. 39
13059 Berlin

Red.: ge

Rotavirus-Infektion – Prophylaxe und Therapie

Prof. Dr. Volker Schuster (Hrsg.)

Uni-Med-Verlag AG, Bremen,
2007, 80 Seiten, € 3,00, ISBN
978-3-89599-341-1

Die Entdeckung der Rotaviren liegt jetzt 34 Jahre zurück. Trotz aller in der Zwischenzeit gefun-

dener weiterer Erreger von Durchfallserkrankungen bei Säuglingen und Kleinkindern spielen Rotaviren sowohl von der Anzahl wie der Erkrankungsschwere eher nach wie vor die wesentliche Rolle.

Professor Schuster hat in seinem Buch die Krankheitsepidemiologie, aber auch die molekulare Epidemiologie des Virus kurz und knapp zusammengestellt, so dass die oben genannten Sachverhalte sich einerseits klar abbilden, andererseits auch molekular verstanden werden können. Er bespricht auch die seltenen Manifestationsformen der Infektion und die Infektion von Risikopatienten (z.B. mit Immundefekten).

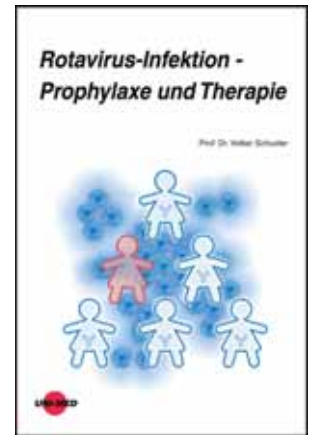
Hoch aktuell sind die Ausführungen zu den beiden gerade auf den Markt gekommenen Impfstoffen. Hier kann sich der Leser ein sehr detailliertes Bild verschaffen.

Aber auch wer dazu keine Zeit hat, wird durch prägnante Zusammenfassungen der jeweiligen Kapitel und Subkapitel rasch informiert.

Dieses Buch ist sicherlich empfehlenswert für alle Kinderärzte und diejenigen, die sich im öffentlichen Gesundheitswesen um die Epidemiologie dieser häufigsten gastrointestinalen Erkrankung von Säuglingen kümmern. Ob der Wunsch des Verlages in Erfüllung geht, dass verantwortliche Gesundheitsökonomien und Vertreter der Krankenkassen dieses Buch zur Hand nehmen, ist zweifelhaft. Sicher ist, dass auch sie auf einfache Weise hier wichtige Informationen fänden.

Prof. Dr. Johannes Forster,
Freiburg

Red.: Rie



Service-Nummer der Assekuranz AG für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

Den bewährten Partner des BVKJ in allen Versicherungsfragen, die Assekuranz AG, können Sie ab sofort unter der folgenden Servicenummer erreichen: **(02 21) 6 89 09 21.**

Fortbildungstermine des BVKJ

Februar 2008

23.–24. Februar 2008

6. Pädiatrie zum Anfassen (alla Kart)

des Landesverbandes Westfalen-Lippe, Dortmund

Auskunft: PD Dr. Hermann Kalhoff / Dr. S. Milde, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Beurhausstr. 40, 44137 Dortmund, Tel. 0231/953-21679 ①

März 2008

7.–9. März 2008

14. Kongress für Jugendmedizin

des bvjk e.V., Weimar

Chronisch krank, wo geht's lang?

Adoleszente im Labyrinth der medizinisch-psychosozialen Versorgung

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

28.–30. März 2008

Pädiatrie zum Anfassen

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

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

April 2008

12. April 2008

Pädiatref 2008

des bvjk e.V., Landesverband Nordrhein, Köln

Auskunft: Dr. Thomas Fischbach, 42719 Solingen, Fax 0212/315364

Dr. Antonio Pizzulli, 50679 Köln, Fax 0221/818089

Dr. Herbert Schade, Mechernich, Fax 02443/171403 ⑤

25.–27. April 2008

5. Assistentenkongress

des bvjk e.V., Potsdam

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

Mai / Juni 2008

31.5.–1.6. 2008

Pädiatrie zum Anfassen

des bvjk 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 bvjk 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 bvjk 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 (bvjk.kongress@uminf.de) ①

21.–22. Juni 2008

PRAXISfieber live

3. Kongress für Medizinische Fachgesellschaften in der Kinder- und Jugendarztpraxis des bvjk 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 (bvjk.kongress@uminf.de) ①

Juli 2008

12.–13. Juli 2008

Pädiatrie zum Anfassen

des bvjk 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

22.–24. August 2008 (voraussichtlich)

Pädiatrie zum Anfassen

des bvjk 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

28.–30. August 2008

Jahrestagung des LV Sachsen

des bvjk 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

20. September 2008

Jahrestagung des LV Brandenburg

des bvjk 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 bvjk 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 bvjk e.V., Bad Orb

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

November 2008

14.–15. November 2008

Pädiatrie zum Anfassen

des bvjk e.V. in Berlin

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

22.–23. November 2008

6. Pädiatrie zum Anfassen

des bvjk e.V., LV Bayern, Bamberg

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

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

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



NEU
bereits ab November 2007!

Kongress Kalender Medizin 2008/2009

Topaktuelle Termine aus erster Hand!

Optimale, detaillierte Planungshilfe für ein ganzes Kongressjahr mit Vorschau auf 2009 als **Buch inklusive CD-ROM und Internet-Zugang**. **Umfassende Angaben über ca. 4000**, in der täglich aktualisierten Online-Version bis zu **7000 Kongressen und Fortbildungstagungen**.

Maßgeschneiderte Planung nach Ihren Wünschen – Der Kongress Kalender Medizin ist in fünf Ausführungen erhältlich.

Nationale und internationale Veranstaltungen aus allen medizinischen Fachbereichen: Titel, Termin und Ort, wissenschaftliche Leitung, Organisation, Auskunftsstelle, Kongress-Sprache, Ausstellungsmöglichkeiten. Verzeichnisse: chronologisch, nach Fachgebieten, nach Tagungsorten. Die Internet-Version bietet weitere Suchmöglichkeiten, z. B. nach Themen und Ländern.

