

# bvkJ.

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

Heft 08/10 · 41. (59.) Jahr · A 4834 E

# KINDER-UND JUGENDARZT



## **Forum:**

**Fortbildung für  
Kliniker in Altötting**



## **Fortbildung:**

**Schwerpunkt: Schulungen  
bei chronischen  
Erkrankungen, Teil 2**



## **Berufsfragen:**

**Kinder gehören in die  
Hände von Pädiatern –  
Interview mit Karl Lauterbach**



## **Magazin:**

**Geschichte deutscher  
Stillempfehlungen im  
20. Jahrhundert, Teil 2**

[www.kinder-undjugendarzt.de](http://www.kinder-undjugendarzt.de)



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

# KINDER-UND JUGENDARZT **bvkj.**

© Goran Ljubisavljević iStock



## Ärztliche Stillempfehlungen in Deutschland im 20. Jahrhundert

– „Natürlich“ mit dem Segen der Wissenschaft, Teil 2

S. 533

### Inhalt 8 | 10

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

#### Forum

- 486 **Schwerbehinderung von Diabetikern wird künftig leichter anerkannt**  
*Regine Hauch*
- 487 **Fortbildung der leitenden Ärztinnen und Ärzte kinder- und jugendmedizinischer Abteilungen und Kliniken in Altötting**  
*Ralf Gitmans*
- 490 **Segeln mit chronisch herzkranken Jugendlichen**
- 492 **AOK und Weisse Liste starten Pilotprojekt Online-Arztuche**
- 493 **Gemeinsam gegen den Speck**  
*Regine Hauch*
- 494 **Eine Frage an Prof. Dr. Fred Rist**



#### Fortbildung

- 495 **Schulungen bei Kindern und Jugendlichen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED)**  
*Martin Claßen*
- 498 **Kontinenzschulung für Kinder und Jugendliche mit funktioneller Harninkontinenz**  
*Eberhard Kuwertz-Bröking*
- 500 **Diabetes-Schulung im Kindes- und Jugendalter**  
*Karin Lange, Thomas Danne*
- 504 **Neurodermitisschulung**  
*Sibylle Scheewe*
- 507 **Kraniosynostosen, Teil 2**  
*Hartmut Collmann, Tilmann Schweitzer*
- 512 **Consilium Infectiorum: Stellenwert von Procalcitonin und Interleukin 6 als Infektionsmarker bei Neugeborenen**  
*Christian Gille*
- 514 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**
- 518 **Welche Diagnose wird gestellt?**  
*Sabine Vöhringer, Peter Höger*
- 518 **Impressum**

#### Berufsfragen

- 523 **Kinder gehören in die Hände von Pädiatern**
- 525 **Wahlaufruf**
- 526 **Änderungen der Honorarverteilung ab 1.7.2010**  
*Eberhard Lassen*
- 528 **Wahlaufruf**
- 528 **Praxisabgabe-Seminar des BVKJ**
- 529 **Selektivverträge erstmals mit der KBV**  
*Christoph Kupferschmid*
- 530 **Praxiseinführungs-Seminar des BVKJ**
- 531 **Kinder- und Jugendärzte – wo stehen wir?**  
*Michael Mühlshlegel*
- 531 **Wahlaufruf**
- 532 **Ärzte lehnen die Beschneidung auf Kassenkosten ab**

#### Magazin

- 533 **Ärztliche Stillempfehlungen in Deutschland im 20. Jahrhundert, Teil 2**  
*Jörg Vögele*
- 536 **Fortbildungstermine BVKJ**
- 537 **Vorwiegend heiter – Geschichten zur Geschichte des BVKJ, Teil 1**  
*Klaus Gritz*
- 540 **Tagungen**
- 541 **Zum Tode von Prof. İhsan Doğramacı**  
*Fikret Çerçi*
- 542 **Praxistafel**
- 543 **Paediatric-Termine**
- 544 **Personalia**
- 546 **Nachrichten der Industrie**
- 548 **Wichtige Adressen des BVKJ**

#### Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegt als Teilbeilage das Programmheft der Pädiatrie zum Anfassan Berlin, November 2010, für die Landesverbände Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern bei.

Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

## Serie: Schulungen bei chronischen Erkrankungen

# Schulungen bei Kindern und Jugendlichen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED)

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (M. Crohn, Colitis ulcerosa, Colitis indeterminata) betreffen mit wachsender Inzidenz auch Kinder und Jugendliche. Bei etwa 20–30 % der Betroffenen manifestiert sich die CED vor dem 18. Geburtstag. Die Erkrankungen verlaufen chronisch, sind derzeit noch unheilbar und neigen zu oft unvermittelt auftretenden Exazerbationen. Zu der Vielzahl medizinischer Probleme kommen die Schwierigkeiten der Betroffenen in der Bewältigung der Erkrankung (4). Bei einem Teil der Patienten führt dies zu erheblichen Beeinträchtigungen im psychosozialen Bereich (z.B. Selbstwertgefühl, Lebensqualität, Ausbildungs- und Berufschancen). Zudem stellen gerade in der Pubertät und im jungen Erwachsenenalter Adherenceprobleme und Therapieverweigerungen ein massives Problem dar (3).

Aufgrund der Erfahrungen bei anderen chronisch-rezidivierenden Erkrankungen liegt es nahe, durch eine strukturierte Patientenschulung für Kinder- und Jugendliche mit CED eine Verbesserung des krankheitsspezifischen Wissens, der Krankheitsbewältigung und des Selbstmanagements anzustreben.



Dr. Martin Claßen

Martina Faiß  
Enno Iven  
Ivonne Koch

### Besonderheiten der CED im Vergleich zu Asthma bronchiale und Neurodermitis

Im Vergleich zu den „klassischen“ Schulungsthemen wie Asthma und Neurodermitis weisen die entzündlichen Darmerkrankungen Besonderheiten auf, die auf die Schulungsinhalte Einfluss haben:

Viele der Therapieverfahren, besonders die systemische Steroidtherapie, beinhalten spezifische Risiken, die eine Selbststeuerung der Therapie erschweren. Zudem fällt es immer wieder schwer, die Krankheitsaktivität und einen evtl. Interventionsbedarf abzuschätzen. Zwar kann gerade bei Patienten mit Colitis anhand der Stuhlfrequenz und der -konsistenz sowie der Beimengung von Blut auf die Entzündung geschlossen werden. Gerade beim M. Crohn des Dünndarms fehlen aber leicht detektierbare und objektive Parameter zur Selbsteinschätzung. Auch Ärzte sind in diesem Fall auf Labor- und Sonographie angewiesen. Um den oft unangenehmen Therapieverfahren zu entgehen, neigen viele Jugendliche dazu, die Symptome zu negieren und vor ihrer Umwelt geheim zu halten, solange dies möglich ist.

Der Effekt einer Anpassung von Lebensführung und Ernährung an die Erkrankung ist entgegen der Erwartung vieler Eltern nicht bewiesen. Allerdings müssen Jugendliche mit M. Crohn unbedingt das hohe Risiko einer Verschlechterung der Erkrankung durch Tabakrauch kennen.

### Psychosoziale Aspekte bei Kindern und Jugendlichen mit CED

Im Vergleich zu gesunden Kindern besteht bei CED-Betroffenen ein höheres Risiko für Schwierigkeiten auf der emotionalen und der Verhaltensebene sowie bei den familiären Interaktionen (4). Krankheitstypische Belastungsfaktoren sind in Tabelle 1 aufgeführt.

- Schlapptheit
- Eingeschränktes Nahrungsspektrum, Appetitverminderung, Übelkeit
- Streitigkeiten um die Ernährung
- Verzögerte Pubertätsentwicklung; Kleinwuchs / Wachstumsverzögerung
- Häufige und oder imperative Defäkationen, die Teilnahme an Aktivitäten mit Freunden erschweren
- Nebenwirkungen der Steroide (kosmetisch, Wachstum, Gewichtszunahme, Stimmungsschwankungen)
- Stigmatisierung durch Sondenernährung
- Regelmäßige Medikamenteneinnahme; unangenehme Applikationswege (z.B. Klysmen)
- Depression
- Angst
- Vermindertes Selbstwertgefühl
- Verändertes Körperbild

Tab. 1:  
Typische psychische Belastungsfaktoren bei Jugendlichen mit CED

Entsprechend spielen psychosoziale Themen eine wichtige Rolle bei den Schulungen.

### Ziele einer Schulung bei CED

Typische Ziele bei der Durchführung einer Schulungsmaßnahme bei CED-Patienten sind:

- Aufbau und Förderung eines kompetenten Krankheits-selbstmanagements
- Förderung der Eigenverantwortung, Entwickeln von Stärken und Ressourcen zur Krankheitsverarbeitung.
- Verbesserung der Selbsteinschätzung
- Kenntnisse über M. Crohn und Colitis ulcerosa vermitteln (Pathophysiologie und Genetik, Symptome, Verlauf und Komplikationen, medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie)
- Kenntnisse über gesunde Ernährung und Lebensweise vermitteln
- Akzeptanz der Erkrankung als variabel verlaufende chronische Krankheit
- Krankheitsbezogene Ängste mindern; emotionale Entlastung
- Aufbau einer angemessenen Körper selbstwahrnehmung
- Befähigung im Umgang mit krankheitsbedingtem Stress
- Wahrnehmung und Vermeidung von Belastungsfaktoren, die zu einer Verschlechterung führen
- Austausch mit anderen Betroffenen
- Einbindung der Eltern/Familien (Geschwister!) in einige der obigen Schulungsthemen

Diese Ziele lassen sich in kognitive, verhaltens- und fertigungsbezogene, emotionale und soziale Ziele unterteilen.

### CED-Schulungen

In Deutschland gibt es bislang keine evaluierten Schulungsprogramme für jugendliche CED-Patienten. Schulungen wurden unseres Wissens bisher durchgeführt in Kassel (2), in verschiedenen REHA-Kliniken und in unserer Klinik.



Abb. 1: Vermittlung von Entspannungstechniken

### Eigene Erfahrungen

In den vergangenen Jahren haben wir mehrere Schulungen über 3–4 Tage an unserer Klinik durchgeführt (Tab. 2). Eine Schulung wurde für 9–12-jährige angeboten, sonst wurden 13–17-jährige angesprochen. Die Gruppen umfassten je 5–6 Teilnehmer. Die Schulungen wurden mit stationären Kontrolluntersuchungen und zum Teil auch mit Medikamentenneueinstellungen kombiniert. Es wurden Angebote für Eltern gemacht, zum Teil gemeinsam mit den Kindern (z. B. zum Thema Ernährung), aber auch separat (Krankheitsinformationen, Gesprächsgruppe).

Einen großen Raum nahm in unseren Schulungen der Austausch über die Krankheit und die Interaktion zwischen den Betroffenen ein. Dieser erfolgt auch informell bei gemeinsamen Aktivitäten wie Gesellschaftsspielen, Sport, Drehen eines selbstkonzipierten Videos zu CED-Themen. Auswertungen der Feedbackbögen zeigen, dass dies für die Jugendlichen einen zentralen Aspekt der Schulungen darstellt. Das Gefühl, mit einer schwierigen Krankheit nicht alleine dazustehen, kann auf diese Weise nachhaltig vermittelt werden.

Eine Untersuchung von Teilnehmern eines Sommercamps mit CED-Jugendlichen in den USA, in dem keine medizinischen Informationen und keine spezifischen Schulungsinhalte vermittelt wurden, konnte eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität nach dieser Maßnahme nachweisen, ohne dass spezifische Parameter der Krankheitsaktivität verändert geworden wären (7).

Untersuchungen von Schulungsmaßnahmen bei Erwachsenen konnten je nach Maßnahme und Art der Schulungen teilweise keine Effekte auf Krankheitsaktivität und Lebensqualität nachweisen (6, 8). Eine Studie zur Effektivität eines Selbstmanagementprogramms bei Erwachsenen mit Schulungsinhalten und konkreten Anleitungen zum Selbst-Management konnte aber zeigen, dass nach einem Jahr die Zahl der Klinikaufnahmen signifikant zurückgegangen und das Selbstvertrauen, mit der Krankheit selbst umgehen zu können, gestiegen war (1).

Tab. 2: Inhalte und Einheiten der Schulungen am Klinikum Links der Weser

| Kinder   | Eltern  |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kennenlernen</li> <li>• Rollenspiele, Phantasie-reisen</li> <li>• Kunsttherapie</li> <li>• Spieleabend</li> <li>• Bewegungs-/ Sportaktionen</li> <li>• Streß und Streßbewältigung</li> <li>• Entspannungstechniken (Abb. 1)</li> <li>• Medizinische Wissensvermittlung</li> <li>• Ernährung</li> <li>• Gemeinsames Kochen</li> <li>• Videodreh</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kennenlernen</li> <li>• Medizinische Informationen</li> <li>• Ernährung</li> <li>• Erfahrungsaustausch untereinander</li> <li>• Kunsttherapie / Malaktion</li> </ul> |

## Fazit und Perspektiven

Schulungen von Kindern und Jugendlichen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen können zu einer Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen beitragen. Sie können langfristig zu einer Optimierung von Krankheitsbewältigung und Selbstmanagement sorgen. Inhalte, Umfang und Methodik der Schulungen müssen weiter entwickelt und dann evaluiert werden. Eine zentrale Rolle spielen psychologische Themen (Krankheitsbewältigung, Entspannungstechniken, Kennenlernen anderer Betroffener).