Einfach die gewünschte Version des Kongresskalenders ankreuzen und gleich per Fax bestellen: 07433 952-259



Ja, ich will von den Vorteilen des neuen Kongress Kalenders Medizin 2008 profitieren und bestelle:

- VOLL-VERSION**
(Buch, CD und Internetzugang für 2008)
Titelnummer. 103207, € 45,80
- MAXI-VERSION**
(Buch, CD, Internetzugang und E-Mail-Agent 2008 bis 2012;
gültig bis 31.12.2008) Titelnummer 100208, € 76,80
- BASIS-VERSION**
(Buch mit Daten 2008) Titelnummer 102007, € 25,80
- ONLINE-VERSION**
(Internetzugang und E-Mail-Agent 2008 bis 2012;
gültig bis 31.12.2008) Titelnummer 105208, € 45,80
- eBook für PDA**
Daten für 2008; Titelnummer 106207, € 25,80

Praxisstempel:	WA 161 911
----------------	------------

Datum Unterschrift

Spitta Service:

Um die Neuauflage des Kongress Kalenders Medizin brauche ich mich nicht zu kümmern. Ich nehme automatisch am Abbonnentenservice teil und bleibe immer auf dem aktuellen Stand. Wenn ich keine weiteren Lieferungen mehr wünsche, teile ich dies telefonisch oder schriftlich bis 30.09.2007 mit.



Spitta Verlag GmbH & Co. KG
Ammonitenstraße 1
72336 Balingen
Telefon 07433 952-0
Telefax 07433 952-111
kundencenter@spitta.de
www.spitta.de

Geburtstage im Februar 2008

65. Geburtstag

Frau Dr. med. Barbara *Peter*, Forchheim, am 01.02.
 Frau Heidrun *Hauschild*, Cottbus, am 02.02.
 Herrn Dr. med. Dirk *Onken*, Lüneburg, am 02.02.
 Frau MR Dr. med. Brunhilde *Hebenstreit*, Bad Klosterlausnitz, am 06.02.
 Frau Dr. med. Angelika *Feindt*, Göttingen, am 07.02.
 Frau Dr. Brigitte *Heydenreich*, München, am 07.02.
 Frau Dr. med. Zsuzsanna *Hacki*, Pentling, am 08.02.
 Herrn Dr. med. Hartmut *Schairer*, Mallersdorf-Pfaffenberg, am 09.02.
 Frau Dr. med. Brigitte *Würfel*, Wolgast, am 10.02.
 Frau Dr. med. Gisela *Wefer-Bierhaus*, Bremen, am 11.02.
 Herrn Prof. Dr. med. Klaus-Eugen *Bonzel*, Essen, am 12.02.
 Herrn Prof. Dr. med. Wolf D. *Görke*, Jetze, am 12.02.
 Herrn Dr. med. Karl-Heinz *Laakmann*, Krefeld, am 12.02.
 Frau Dr. med. Ildiko *von der Ohe*, Schmalkalden, am 12.02.
 Herrn Prof. Dr. med. Martin *Klett*, Heidelberg, am 13.02.
 Herrn Dr. med. Fakhri *Khalik*, Frankfurt/Main, am 14.02.
 Frau Dr. med. Ingrid *Köhnlein*, Schorndorf, am 16.02.
 Frau Dr. med. Barbara *Leitsmann*, Zwickau, am 16.02.
 Frau Barbara *Scharnke*, Neuenhagen, am 16.02.
 Frau Dr. med. Karin *Aust*, Leipzig, am 18.02.
 Herrn Dr. med. Frieder *Brendlein*, Heidelberg, am 18.02.
 Herrn Dr. med. Ekkehart *Pandel*, Bückeburg, am 20.02.
 Frau Dr. med. Renate *Schüssler*, Berlin, am 22.02.
 Herrn Dr. med. Walter *Heusel*, Goslar, am 25.02.
 Herrn Dr. med. Dietrich *Hussel*, Lübeck, am 25.02.
 Frau Dr. med. Gudrun *Hennig*, Nürnberg, am 26.02.
 Frau Gisela *Axthelm*, Sangerhausen, am 27.02.
 Frau Dr. med. Hiltrud *Berwanger*, Diez, am 27.02.

Frau Dr. med. Dorothee *Dening*, Hannover, am 27.02.
 Frau Bärbel *Grabolle*, Weimar, am 27.02.

70. Geburtstag

Herrn Dr. med. Peter *Pott*, Leverkusen, am 02.02.
 Frau Dr. med. Eva *Strack*, Elsdorf, am 02.02.
 Frau Dr. med. Barbara *Röschke*, Berlin, am 03.02.
 Frau SR Irmgard *Matthes*, Berlin, am 04.02.
 Frau Dr. med. Roswitha *Jahn*, Berlin, am 11.02.
 Frau Dr. med. Gisela *Grön*, Berlin, am 19.02.
 Frau Dr. med. Gertraud *Hahn*, Kulmbach, am 20.02.
 Frau Dr. med. Roswitha *Mensing*, Köln, am 20.02.
 Frau Dr. med. Paula *Linzenmeier*, Edingen-Neckarhausen, am 21.02.
 Frau Dr. med. Ulrike *Seidel*, Chemnitz, am 26.02.
 Herrn Dr. med. Reinhart *Nollert*, Bremerhaven, am 27.02.

75. Geburtstag

Herrn Dr. med. Helmut *Volkers*, Bremen, am 05.02.
 Herrn MR Dr. med. Peter *Hein*, Potsdam, am 09.02.
 Herrn Dr. med. Adolf *Spieske*, Bad Berleburg, am 18.02.

80. Geburtstag

Frau SR Dr. med. Inge *Meinhard*, Magdeburg, am 13.02.
 Frau Dr. med. Elfriede *Trautsch*, Augsburg, am 14.02.
 Frau Dr. med. Helene I. *Metzger*, Erkrath, am 28.02.

81. Geburtstag

Herrn Dr. med. Oskar *Felkel*, München, am 12.02.
 Frau Dr. med. Barbara *Siefert*, Hamm, am 14.02.
 Frau Dr. med. Elisabeth-Charlotte *Garmann*, Sonthofen, am 20.02.

82. Geburtstag

Frau Dr. med. (B) Marieta *Constandache*, Aachen, am 02.02.
 Herrn Dr. med. Norbert *Bäumer*, Dortmund, am 16.02.
 Frau Dr. med. Erika *Schröder-Habeth*, München, am 18.02.
 Frau Dr. med. Annemarie *Röpke*, Wolfenbüttel, am 25.02.