In Zusammenarbeit mit dem Kompetenznetz Patientenschulungen sollen in Zukunft krankheitsspezifische Schulungsmodule für CED-Patienten weiterentwickelt werden.

Literatur bei den Verfassern

**Interessenkonflikt:** Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzadresse:

Dr. Martin Claßen  
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin  
– Pädiatrische Gastroenterologie  
Klinikum Links der Weser  
Senator-Weßling-Str. 1  
28277 Bremen  
Mail: martin.classen@klinikum-bremen-ldw.de

Red.: Riedel

## Serie: Schulungen bei chronischen Erkrankungen

# Kontinenzschulung für Kinder und Jugendliche mit funktioneller Harninkontinenz



Dr. med. Eberhard  
Kuwertz-Bröking<sup>1</sup>

Christian Steuber<sup>2</sup>  
Ellen Janhsen<sup>2</sup>  
Birgit Hacker<sup>3</sup>  
Hansjörg Bachmann<sup>2</sup>

(für die Konsensusgruppe Kontinenzschulung im Kindes- und Jugendalter, KgKS e.V., [www.kontinenzschulung.de](http://www.kontinenzschulung.de))

Im Jahr 2007 hat sich die Konsensusgruppe Kontinenzschulung im Kindes- und Jugendalter KgKS e.V. in Bremen gebildet. In dieser seit 2004 bestehenden multidisziplinär zusammengesetzten Arbeitsgruppe sind Empfehlungen zur strukturierten Diagnostik und Therapie von einnässenden Kindern erarbeitet worden. Bedeutsame komorbide Störungen wie Entwicklungsstörungen, Lernbehinderungen, nephrologisch/urologische (Harnwegsinfektionen, VUR), gastroenterologische (Obstipation, Enkopresis) und psychiatrische Komorbiditäten (z.B. ADS, ADHS) sollen im Rahmen der Diagnostik erkannt werden. Harninkontinenz und bestehende Komorbiditäten müssen von Beginn an gemeinsam betrachtet werden.

Für Kinder, bei denen die Diagnose einer funktionellen Harninkontinenz gestellt wird, bei denen bedeutsame Komorbiditäten ausreichend behandelt sind und die nach ausführlicher Beratung und Instruktion weiter tagsüber und/oder auch in der Nacht einnässen, wurde das Modell einer Kontinenzschulung entwickelt. Mit ihren Rahmenbedingungen und Qualitätsmerkmalen orientiert sich die Kontinenzschulung an schon etablierten Schulungsmodellen (z.B. Asthmaschulung/Neurodermitisschulung).

Die Kontinenzschulung ist eine interdisziplinäre Gruppenschulung, die auf den Prinzipien der Urotherapie basiert. Urotherapie bezeichnet die integrierte Anwendung nicht-medikamentöser und nicht-invasiver Verfahren zur Behandlung des Einnässens; wesentliche Bestandteile dieser Therapieform sind Information und Entmystifizierung über Entwicklung und Funktion der Harnblase und der Blasenentleerung, Anleitung zu einem optimalen Miktionsverhalten, Empfehlungen zu ausgewogener Ernährung, zu optimalem Trinkverhalten und auch regelmäßiger Darmentleerung. Verhaltenstherapeutische, systemische und lösungsorientierte Elemente werden eingesetzt. Erste Erfahrungen zeigen, dass Urotherapie bei Kindern mit funktioneller Harninkontinenz langfristig wirksam ist.

## Übergeordnete Ziele der Kontinenzschulung sind:

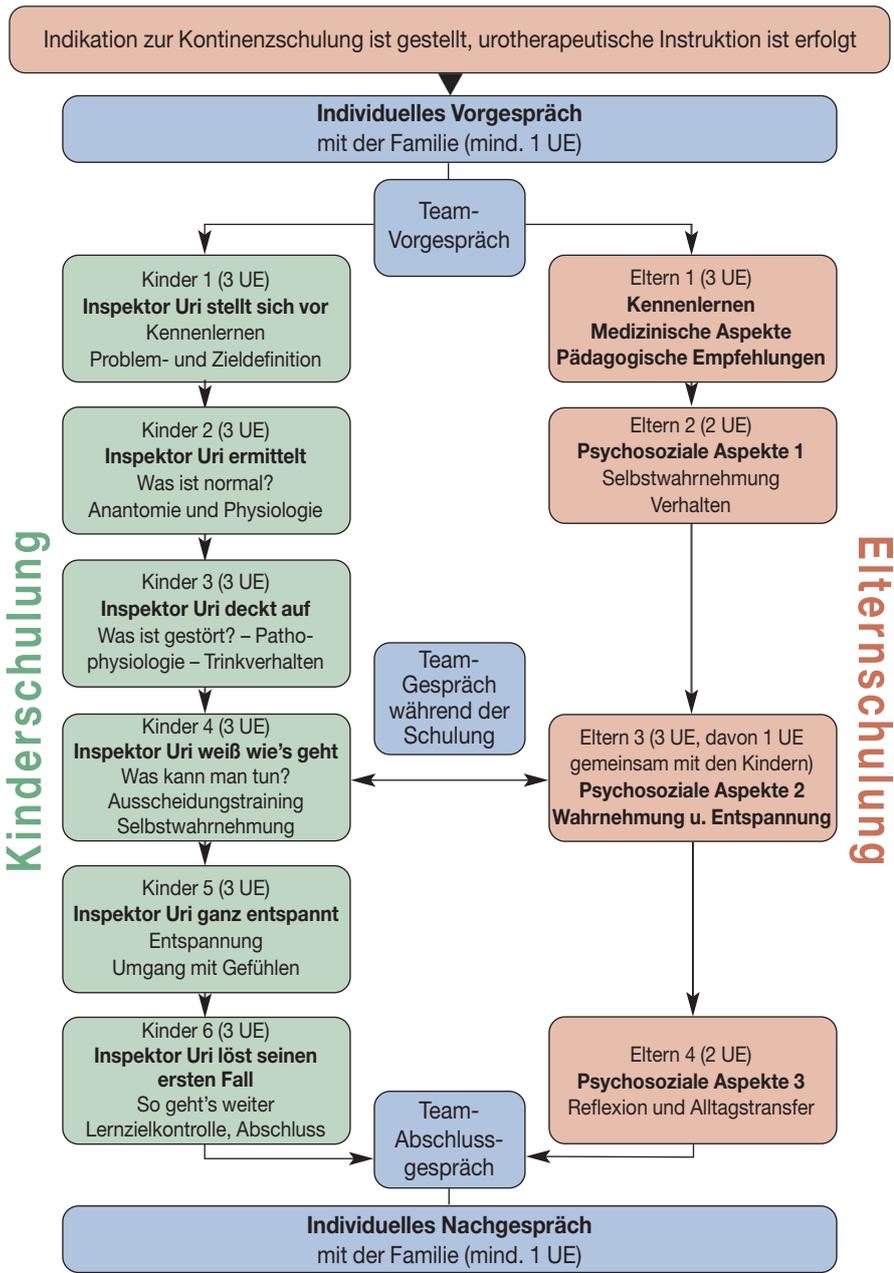
- Verbesserung der körperlichen und seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit funktioneller Harninkontinenz
- Entlastung der Betroffenen und ihrer Familien und somit Reduktion der inkontinenzbezogenen, innerfamiliären Konflikte
- Stärkung der Selbsthilfepotenziale und Förderung der Selbstwirksamkeit
- Optimierung der Therapie auch unter gesundheitsökonomischen Aspekten