83. Geburtstag

Herrn Dr. med. Anton *Mössmer*, Landshut, am 03.02.
 Frau Dr. med. Viola *Privat*, Bielefeld, am 20.02.

84. Geburtstag

Herrn Dr. med. Hans-Joachim *Andree*, Celle, am 19.02.

85. Geburtstag

Frau Dr. med. Elisabeth *Mock*, Bielefeld, am 02.02.
 Herrn Dr. med. Willi *Orth*, Leverkusen, am 05.02.
 Herrn Dr. med. Ralph *von Patay*, Kiel, am 05.02.
 Herrn Dr. med. Helmut *Kuntze*, Ostfildern, am 07.02.
 Frau Dr. med. Paula *Gruber*, Tegernsee, am 09.02.
 Herrn Dr. med. Horst *Bergmann*, Duisburg, am 12.02.
 Frau Rosmarie *Honcamp*, Bonn, am 24.02.

86. Geburtstag

Frau Dr. med. Ruth Hanna *Tron*, Ettlingen, am 06.02.
 Frau Dr. med. Barbara *Borkowsky-Fehr*, Weiden, am 07.02.
 Herrn Dr. med. Hans Joachim *Ganzel*, Berlin, am 19.02.
 Herrn Dr. med. Horst-Dietrich *Möhring*, Wiesbaden, am 27.02.

87. Geburtstag

Frau Dr. med. Anna-Elisabeth *Hage*, Würzburg, am 18.02.
 Herrn Dr. med. Helmut *Hosenfeld*, Petersberg, am 18.02.
 Herrn Dr. med. Alexander *Preis*, Hanau, am 19.02.

88. Geburtstag

Frau Med.Dir.Dr. med. Ingeborg *Otto*, Hagen, am 02.02.
 Herrn Dr. med. Karl Justus *Weihe*, Kamp-Lintfort, am 04.02.
 Frau Dr. med. Ruth *Theil*, Stuttgart, am 17.02.
 Frau Dr. med. Maria *Braunn*, Nürnberg, am 18.02.
 Frau Dr. med. Gudrun *Stark*, Ebern, am 21.02.

91. Geburtstag

Herrn Dr. med. Hermann *Klößner*, Mainz, am 15.02.
 Frau Dr. med. Marianne *Faaß*, Hamburg, am 24.02.

Frau Dr. med. Marianne *Bulling*, Bremen,
am 25.02.

92. Geburtstag

Frau Dr. med. Margarete *Barlach*,
Hamburg, am 03.02.

93. Geburtstag

Frau Dr. med. Eva *Braun*, Worms,
am 08.02.

Als neue Mitglieder begrüßen wir

Landesverband Baden-Württemberg

Herrn Clemens *Bürger*

Landesverband Bayern

Frau Dr. med. Verena *Printz*

Frau Petra *Schmid-Seibold*

Herrn Dr. med. Burkhard *Trusen*

99. Geburtstag

Frau Dr. med. Charlotte *Hagena*,
Mannheim, am 02.02.

100. Geburtstag

Frau Dr. med. Anneliese *Lammers*,
Waakirchen, am 10.02.

Landesverband Berlin

Frau Emine *Griebert*

Landesverband Brandenburg

Herrn Dr. med. Thomas *Schnellbacher*

Landesverband Hessen

Herrn Prof. Dr. med. Klaus-Peter *Zimmer*

Landesverband Niedersachsen

Frau Dr. med. Wiebke *Jastorff-Riegel*

Wir trauern um:

Frau Dr. med. Gudrun *Fischer*,
Saalfeld

Frau Dr. med. Irene *Grieben*,
Bad Oeynhausen

Landesverband Nordrhein

Frau Dr. med. Nina *Gatter*

Landesverband Rheinland-Pfalz

Herrn Daniel Felix *Ohlig*

Frau Annette *Knevels*

Landesverband Westfalen-Lippe

Frau PD Dr. Mathilde *Kersting*

Frau Dr. med. Melanie *Wirkus-Herrmann*

Inhaltsangabe Heft 01/08

Pflegepraxis

Veränderte Pflegesituation auf der
neonatologischen Station

Kind und Gesellschaft

„Groß & Klein“ – Ein integratives Projekt
mit Kindern und Senioren

Berufspolitik

Jetzt oder nie – von der Notwendigkeit
der Solidarisierung in der Pflege

Krankenhaushygiene

Leitlinie 6:
Aufbereitung von Beruhigungsaußern

Ambulante Nachsorge

Sozialmedizinische Nachsorge

Kind und Gesellschaft

Auf Alkoholismus achten

Kind und Gesellschaft

Kinderrechte in die Verfassung
aufnehmen



Ferner: Verbandsmitteilungen, Aktuelles, Aus Wissenschaft und Forschung, Leserbrief, Hinweise, Prävention, Berufs- und Rechtsfragen, Hochschulnachrichten, Neues aus dem Net, Ernährung, Reflexionen zum Pflegealltag, 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 Februar-Heft 2008 sind u.a. vorgesehen:

Gesundheitspolitik

Einblicke in das Gesundheitssystem
der Bundesrepublik Deutschland

Ernährung

Pflanzenmittelrückstände

Notfälle

Ist Laiendefibrillation sinnvoll?

Qualitätsmanagement

Medizinische Behandlungsfehler:
Unterschiede zwischen Pflegepersonal und Ärzten in der Bereitschaft zur „Fehlermeldung“

Erfahrungsbericht

Intensivkinder zuhause

Kind und Gesellschaft

Behinderte Kinder häufig Gewaltopfer

● Tagungen

22.–24. Februar 2008

Benediktbeuern

**Symposium
Trauma – Prävention und Therapie**

Info / Anmeldung:
info@Aerztliche-Akademie.de

29. Februar – 1. März 2008

Osnabrück

**5. gemeinsame Jahrestagung der AG
Asthmaschulung im Kindes- und Jugend-
alter e.V. (AGAS)
und der
AG Neurodermitisschulung e.V. (AGNES)**