An einer Kontinenzschulung teilnehmen können Kinder und Jugendliche mit überaktiver Blase, dyskoordinierter Miktion, Miktionsaufschub, nicht monosymptomatischer Enuresis nocturna oder einer Kombination aus diesen Störungsbildern. Für Kinder im Vorschulalter liegt der Schwerpunkt auf der Elternschulung mit dem Fokus der Entmystifizierung, Aufklärung und Entlastung. Jugendliche ab einem Alter von 12 Jahren können in einer Patientenschulung ohne Eltern geschult werden. Die Modell-Schulung (Abb. 1) ist vor allem für Kinder zwischen dem 7. und 12. Lebensjahr entwickelt worden. Die Lesefähigkeit der Kinder ist erwünscht, jedoch keine zwingende Voraussetzung. Geschlechtshomogene Gruppen mit 2 bis 6 Kindern werden gebildet, Mütter und Väter sollten – wenn möglich – an der Elternschulung teilnehmen.

Das Schulungsteam ist grundsätzlich interdisziplinär zusammengesetzt und besteht aus mindestens drei verschiedenen Berufsgruppen: Arzt, Psychologe/Pädagoge, Medizinische Assistenzberufe (z.B. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Physiotherapeut, Ergotherapeut, Urotherapeut). Mindestens ein Mitglied des Schulungsteams muss ein Trainerzertifikat der Konsensusgruppe Kontinenzschulung (KgKS) besitzen und aktiv an der Schulung teilnehmen. Wünschenswert ist, dass jedes Teammitglied die Ausbildung zum Kontinenztrainer durchlaufen hat. Das Kontinenzschulungsprogramm der KgKS umfasst 18 Unterrichtseinheiten in 6 Schulungseinheiten für die Kinder und 10 Unterrichtseinheiten in 4 Schulungseinheiten für die Eltern, (davon 1 UE gemeinsam mit den Kindern). Hinzu kommen das individuelle Vor- und Nachgespräch mit der Familie in jeweils mindestens einer Unterrichtseinheit. Insgesamt werden somit 30 Unterrichtseinheiten absolviert.

Abbildung 1 verdeutlicht den modellhaften Ablauf der Kontinenzschulung. In der Schulung werden vier wesentliche inhaltliche Bereiche bearbeitet: (1) Medizini-

1 Universitätskinderklinik Münster, Pädiatrische Nephrologie  
2 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum Links der Weser, Bremen  
3 Klinik für pädiatrische Nephrologie, Universitätsklinikum Essen



Kinderschulung

Elternschulung

Abb. 1: Ablauf einer Kontinenzschulung nach dem Modell der KgKS

sche Aspekte, (2) Wahrnehmungsaspekte, (3) Verhaltensaspekte und (4) Psychosoziale Aspekte. Umfangreiche methodische und didaktische Materialien und Leitfäden für die Schulung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien wurden zusammengestellt, getrennt für Kinder und Eltern (Kinderschulung/Elternschulung). Ein Trainerleitfaden für die Modellschulung für Kinder und Eltern wurde erstellt. Kriterien für die Evaluation und Qualitätsmerkmale dieses Schulungskonzeptes sind in der Entwicklung. Im Frühjahr 2010 wird das Manual für die standardisierte Diagnostik, Therapie und Schulung bei Kindern mit funktioneller Harninkontinenz veröffentlicht (Pabst Science Publishers), Kontinenzschulungen sind für 2010 geplant.

Informationen unter [www.kontinenzschulung.de](http://www.kontinenzschulung.de).

**Interessenkonflikt:** Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzautor:  
Dr. med. Eberhard Kuwertz-Bröking  
Universitätskinderklinik Münster,  
Pädiatrische Nephrologie  
Waldeyerstraße 22  
48145 Münster  
Tel. 0251-9813311  
Fax: 0251-9813336  
[broekin@uni-muenster.de](mailto:broekin@uni-muenster.de)

Red.: Riedel

## Schwerpunkt: Schulungen bei chronischen Erkrankungen

## Diabetes-Schulung im Kindes- und Jugendalter



Prof. Dr. Karin Lange

Prof. Dr. Thomas Danne

Seit Einführung moderner intensivierter Therapieformen in den 80er-Jahren sind Eltern von jüngeren Kindern mit Typ 1 Diabetes und betroffene Jugendliche in weiten Teilen für die kontinuierliche Anpassung der Insulinbehandlung an den Alltag verantwortlich. Entsprechend wird in allen aktuellen evidenzbasierten pädiatrischen Diabetesleitlinien die kontinuierliche Schulung der Familien als integraler Teil der Langzeitbehandlung beschrieben (1, 6). Auch im Rahmen des „Disease-Management-Programms“ (DMP) Diabetes sind regelmäßige Schulungen vorgesehen (4).

## Bedarfsgerechte pädiatrische Angebote

Die spezifisch auf die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen mit Typ 1 Diabetes ausgerichteten Schulungen müssen individuell an die Diabetesdauer, den Entwicklungsstand des Kindes, die familiäre und psychosoziale Situation und die aktuelle Therapieform adaptiert werden (Abb. 1). Sie sollten daher durch ein qualifiziertes multiprofessionelles Team erfolgen (Pädiater/Diabetologe DDG, Diabetesberaterin DDG, Ernährungberaterin sowie assoziierter Kinderpsychologe und Sozialarbeiter).

Zwei multizentrisch evaluierte Schulungsprogramme für Kinder bzw. für Jugendliche wurden dazu vom Bundesversicherungsamt im Rahmen des DMP Typ 1 Diabetes zugelassen (2, 5). Ein strukturiertes, evaluiertes Schulungsprogramm für Eltern von Kindern mit Diabetes liegt ebenfalls vor (3).

## Mehr als Wissensvermittlung

Alle Schulungen vermitteln nicht nur die notwendigen Kenntnisse über den Typ 1 Diabetes und seine Behandlung mit mehreren Insulininjektionen täglich oder einer Insulinpumpe; sie sind ebenfalls auf die Integration der Therapie in den Alltag der Familien, die Förderung einer konstruktiven Krankheitsakzeptanz, das Training von Selbst-Management-Fertigkeiten und die Bewältigung von seelischen Belastungen ausgerichtet. Für Eltern werden zusätzlich alterstypische Erziehungsfragen angesprochen, die sich aus der Doppelrolle als Therapeuten und wichtigste Bezugspersonen ihres Kindes ergeben.

## Weichenstellung bei Manifestation

Nach der Manifestation des Diabetes findet die Initialschulung in der Regel während des derzeit durchschnittlich 12 Tage andauernden stationären Aufenthalts statt. Wegen der relativen Seltenheit der Stoffwechselstörung wird diese Schulung individuell für beide Eltern, das Kind und andere wichtige Betreuer angeboten. Allgemeine Ziele sind dabei Krankheitsakzeptanz, Angstbewältigung, Vermittlung von Grundwissen und Vorbereitung auf den Alltag. Der Unterricht selbst sollte flexibel an die Aufnahmefähigkeit, das Verständnis, die Lebensumstände und das aktuelle seelische Befinden der Familienmitglieder angepasst werden. Besonders effektiv sind praktische Schulungselemente nach dem Prinzip des „learning by doing“, die von pädiatrisch qualifizierten Diabetesberaterinnen DDG eingesetzt werden. Dabei ist ein möglichst schneller Einbezug aller Beteiligten in die tägliche Therapie sinnvoll, damit Eltern und Kinder ein Gefühl der Selbstkompetenz entwickeln.

## Ständig dazulernen

Zusätzlich sind regelmäßige Folgeschulungen vorgesehen, in denen neben der Anpassung der Therapie an neue Lebensumstände, z. B. den Schuleintritt, auch auf neue psychosoziale Herausforderungen eingegangen wird. Ziele in Folgeschulungen sind Therapieoptimierung, Klärung individueller Fragen, Selbstmanagement, Selbständigkeit sowie soziale Integration. Etwa alle zwei Jahre wird die Teilnahme an einem Schulungskurs für „Fortgeschrittene“ empfohlen. Die Schulungen sollten dabei in kleinen homogenen Gruppen (4 bis 6 Familien) jeweils separat für Kinder, Jugendliche und Eltern etwa gleichaltriger Kinder erfolgen. Abbildung 1 stellt eine alters- und bedarfsgerechte Gliederung der Diabetesschulung in der Pädiatrie dar.

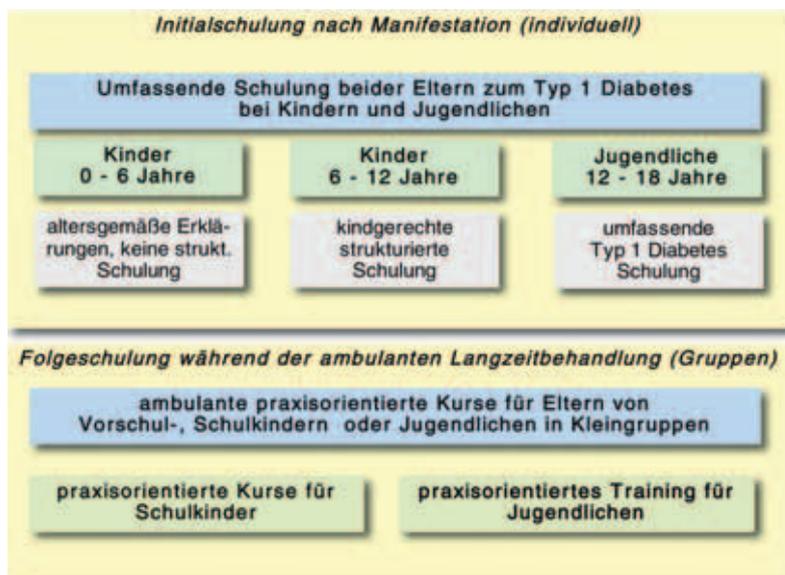


Abb. 1: Gliederung der Diabetesschulung in der Pädiatrie



Abb. 2: Materialien des 2009 erschienenen Diabetesschulungsprogramms für Jugendliche (5)

### Diabetesschulung in unterschiedlichen Altersgruppen (Abb. 2)

Klein- und Vorschulkinder sind von strukturierten Schulungen überfordert. Wichtig sind für sie kindgerechte Erklärungen für den Klinikaufenthalt, die Erkrankung und die Behandlung, um Ängsten oder bedrohlichen Phantasien entgegenzuwirken. Die Verantwortung für die Behandlung dieser Kinder liegt in den Händen ihrer Eltern. Typisch für diese Lebensphase sind z. B. nur schwer vorhersagbarer Hunger und Bewegungsdrang, die Unfähigkeit, Hypoglykämieanzeichen selbständig zu erkennen und zu benennen, sowie Stimmungsschwankungen, die die Durchführung der Behandlung erschweren (z. B. Trotzanfälle). Dadurch stellt die Diabetestherapie für die Eltern eine hohe psychische und zeitliche Belastung dar. Eine intensive Schulung von Eltern mit sehr jungen Kindern und eine psychologische Beratung sind deshalb notwendig.

Schulkinder müssen in ihrem Alltag bereits selbständig Entscheidungen treffen – auch bei der Behandlung ihres Diabetes. Wie stoffwechselgesunde Gleichaltrige können und sollen sie nicht ständig von ihren Eltern beaufsichtigt werden. Eine Voraussetzung für den Aufbau selbständigen Verhaltens ist die Vermittlung von altersangepassten Informationen über die Krankheit, die Behandlung und das richtige Verhalten in besonderen Situationen, z. B. bei einer Hypoglykämie. Obwohl die Verantwortung für die Therapie noch weitestgehend bei den Eltern liegt, sollte jedem Kind dieser Altersgruppe eine strukturierte Schulung angeboten werden, damit die Kinder ein möglichst wenig eingeschränktes und sicheres Leben führen können (Abb. 3). Das „Diabetes-Buch für Kinder“ für 6–12-jährige regt durch Übungs- und Spielvorschläge zu aktivem Lernen an (2).