Info: www.tagung-2008-agas-agnes.de

29. Februar – 2. März 2008

Gaißbach

19. Gaißbacher Tage

Info: heidrun.zintl@drv-bayernsued.de
www.fachklinik-gaissach.de

1. März 2008

Altötting

Pädiatrische Problemfälle in der Praxis

Info: www.kinderzentrum.de unter Fortbildung

2.–5. März 2008

Altötting

**Entwicklungsneurologie, Entwicklungs-
diagnostik und die therapeutischen
Konsequenzen in der Pädiatrie**

**Grundkurs Sozialpädiatrie für die kinder-
ärztliche Praxis**

Info: mail@kinderzentrum.de

5.–7. März 2008

Fulda

**22. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft
für Pädiatrische Stoffwechselstörungen**

**Metabolische Myo- und Kardio-
myopathien**

Info: www.aps-med.de,
stoffwechselambulanz@mh-hannover.de

14.–15. März 2008

Kassel

**6. Internationale Kasseler Fortbildung
Medizinische Diagnostik und Intervention
bei Kindesmisshandlung**

Info und Anmeldung:
dggkv.de oder kindesmisshandlung.de

3.–5. April 2008

Zürich

**30. Jahrestagung der Gesellschaft für
Pädiatrische Pneumologie (GPP)**

Info: anita.anselmi@lungenliga-zh.ch

5. April 2008

Langenargen

7. Tag der Kinderheilkunde

Info: dr-puls@t-online.de

April/Juni 2008

Villingen/Blaubeuren

Pädiatrische Ultraschalldiagnostik

Info und Anmeldung: www.sonokolleg.de

16.–19. April 2008

Graz

**23. Jahrestagung der Gesellschaft für
Pädiatrische Gastroenterologie und
Ernährung e.V. (GPGE)**

Info: martina.adelmann@klinikum-graz.at
www.gpge2008.eu

16.–18. Mai 2008

Greifswald

**57. Jahrestagung der Norddeutschen
Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
(NDGKJ)**

Info: angelika.staude@mcon-mannheim.de

5.–7. Juni 2008

Erlangen

**16. Jahrestagung der Deutschen Gesell-
schaft 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

Praxistafel

Seit 30 Jahren ansässige **Kinderarztpraxis** in **Leipzig** zum 01.08.08 (Termin variabel) aus Altersgründen abzugeben.

Zuschriften unter Chiffre 1698 KJA 1/08 an den Verlag erbeten.

Praxis für Kinder- und Jugendmedizin im Großraum Köln/Bergisches Land – gesperrter KV-Bezirk – im Verlauf von 2008 aus Altersgründen abzugeben.

Zuschriften unter Chiffre 1712 KJA 1/08 an den Verlag erbeten.

Bieten **Weiterbildungsstelle Kinder- und Jugendmedizin** in großer kinderärztlicher Gemeinschaftspraxis in Roth (bei Nürnberg), ab Anfang 2008, Teilzeit.

Zuschriften unter Chiffre 1713 KJA 1/08 an den Verlag erbeten.

Gut geführte **Kinderarztpraxis** im Raum 6 abzugeben.

Zuschriften unter Chiffre 1714 KJA 1/08 an den Verlag erbeten.

Große Kinderarztpraxis in 04924 Bad Liebenwerda sucht **Facharzt/ärztin für Kinder- und Jugendmedizin** zur Verstärkung des Praxis-Teams.

Zuschriften unter Chiffre 1715 KJA 1/08 an den Verlag erbeten.

Sehr gut gehende **Kinder- und Jugendarztpraxis** zu guten Konditionen aus Altersgründen im Frühjahr 2008 im Kreis Gütersloh abzugeben.

Zuschriften unter Chiffre 1633 KJA 1/08 an den Verlag erbeten.

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

Suche **Kinderarzt und/oder Allgemeinmediziner** für langjährig etablierte Gemeinschaftspraxis zur Anstellung oder Übernahme. Teilzeit möglich. Universitätsstadt, schöne Umgebung.

Zuschriften unter Chiffre 1399 KJA 1/08 an den Verlag erbeten.

Kinder- und Jugendarztpraxis in Stolzenau an der Weser aus Altersgründen ab 01.07.2008 abzugeben.

Tel. 0 57 61 / 30 44, Fax 0 57 61 / 90 78 56

Facharzt/-ärztin für Kinderheilkunde Vollzeit oder Teilzeit 25–38 h/Woche in großer, vielseitiger Kinder- und Jugendarztpraxis Raum Würzburg zum nächstmöglichen Zeitpunkt gesucht.

Zuschriften unter Chiffre 1716 KJA 01/08 an den Verlag erbeten.

Kinderärztin/Kinderarzt

Biete flexible Mitarbeit/Teilzeittätigkeit, evtl. spätere Praxisübernahme in Kinder- und Jugendarztpraxis im Saarland.

Zuschriften unter Chiffre 281 KJA 01/08 an den Verlag erbeten.

Kinder- und Jugendmedizin

Große Kinderarzt-Praxis in Südbaden **sucht Kinderärztin/arzt** für Job-Sharing oder regelmäßige Vertretung.

Kontakt: archisol@go4more.de

Kinderarzt/ärztin

als neuen Partner für große pädiatrische Gemeinschaftspraxis (3 Kollegen) in etabliertem Ärztehaus in Ostwestfalen gesucht.

Zuschriften unter Chiffre 1717 KJA 1/08 an den Verlag erbeten.

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



Gesundheit *First Class* in Deutschland



Kurkliniken · Kur- und Wellnesshotels · Kurbäder

SCHMIDT
RÖMHILD

Kurkliniken · Kur- und Wellnesshotels · Kurbäder

Gesundheit *First Class* in Deutschland

Der neue Bildband „Gesundheit First Class in Deutschland“ bietet in luxuriöser Ausstattung ein einzigartiges Panorama der Kur- und Wellness-Angebote in Deutschland. Er versammelt die wichtigsten, schönsten, exklusivsten Adressen, gegliedert nach den Regionen

- Nordsee
- Ostsee
- Mecklenburgische Seenplatte
- Zwischen Maas, Mosel und Weser
- Harz
- Deutschlands Osten
- Nahe, Saar und Pfälzer Wald
- Rhön-Region
- Schwarzwald
- Bodensee und Allgäu
- Oberbayern
- Donautal, Niederbayern, Bayerischer Wald

208 Kunstdruckseiten, durchgehend farbige Abbildungen, Großformat 23 x 26,5 cm, Kunstledereinband mit Goldprägung, ISBN 978-3-7950-7047-2, € 28,20

Ausgewählte Hotels, die das ganz Besondere bieten, sind hier ebenso zu finden wie renommierte Kliniken in den traditionsreichen Kur- und Badeorten. Das Autorenteam vom Redaktionsbüro Lück, München, hat Wert auf das Exklusive gelegt und jene Wellness-, Fitness- und Freizeitangebote dokumentiert, die einen Kur- und Wellness-Aufenthalt zu einem unvergesslichen Erlebnis machen. Umfassend wird der Leser über Kontaktadressen, Internet-Anschriften, Service, Preise u.v.m. informiert. Sport- und Freizeit-Tipps von Nordic Walking über Bergsteigen bis Drachenfliegen runden das Angebot dieses ebenso nützlichen wie ästhetischen Bildbandes ab.