Die Pubertät geht mit umfassenden biologischen Entwicklungen, körperlichen, kognitiven und emotionalen Reifungsprozessen einher. Abstraktes, zukunftsorientiertes und logisches Denken wird in diesem Alter möglich und macht Jugendlichen die Chronizität des Diabetes und die Bedrohung durch Folgeerkrankungen zunehmend bewusst. Diese veränderte Sichtweise kann gerade im Zusammenspiel mit ebenfalls für diesen Lebensabschnitt typischen emotionalen Schwankungen und kritischer Selbstreflexion zu depressiven Verstimmungen

führen. Aufgrund der entwicklungspsychologischen Besonderheiten sollten in der Schulung von Jugendlichen besonders auch psychosoziale Kompetenzen trainiert werden (5). Sie gelten als grundlegende Voraussetzung dafür, dass Patienten langfristig motiviert sind, die Verantwortung für ihre Therapie zu übernehmen und diese mit ihrem Alltag zu verbinden.



Bis ins Jugendalter ihres Kindes hinein tragen Eltern weitestgehend die Verantwortung für dessen Diabetes-therapie. Folglich benötigen Mütter und Väter eine umfassende, auf das Alter des Kindes abgestimmte detaillierte Schulung. Neben sachlicher Information über die Therapie geht es vor allem darum, Eltern zu einer realistischen und gleichzeitig zuversichtlichen Einschätzung der Prognose ihres Kindes zu verhelfen und sie in die Lage zu versetzen, ein weitestgehend normales Aufwachsen mit einer bestmöglichen Stoffwechseleinstellung zu verbinden.

Literatur bei den Verfassern

**Interessenkonflikt:** Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Prof. Dr. Karin Lange  
Medizinische Hochschule Hannover  
Medizinische Psychologie OE 5430  
Carl Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover

Prof. Dr. Thomas Danne  
Kinderkrankenhaus auf der Bult Hannover  
Janusz-Korczak-Allee 12, 30172 Hannover

Red.: Riedel

**Abb. 3: „Fit für die Schule“: ein Diabeteskurs für Schulanfänger mit einer Insulinpumpentherapie am Kinderkrankenhaus auf der Bult Hannover**

## Schwerpunkt: Schulungen bei chronischen Erkrankungen

## Neurodermitisschulung



Dr. med. Sibylle Scheewe

1996 wurde das Projekt Neurodermitisschulung „zur besseren Vorsorge und Versorgung von Kindern mit atopischer Dermatitis (Neurodermitis)“ vom Bundesministerium für Gesundheit mit Unterstützung der Krankenkassen ins Leben gerufen. Vier pädiatrische Zentren und vier dermatologische Zentren wurden in Deutschland an diesem Projekt beteiligt, bei dem es um den Nachweis der Wirksamkeit ambulanter Schulungssysteme bei atopischer Dermatitis ging. Die acht Zentren wurden wegen ihrer langjährigen Erfahrungen mit unterschiedlichen Schulungsmodulen im Erwachsenen- und Kinderbereich ausgewählt: Universität Berlin (Pädiatrie), Giessen (Dermatologie), Erlangen (Dermatologie), Hannover (Dermatologie), München (Dermatologie), Kinderkliniken Osnabrück, Köln, Sylt/Westerland. Diese Zentren schlossen sich zur Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung (AGNES) zusammen.

Über zwei Jahre trafen sich die interdisziplinären Teams aus Ärzten, Psychologen, Ernährungsfachkräften, Pädagogen und Pflegepersonal und erarbeiteten ein gemeinsames Schulungsprogramm für Kinder von 8 bis 12 Jahren, Jugendliche bis 17 Jahre und für Eltern. Parallel dazu wurde ein Qualitätshandbuch zur Didaktik und Methodik der Schulung, zu organisatorischen Voraussetzungen der ambulanten Schulung sowie zur Durchführung von Trainerausbildungen geschrieben. Das Projekt der AGNES wurde wissenschaftlich evaluiert und hat aufgrund seines eindeutig nachgewiesenen Nutzens [1] die Kostenübernahme durch die Krankenkassen erreicht. Der folgende Artikel schildert die Neurodermitis-Elternschulung im Überblick, die Neurodermitis-Jugendschulung als Kurzfassung und ein Methodik/Didaktikbeispiel aus der Kinderschulung.

## Ziele und Credo der Patientenschulung

Die Teilnehmer sollen durch den Kurs in die Lage versetzt werden, Inhalte und Hintergründe gesicherter Erkenntnisse und Therapien zu verstehen, zu werten und für sich zu nutzen. Diese Erkenntnisse und Therapien stützen sich auf die jeweils aktuellen Leitlinien oder Therapieempfehlungen folgender Gesellschaften: DDG, DGAKI, GPA, AWMF.

Alle Themenbereiche werden handlungsrelevant aus Sicht der Kinder, Jugendlichen und Eltern vermittelt.

Wesentliche Voraussetzung für den Schulungskurs ist eine partnerschaftliche, verantwortungsvolle Arzt/Trainer-Patienten-Beziehung. Die Teilnehmerzahl ist auf 6–8 Patienten bzw. Elternteil begrenzt.

## Rahmenbedingungen und Methodik der ND-Schulung

Das ND-Schulungsprogramm enthält verhaltenstherapeutische, familientherapeutische und körperbezogene Elemente [2].

Ambulante Kinder-, Jugendlichen- und Elternschulungen umfassen 6 Einheiten à 2 Doppelstunden, nach Möglichkeit im Abstand von mindestens einer Woche, um das Einüben erlernter Fertigkeiten im Alltag zu gewährleisten und Rückmeldungen in der darauffolgenden Einheit zur Vertiefung des Erlernten zu nutzen. Die Räumlichkeiten sollen für eine interaktive Edukation eingerichtet sein. Schulungsmaterialien sind für die visuelle, auditive und haptische Wahrnehmung gestaltet. Frontalunterricht wird immer mit Patienten-Trainerkommunikation bzw. Bewegungs- und Entspannungsübungen in der Kinderschulung gepaart. In der Elternschulung kommen Entspannungsmodule und in allen Alterstufen praktische Anleitungen der Hautbehandlung hinzu (Abb. 1).

In Tabelle 1 wird ein Überblick zur Elternschulung gegeben (in Klammern zuständige Berufsgruppe A=Arzt, Ps=Psychologe oder Psychotherapeut, K=Krankenschwester, EF=Ernährungsfachkraft, TN=Teilnehmer)

Abb. 1: „Eincremmassage in der Elternschulung“



| Einheit   | Thema  | Methodik  |
|-----------|--|---|
| 1 (A, Ps) | Kennenlernrunde, Wissensstand und Erwartungen der Teilnehmer (TN) klären<br>Klinisches Bild der ND<br>Juckreiz/Kratzzirkel, Diagnostik bei ND, Kurzentspannung   | Flipchart mit Karten oder Zuruf der TN bestücken<br>Einführungsvortrag, Wahrnehmungübung zum Juckreiz, Rollenspiel, verschiedene Techniken ausprobieren und als Hausaufgabe   |
| 2 (Ps)    | Besprechen der Hausaufgabe, Kratzalternativen, Belastung und Schlafdefizite, Krankheitsverständnis des Kindes, Entspannung, positive Aspekte des Kindes deutlich machen, Kurzentspannung   | Diskussion über Juckreiz-Kratzzirkel anhand eines Plakats, Vorschläge, Austausch „(positive Aspekte“), Ausprobieren. Trainer beleuchtet mit den Eltern verschiedene Ideen der Eltern auf Alltagstauglichkeit, Entspannung üben, z.B. „Wettermassage“, als Hausaufgabe „Wochenbogen“   |
| 3 (K)     | Besprechen der Hausaufgabe, Stufenplan der Salbenbehandlung, juckreizlindernde Maßnahmen, Kleidung, Körperreinigung, Hygiene und Technik des Eincremens, Verbände, Vorstellung und Testung von Externa und Bädern, Kurzentspannung | Wochenbogen durchgehen, anhand des Stufenplans (Arbeitsblatt) Kennenlernen der SCORAD-bezogenen Therapie, Materialien anfühlen lassen, Eincremen üben, kühlende Verbände und Techniken anwenden und zeigen, Analyse mitgebrachter Produkte anhand der INCI-Liste, Restriktionen bei Wasseranwendungen diskutieren/abmildern, Hausaufgabe: Nahrungsmittelkarten ausfüllen zum Thema: „mein Kind hat eine NM-Unverträglichkeit/-Allergie“ oder „keine“ als Vorbereitung auf die Einheit 4 |
| 4 (EF)    | Besprechen der Hausaufgabe, Einfluss von Nahrungsmitteln, kindgerechte Ernährung bei ND, alternative Ernährungsformen, oligo-allergene Diät als diagnostisches Mittel, Anwendung von Diätformen                                    | Karten werden sortiert nach NM-Unverträglichkeit/Allergie:<br>„Menge“ versus „Spur“, Erfahrungsaustausch, Verkostung von z.B. Kuhmilchalternativen, alternative Brotaufstriche etc., Koch- und Backtipps, wie vermeide ich Mangelernährung, Austausch von Adressenlisten, Vorstellung von Büchern, Internetadressen, Broschüren, Wochenbogen als Hausaufgabe  |
| 5 (A)     | Besprechen der Hausaufgabe (Kratzalternativen, wie geht's damit?), Stufenplan 3: Cortison, Calcineurin-Inhibitoren (CNI), systemische Behandlung, Komplikationen bei ND, unkonventionelle Heilmethoden, Kurzentspannung            | Information über Cortison/CNI/Ciclosporin, Erfolge, Bedenken, Freude, Ängste über die Therapien ansprechen, Austausch, Karten zu Argumenten der Eltern sammeln, nach Info-Block noch einmal reflektieren, nebenwirkungsarme Anwendungen vermitteln, offene Runde anhand z.B. Arbeitsblatt „Naturheilverfahren“, „evidenced based medicine“ erklären   |
| 6 (A,Ps)  | Besprechen der Hausaufgabe, sind Erwartungen erfüllt?, Kontakt zu meinem Arzt, Rückmeldung des Erlernten zwei Monate nach dem Kurs vorbereiten, Abschlussgespräch zusammen mit Kindern   | Kratzalternativen anhand Wochenbogen reflektieren, Gesprächsrunde, Rollenspiel Arzt-Patienten-Verhältnis, Eltern schreiben Brief an sich selbst, mit Kindern zusammen: z.B. „activity“-Spiel, „Wetten, dass....“ Abschiedsritual  |

Tab. 1: Überblick über Elternschulung

Die Materialien der Schulung können anhand eines von der AGNES erstellten detaillierten Manuals [3], das jeder Trainer während seiner Trainerausbildung erhält, zusammengestellt und individuell ergänzt bzw. gestaltet werden. Die Trainerausbildung besteht aus einem 30-stündigen Theorieblock, einer 10-stündigen Hospitation und einer Supervision. Die ND-Trainer-Akademien sind an die AGNES-Zentren (s.o.) angegliedert und können über [www.neurodermitisschulung.de](http://www.neurodermitisschulung.de) erreicht werden.

### Jugendschulung

Die Jugendschulung wird nach Abschluss der wissenschaftlichen Studie im ambulanten Bereich v.a. an Wochenenden in Blockseminaren durchgeführt. Alternativ nutzen einige schwerer Betroffene die kompakte Schulung während einer stationären Rehabilitation [4, 5]. Dies war eine Konsequenz aus der Evaluation, da sich Jugendliche schwer über einen längeren Zeitraum von 6 Wochen motivieren lassen, an Schulungsmaßnahmen teilzunehmen, und auch die Fahrtkosten oftmals von den Familien nicht getragen wurden.

Die Schulungsinhalte haben über die Inhalte der Elternschulung hinaus folgende altersspezifischen Besonderheiten, die hier stichwortartig aufgeführt werden.

**1. Einheit:** Abstimmung der Wünsche der Gruppe, Einführung von Trainingspässen, Verabredung von Regeln der Gruppe (z.B. Verschwiegenheit innerhalb der Gruppe)

**2. Einheit:** persönliche Auslöser und Vermeidestrategien

**3. Einheit:** Körperpflege, hautschonende Hygiene, Kosmetika, was ist zu beachten bei invasivem Körperschmuck wie Piercing und Tatoowing

**4. Einheit:** non verbale und verbale Kommunikation mit Bezugspersonen und Arzt,

**5. Einheit:** Pseudoallergien, Ernährung im Schul- und Berufsalltag bei Allergien, Ernährung und Alkohol in der Freizeit

**6. Einheit:** offene Themen, Belastungserleben in neuen Situationen z.B. Bewerbungsgespräch, erster Sexualkontakt, Infoblock: Berufswahl, tätigkeitsgeprüfter Hautschutzplan bei Feuchtberufen, Brief an sich selbst: was nehme ich mir vor für die nächsten zwei Monate?