Zahlreiche Farbabbildungen, wertvolle, exklusive Informationen und nicht zuletzt die edle Ausstattung heben diesen Bildband von den üblichen Kur-Ratgebern ab. Das Buch macht Lust darauf, die Kur- und Badeorte selbst einmal kennen zu lernen.



Erhältlich im örtlichen Buchhandel oder direkt beim Verlag.

**SCHMIDT
RÖMHILD**

DEUTSCHLANDS
ÄLTESTES VERLAGS-
UND DRUCKHAUS
SEIT 1579

Mengstraße 16 Tel. 04 51/70 31-2 67
23552 Lübeck Fax 04 51/70 31-2 81
Internet: www.schmidt-roemhild.de
E-Mail: vertrieb@schmidt-roemhild.com

Nicht nur die Schule zählt

Atomoxetin kann emotionale Befindlichkeit verbessern

Das gegenwärtige Verständnis von gesellschaftlichem Ansehen – guter Schulabschluss gleich Erfolg im Beruf – vernachlässigt Aspekte wie z.B. die Fähigkeit, soziale Beziehungen dauerhaft aufzubauen oder sich selbst zu akzeptieren. Eine stabile emotionale Befindlichkeit kann so nicht erreicht werden, ist aber für ein gelingendes Leben ebenso wichtig.

Auch die Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ADHS unterliegt diesem gesellschaftlichen Selbstverständnis: Wichtig scheinen nur die Kernsymptome Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität. Die emotionale und soziale Dimension der ADHS wird nicht ausreichend berücksichtigt. Eine medikamentöse Therapie mit Atomoxetin (Strattera®) jedoch kann den Kindern aufgrund einer kontinuierlichen Wirkung zu einer verbesserten emotionalen Befindlichkeit und Integration in das psychosoziale Umfeld verhelfen – über die ADHS-Kernsymptomatik hinaus, so das Fazit eines Expertengesprächs in Berlin.

Für ein gelingendes Leben sind nicht nur gute Noten in der Schulzeit bzw. Erfolg im Beruf entscheidend, sondern auch emotionale und soziale Aspekte. Das moderne Verständnis einer gesundheitsbezogenen Lebensqualität schließt daher körperliche, emotionale, mentale, soziale und verhaltensbezogene Aspekte des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit aus Sicht der Betroffenen und von Beobachtern in die Betrachtung mit ein, davon ist Prof. Dr. Michael Huss, Kinder- und Jugendpsychiater der Universität Mainz, überzeugt.

Therapie nicht alleine auf Kernsymptome fokussieren

Leider werde eine ADHS häufig sehr spät erkannt und/oder nicht angemessen behandelt.

Einen Grund sieht Huss darin, dass die Kernsymptome einer ADHS unspezifisch seien. „Die Abgrenzung zur Depression ist besonders schwierig. Wichtig für die Differentialdiagnose ist zu erkennen, ob die Symptomatik situationsübergreifend und chronisch auftritt und wie sich dies in der emotionalen Befindlichkeit des Kindes ausdrückt“.

Auch würden sich betroffene Familien viel zu spät an die Therapeuten wenden, da sie über eine hohe Leidensfähigkeit verfügen und Probleme über lange Zeit kompensieren könnten.



© Irisblende.de

Reife Leistung – Fürs Leben lernen. Erfolg in der Gesellschaft ist heute nicht nur auf gute Noten zurückzuführen, sondern auch auf die Persönlichkeit des Einzelnen und seine sozialen Fähigkeiten. Wichtige Voraussetzungen dafür sind emotionale Stabilität und Selbstwertgefühl.

Die Gruppe der Stimulanzien, die lange Zeit als alleinige medikamentöse Option zur Therapie von ADHS zur Verfügung stand, kann diese Kernsymptome und dadurch die äußerlich sichtbaren Verhaltensauffälligkeiten innerhalb kurzer Zeit (ca. 30 Minuten) stundenweise reduzieren. Die Betroffenen können somit die an sie gestellten Leistungsanforderungen in der Schule erfüllen. „Die Therapie ist aber noch nicht beendet, wenn das Kind in der Schule „funktioniert“, warnte Huss. Für viele Eltern sei es wichtig, dass ihr Kind glücklich ist.

Kinder in ihrer Individualität annehmen

Der Familien- und Kommunikationsberater Dr. Jan-Uwe Rogge empfahl in Berlin, sein Kind so zu nehmen wie es sei. „Gerade bei Rückschritten ist dies schwer, machen Sie sich deshalb immer wieder klar, dass solche Entwicklungswellen auch bei gesunden Kindern ganz natürlich sind und Ihr von ADHS betroffenes Kind dies nur etwas öfter durchlebt.“

Soziale Beziehungen aufbauen, Selbstwertgefühl stärken

Neben der Kernsymptomatik bestehen in vielen Fällen weitere Beeinträchtigungen wie geringeres Selbstwertgefühl, Beziehungskonflikte, emotionale Labilität, soziale Probleme und Ausgrenzung, berichtete die Kinder- u. Jugendärztin Dr. Cornelia Busse aus ihrem Praxisalltag in Berlin.

Kinder mit ADHS seien im Vergleich zu anderen Kindern oft deutlich in ihrem sozialen und emotionalen Verhalten eingeschränkt. Situationsübergreifend betroffene Kinder erleben ständig ein Wechselbad der Gefühle.

Atomoxetin wirke über die ADHS-Kernsymptomatik hinaus und ermögliche so eine verbesserte emotionale Befindlichkeit und Integration in das psychosoziale Umfeld. Ein großer Vorteil von Strattera® sei seine kontinuierliche Wirkung, so dass es bei einer Behandlung nicht zu einem Wechsel zwischen Wirkung und Nicht-Wirkung kommen könne, so Frau Dr. Busse.

Quelle:

Pressegespräch „Kleine Helden – mit allen Mitteln zum Erfolg? Erziehung und ADHS-Therapien im Spannungsfeld von Leistungsdruck und Kindsein“, Berlin, 20.11.2007. Eine Kooperation mit Lilly Deutschland GmbH, Bad Homburg. Autor: G. Fischer v. Weikersthal (FvW)

PM 470522

Frühzeitig schweren Rotavirus-Erkrankungen vorbeugen

SIKO empfiehlt Rotavirus-Schluckimpfung für alle Säuglinge



Dr. med.
Volker Stechele

Für Erkrankungen durch die hochansteckenden und weltweit verbreiteten Rotaviren ist die Schluckimpfung die einzig wirksame Präventionsmöglichkeit. Die Sächsische Impfkommission (SIKO) nimmt die Rotavirus-Impfung daher ab Januar 2008 als Standardimpfung für Säuglinge zwischen der vollendeten 6. und 26. Lebenswoche in ihre allgemeinen Empfehlungen auf.^a

Pädiatrische Gastroenteritiden sind für Kinderärzte ein alltägliches Krankheitsbild. Da jedoch gerade virale Erkrankungen oft nur symptomatisch behandelt werden können, erfolgt eine spezifische Erregerbestimmung nicht routinemäßig. Rotaviren bleiben so als häufigste Erreger akuter pädiatrischer Gastroenteritiden trotz Meldepflicht immer wieder unentdeckt. Die aktuelle Beobachtungsstudie „Rotascore“ von Borte et al.¹ zeigt: Von 2.098 Kindern, die in Deutschland zwischen No-

vember 2005 und Mai 2006 aufgrund einer schweren akuten Gastroenteritis behandelt wurden, erkrankten 78 Prozent aufgrund einer Rotavirus-Infektion. Auch wenn Familien ein häufig notwendiger Krankenhausaufenthalt aufgrund akuter Dehydratation erspart bleibt, wird eine Rotavirus-Gastroenteritis fast immer als große Belastung empfunden.

Neben der emotionalen Belastung ergab die Studie, dass etwa ein Drittel der betroffenen Eltern drei

bis fünf Tage am Arbeitsplatz fehlte.² Denn bei Patienten mit Rotavirus-Erkrankungen waren die Symptome Erbrechen, Diarrhö, Fieber und Verhaltensänderungen in Intensität und Dauer stärker ausgeprägt, als bei Kindern mit einer Gastroenteritis anderer Genese.¹

Darüber hinaus zeigte die Studie, dass 88 Prozent der unmittelbar betroffenen Eltern ihr Kind rückblickend gegen Rotaviren impfen lassen würden, davon 71 Prozent auch unabhängig von der Kostenerstattung. Als eine der ersten Krankenkassen übernimmt die Novitas Vereinigte BKK generell die Impfkosten für alle Säuglinge im Impfalter. Sollte eine Krankenkasse die Schluckimpfung auf Nachfrage nicht erstatten, sollte diese den Eltern als Selbstzahlerleistung angeboten werden. Nicht zuletzt kann die konsequente Implementierung der Impfung den Praxisalltag entlasten, besonders in der Rotavirus-Hauptsaison von Dezember bis April.

Fallbericht aus der RotaScore-Studie

Am Nachmittag des 16. März 2006 konsultieren mich telefonisch die Eltern eines 18 Monate alten Jungen, da dieser wiederholt erbricht. Die Eltern werden angewiesen, dem Jungen über Nacht häufig kleine Mengen selbsthergestellter Rehydratationslösung zu füttern, um einer Exsikkose vorzubeugen.

Bei Vorstellung in der Praxis am nächsten Morgen zeigt das weinerliche Kind erhöhte Temperatur (38,2°C), sowie häufigen und wässrigen Stuhl. Das Blutbild weist eine Leukozytose sowie eine Thrombopenie auf. Ein in der Praxis durchgeführter Stuhl-Schnelltest ermittelt eine Rotavirus-Infektion, die dem Gesundheitsamt gemeldet wird. Da der Junge nicht apathisch ist, wird in Abstimmung mit den Eltern eine ambulante Behandlung mit sehr enger Kontrolle vereinbart. Entsprechend der Notwendigkeit wird eine sofortige stationäre Behandlung vorgesehen.

Der Junge erhält ein fiebersenkendes Zäpfchen und bis zum Abklingen der Brechdurchfälle weiterhin Rehydratationslösung sowie von ihm bevorzugte Nahrung. Das Fieber geht über Nacht zurück und zwei Tage später ist das Kind gut ansprechbar aber noch elend. Zustand und Blutbild stabilisieren sich erst nach vier Tagen ambulanter Therapie.

Nach zehn Tagen sind trotz anhaltender Blähungen und erhöhter Stuhlfrequenz (6 x pro Tag) keine Rotaviren im Stuhl nachweisbar. Der durch die Erkrankung erfolgte Gewichtsverlust von ca. 200 g ist ausgeglichen und das Gewicht am 28. März auf altersgerechte 10.970 g angestiegen. Stuhlkonsistenz und Darmgase normalisieren sich erst im April.

^a Die SIKO trifft ihre Empfehlungen auf Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut in Berlin unter Berücksichtigung der Besonderheiten im Freistaat Sachsen.

¹ Borte M et al. Klinische Symptome und Häufigkeit der pädiatrischen Rotavirus-Enteritis im Vergleich zu akuten Enteritiden anderer Genese. 15. Jahrestagung der DGPI. Basel, 10.-12. Mai, 2007 (Abstract).

² Borte M et al. Auswirkungen einer pädiatrischen Rotavirus-Enteritis auf den Familienalltag. 15. Jahrestagung der DGPI. Basel, 10.-12. Mai, 2007 (Abstract).

Dr. med. Volker Stechele
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Allee 57
74072 Heilbronn
E-Mail: praxis@kiz-hn.de

Hustagil Thymian-Hustensaft extra gegen Kinderhusten

Gerade für Kinder empfehlen sich pflanzliche Präparate, wie zum Beispiel Hustagil Thymian-Hustensaft, der sich bei Erkältungskrankheiten mit sehr guter Wirkung bestens bewährt hat.

In einer groß angelegten Werbekampagne inklusive TV-Spot hebt Dentinox Berlin die wesentlichen Produktvorteile des Hustagil Thymian-Hustensafts hervor:

- **extra gegen Kinderhusten**
- **für Kinder ab dem 1. Lebensjahr**
- **zahnschonend mit karieshemmendem Xylit**
- **ohne Zusatz von Konservierungs-, Farb- und Aromastoffen**

Die Produkteigenschaften des Hustagil Thymian-Hustensafts stehen traditionell bewährt im Vordergrund:

- **schleimlösend**
- **antibakteriell**
- **krampflösend.**

Hustagil hilft nicht nur Kindern mit Husten:

Mit dem Kauf einer Flasche Hustagil unterstützen Sie den Förderverein Für Kinder in Bedrängnis e.V. 29633 Munster.



Die therapeutische Wirksamkeit und die Unbedenklichkeit von Thymian-Präparaten stehen außer Zweifel.

Thymian stammt aus dem Mittelmeerraum und wird seit dem Mittelalter als Gewürz- und Arzneipflanze in Europa angebaut. Seit dieser Zeit sind die heilenden Eigenschaften des Thymians bei Atemwegsinfektionen in der Naturheilkunde bekannt.

Ein guter Thymian-Hustensaft erleichtert das Abhusten und wirkt bronchial-spasmolytisch, expektorierend und antibakteriell. Arznei-



lich wirksam ist der Thymian besonders aufgrund seines ätherischen Öls, Hauptbestandteil ist dabei das Thymol. Es hemmt die Cyclooxygenase und besitzt starke keimhemmende Effekte. Hustagil Thymian-Hustensaft ist ein Monopräparat mit konzentriertem Fluidextrakt aus Thymian (Thymianfluidextrakt), der entsprechend den Vorschriften des Deutschen Arzneibuchs (DAB) hergestellt wird. Dieser flüssige Thymianauszug ist standardisiert auf mindestens 0.03% Thymol; Bestimmungsmethode: Hochdruckflüssigchromatographie (HPLC).

Hustagil löst den Schleim, der dann besser abgehustet werden kann. Die Schleimhaut kann sich erholen, und die Flimmerhärchen der Atemwege können wieder ihre Reinigungsaufgaben erfüllen. Die entkrampfende Wirkung mindert Atembeschwerden und Hustenreiz. Das im Thymian-Extrakt enthaltene Thymol bekämpft Krankheitserreger, und dies führt zum Abklingen

der Entzündung. Zudem hat Hustagil Thymian-Hustensaft einen aromatischen, kindgerechten Geschmack, der eine gute Compliance gewährleistet.

Gerade abends vor dem Schlafengehen und nachts werden kleine Kinder von Hustenanfällen geplagt. Hustensäfte sollten frei von zahn-schädigendem Zucker sein, damit sie auch abends nach dem Zähneputzen eingenommen werden können. Da Hustensäfte über mehrere Tage und Nächte genommen werden, ist dieser Aspekt bei Kindern außerordentlich wichtig. Denn nachts sind die Zähne besonders schutzlos, da im Schlaf der Speichelfluss versiegt, der für die Remineralisation des Zahnschmelzes sorgt.

Ein Hustensaft mit dem Zuckeraustauschstoff Xylit ist besonders geeignet, denn nach aktuellem Erkenntnisstand hat gerade dieser Zuckeraustauschstoff ausgesprochen positive Wirkungen auf die Zahngesundheit. Das Signet „zahnfreundlich“, durch das Zahnmännchen mit Schirm dargestellt, zeigt, dass Hustagil Thymian-Hustensaft durch unabhängige zahnmedizinische Prüfer als zahnfreundlich eingestuft wurde.

Nach Informationen von Dentinox Gesellschaft für Pharmazeutische Präparate Lenk & Schuppan KG, Berlin

Läusegerüchten auf der Spur

Kopfläuse - wenn es um dieses Thema geht, weiß fast jeder etwas beizutragen. Nur: Zu kaum einem Gesundheitsthema kursieren mehr Fehlinformationen, Vorurteile und Gerüchte. Diese Gerüchte führen zu einer hohen Stigmatisierung der Betroffenen und zu übertriebenen Maßnahmen bei der Behandlung. Hier die häufigsten Gerüchte:



Kopfläuse sind ein Zeichen für mangelnde Hygiene.

Falsch! Lausbefall hat nichts mit mangelnder Hygiene zu tun. Auch häufiges Haare waschen schützt nicht vor Läusen, vielmehr führt es zu sauberen Läusen. Läuse treten vor allem da auf, wo viele Menschen zusammenkommen, z.B. Kinder in der Schule oder im Kindergarten. Durch direkten Haar-zu-Haar-Kontakt (z.B. beim Spielen) können die Läuse sich sehr gut ausbreiten, da sie bequem von Kopf zu Kopf wandern. Springen oder fliegen können die Parasiten nicht. Leider führt dieses Gerücht auch heute noch dazu, dass viele Eltern aus Scham einen Kopflausbefall verheimlichen, die Umgebung nicht darüber informieren und damit den Läusen Zeit geben, sich weiter auszubreiten. So kommt es dann auch dazu, dass Kindergärten und Schulen monatelang mit Kopfläusen zu kämpfen haben.



Kopfläuse übertragen Krankheiten.

Falsch! Kopfläuse übertragen in unseren Breiten keine Krankheiten. Sie sind zwar lästig, aber im Prinzip harmlos. Allerdings kann es zu allergischen Reaktionen auf den Speichel der Laus kommen. Der resultierende Juckreiz verleitet zum Kratzen. Die Folge sind manchmal bakterielle Infektionen, bei denen sich gar Ekzeme bilden können.



Katzen und Hunde sind Überträger von Kopfläusen.

Falsch! Kopfläuse leben nur auf dem menschlichen Kopfhaar und werden nicht von Haustieren auf den Menschen übertragen. Kopfläuse benötigen zum Überleben ausschließlich menschliches Blut. Es gibt zwar andere Läusearten, die auf Katzen und Hunden verbreitet sind, diese können aber wiederum mit dem menschlichen Blut nichts anfangen.



Kopfläuse verbreiten sich über Kopfbedeckungen, Haarbürsten, Bettwäsche usw.

Nein, nur in seltenen Ausnahmefällen. Nur auf dem Kopf findet die Laus ideale Temperaturverhältnisse und Nahrung, die sie zum Überleben benötigt. Ohne regelmäßige Blutmahlzeiten, ca. alle drei Stunden, kann die Laus nur wenige Stunden (maximal 1-2 Tage) überleben. Gegenstände sind daher nur selten „verlaust“ und entsprechende Entlausungsmaßnahmen sind in der Regel nicht notwendig. Bett- und Nachtwäsche muss auch nicht ausgekocht werden, sondern es reicht, sie zu wechseln und bei 60 Grad zu waschen. Ebenso wie Mützen und Handtücher. Wichtig ist im Umfeld die Ansteckungsquelle zu finden und alle Kontaktpersonen zu informieren und ggf. mitzubehandeln.



Kinder, die Läuse haben, dürfen erst nach dem Besuch beim Arzt wieder in den Kindergarten zurück!

Nein, das stimmt so nicht. Kinder dürfen bereits direkt nach der ersten von zwei durchzuführenden Behandlungen mit einem geeigneten Kopflausmittel (z.B. NYDA® L) wieder in die Schule oder den Kindergarten. Die erfolgte Erstbehandlung und die Durchführung der Zweitbehandlung müssen die Eltern schriftlich bestätigen. Ein „ärztliches Attest“ zur Bestätigung des Behandlungserfolgs ist lediglich bei wiederholtem Kopflausbefall innerhalb von vier Wochen erforderlich. Es gibt aber regionale Unterschiede. Erkundigen Sie sich bei der Gemeinschaftseinrichtung Ihres Kindes bzw. bei dem regionalen Gesundheitsamt.



Alle Familienmitglieder müssen sich pro Forma einer Lausbehandlung unterziehen.

Nein. Um die Quellen einer Wiederansteckung soweit wie möglich auszuschließen, sollten alle Familienmitglieder gründlich mit einem Läusekamm auf Kopflausbefall untersucht werden. Hierzu muss man besonders auf die von Läusen bevorzugten Stellen (hinter den Ohren, an den Schläfen) achten. Nur wenn sich lebende Läuse oder Nissen finden, muss eine Behandlung erfolgen.



Kopfläuse kann man nur effektiv mit chemischen Präparaten bekämpfen.

Nein. Viele herkömmliche chemische Insektizide werden zunehmend durch ihren massenhaften Einsatz wirkungslos, da die Kopfläuse Resistenzen gegen die Wirkstoffe (Insektizide mit neurotoxischem Wirkprinzip) entwickeln können. Außerdem kann es zu allergischen Reaktionen und toxischen Nebenwirkungen kommen. Studien haben gezeigt, dass Kopfläuse mit einem dimeticonhaltigen Produkt (NYDA® L) erfolgreich beseitigt werden können. NYDA® L beruht auf einem trickreichen physikalischen Wirkprinzip gegen das die Läuse keine Resistenzen bilden können. Die Läuse und ihre Entwicklungsstadien (Nissen und Eier) werden nicht vergiftet, sondern erstickt.

NYDA® L gegen Läuse und Nissen (rezeptfrei aus der Apotheke)
Pumpspray 50 ml
EUR 12,72
PZN 3965695

Viele Tipps und Informationen rund ums Thema gibt der Ratgeber „Die Lausefalle“ – kostenlos anzufordern bei: Rothenburg & Partner Medienservice GmbH, Friesenweg 5f, 22763 Hamburg

Historische Fortbildungsbroschüre und Praxis-Poster „Röteln“

Vom Schrecken der Kinderkrankheiten zur modernen Vierfach-Impfung – Zeitreise Teil 3

Eine Infektion mit Röteln während der Schwangerschaft kann zu schweren Schädigungen des Neugeborenen führen. Mit dieser Entdeckung während einer Röteln-Epidemie schockierte der australische Arzt Normann Gregg 1940 die Weltöffentlichkeit.

Unter dem Motto „Zeitreise“ bietet GlaxoSmithKline eine vierteilige Fortbildungsreihe, die die Krankheitsbilder Masern, Mumps, Röteln und Windpocken aus der historischen Perspektive beleuchtet. Der nun erschienene dritte Teil der Serie zum Thema „Röteln“ umfasst erneut eine von der Landesärztekammer Hessen CME-zertifizierte Fortbildungsbroschüre sowie ein zweiseitig bedrucktes, historisches Praxis-Poster. Beides kann kostenlos beim MED INFO & SERVICE CENTER von GSK angefordert werden, gebühren-



Praxisposter „Röteln“



Zertifizierte historische Fortbildungsbroschüre „Röteln“

frei unter Tel.: 0800 -1 22 33 55 (Mo-Fr 8-20 Uhr), per Fax: 0800 -1 22 33 66 oder per email: service.info@gsk.com.

Als vierter und letzter Teil der Serie wird eine Fortbildungsbroschüre zu Varizellen folgen. Alle Fortbildungsbroschüren der Serie „Zeitreise“ sind mit CME-Punkten zertifiziert. Sollten Sie Teil 1 und/oder 2 zum Thema „Masern“ und „Mumps“ verpasst haben, können Sie Fortbildungsbroschüren und Praxis-Poster noch nachfordern – solange der Vorrat reicht. Sie können die Broschüren aber auch auf www.impfakademie.de ansehen, down-

loaden oder am besten gleich dort die Fragen beantworten und Ihre CME-Punkte online sichern.

Unternehmensinformation

GlaxoSmithKline – eines der weltweit führenden forschungsorientierten Arzneimittel- und Healthcare-Unternehmen – engagiert sich für die Verbesserung der Lebensqualität, um Menschen ein aktiveres, längeres und gesünderes Leben zu ermöglichen.

Weitere Informationen zu Produkten und Forschungsthemen sind im Internet www.glaxosmithkline.de abrufbar.

*Melden Sie bitte jede
Anschriftenänderung
dem Berufsverband*

Geschäftsstelle des BVKJ
Mielenforster Straße 2
51069 Köln
Telefon 02 21 / 6 89 09-0
Telefax 02 21 / 68 32 04
E-Mail: bvkj.buero@uminfo.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. Hans-Jürgen Christen

Prof. Dr. Peter H. Höger

Prof. Dr. Frank Riedel

Dr. Wolfgang Gempp

Regine Hauch

Honorarausschuss

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 09-14

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 15-344

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) 400058888

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) 8115-330, Fax (0511) 8115-344, 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](mailto: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](mailto: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 Verlagkontor 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.