### Kinderschulung

Exemplarisch wird hier am Schulungsthema „Körperpflege“ der didaktische Aufbau eines 10-Minuten-Themas aus der 3. Schulungseinheit der Kinderschulung (8–12 J.) geschildert [3].

**Thema:** Rollenspiel zur Festigung des Themas „Baden und Duschen“

**Ziel:** Vertiefung der Kenntnisse, Steigerung der sozialen Kompetenz

**Material:** einige Shampoos, eventuell Handpuppen

### Beispielhafter Ablauf:

Kinder spielen Einkaufen von Hautpflegemitteln, wobei es darauf ankommt, den Verkäufer, gespielt vom Trainer oder einem der Kinder, richtig über die notwendigen Kriterien eines geeigneten Hautpflegeproduktes zu informieren. Der Trainer kann als Figur des Verkäufers das Spiel gut lenken.

### Zusammenfassung

Jeder Arzt macht auf seine Art „Patientenschulung“, wenn er chronisch hautkranke Kinder und deren Eltern in der Praxis berät, denn er bezieht die negativen und positiven Erfahrungen, die seit frühester Kindheit den Alltag seiner Patienten bestimmen, in die Beratung ein. Auch er nutzt im Einzelkontakt die Rückmeldung über ihre Befindlichkeiten, Fertigkeiten im Umgang mit der Neurodermitis und über vorhandene Kraftquellen, um durch seine ärztliche Intervention das Leben der Familien zu erleichtern.

In der Gruppenschulung durch ein interdisziplinäres Team werden Hautbehandlung, Selbstwahrnehmung und Juckreizbewältigung „hautnah“ vertieft und geübt. Der niedergelassene Pädiater und Dermatologe kann daran anknüpfen und die Patienten an ihre eigenen Möglichkeiten erinnern, Normalität in den Alltag einziehen und sich nicht von der Erkrankung dominieren zu lassen. Patientenschulung dient deshalb nicht nur dem Patienten, sondern auch dem ärztlichen Begleiter der Familie, der in der Praxis das erworbene Wissen und die Selbstwirksamkeit bei seinen Patienten als eigene Entlastung erleben wird.

Literatur bei der Verfasserin

**Interessenkonflikt:** Die Autorin teilt mit, dass kein Interessenkonflikt vorliegt

Korrespondenzadresse  
Dr. med. Sibylle Scheewe  
Fachklinik Sylt  
Steinmannstraße 52-54  
25980 Sylt/Westerland  
E-mail: sibylle.scheewe@drv-nord.de

Red.: Riedel



## Mehr Sicherheit für Kinder im Straßenverkehr

**mobit SICHER-RATGEBER**  
DAS VERKEHRSSICHERHEITSMANUAL  
„Kinder im Straßenverkehr“  
Tipps zur Vermeidung von Kinderunfällen

Dr. Rita Bourauel  
2. überarb. Auflage 2003,  
144 Seiten,  
ISBN 978-3-7950-0791-1  
**NUR € 9,90**

**SCHMIDT ROEMHILD** DEUTSCHLANDS ÄLTESTES VERLAGS- UND DRUCKHAUS SEIT 1579

**AUS DEM INHALT:**

|  |   |
|--|---|
| <p>⚠ <b>Welcher Kindersitz für mein Kind im Pkw?</b></p> <p>⚠ <b>Schwanger: Noch ans Steuer?</b></p> <p>⚠ <b>Warum sind Jungen im Straßenverkehr stärker gefährdet als Mädchen?</b></p> <p>⚠ <b>Vorbereitung auf den Straßenverkehr: Was müssen Eltern wissen?</b></p> | <p>⚠ <b>Spielraum Straße</b></p> <p>⚠ <b>Wie schicke ich mein Kind zur Schule?</b></p> <p>⚠ <b>Kinderbeförderung auf dem Fahrrad</b></p> <p>⚠ <b>Welches Rad für mein Kind?</b></p> <p>⚠ <b>Mehr als 100 Tipps zur Verkehrssicherheit</b></p> |
|--|---|

Mengstraße 16 23552 Lübeck

Tel. 04 51/70 31-267 Fax 04 51/70 31-281

www.schmidt-roemhild.de  
vertrieb@schmidt-roemhild.com

# Diagnostik und Behandlung der Kraniosynostosen

## Teil 2

### Funktionelle Folgen und Operationsindikation

Die Diagnose einer Kraniosynostose begründet noch keine Operationsindikation. Sie stützt sich ausschließlich auf die resultierenden Gesundheitsrisiken, die je nach Synostoseform erheblich variieren können. Bei der Beratung betroffener Familien werden meistens vier Fragenkomplexe angesprochen:

- Ist die psychosoziale Entwicklung durch spätere Händeleien gefährdet?
- Wird das Gehirn im deformierten Schädel geschädigt?
- Kann erhöhter Hirndruck entstehen? Welche Folgen sind zu befürchten?
- Wieweit sind indirekte Folgen oder andere Fehlbildungen zu berücksichtigen?

Das **Risiko der sozialen Ausgrenzung** wegen des auffälligen Anblicks steht bei den monosuturalen isolierten Synostosen im Vordergrund. Aus nahe liegenden methodischen Gründen stehen leider kaum objektive Daten zur Verfügung. Die psychosoziale Bedeutung z.B. der Sagittalnahtsynostose wurde früher wahrscheinlich überschätzt (2). Bei wenig entstellender Deformierung stellen einige Zentren heute nicht mehr die Operationsindikation (3, 16). Auch in der eigenen Klinik hat sich der Anteil der Kinder mit Sagittalnahtsynostose, bei denen letztlich die Operationsindikation gestellt wurde, von über 90 % in den 80er Jahren auf rund 50 % verringert. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass im Spontanverlauf zwar eine messbare geringe, aber keine auffällige Zunahme der Deformierung befürchtet werden muss.

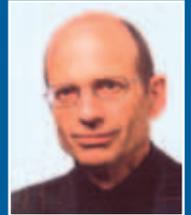
Größere Sorgen machen sich die Familien um die **geistige Entwicklung**, weil das Gehirn im deformierten Schädel eingeeengt werde. Bei isolierten Einzelnahtsynostosen gibt es hierfür aber zunächst keinen Hinweis: Nach konventionellen Maßstäben verläuft die mentale Entwicklung wie in der Durchschnittsbevölkerung (16), was die eigenen Beobachtungen z.B. bei der Sagittalnahtsynostose bestätigen (Tab. 1). Dennoch könnte die Deformierung des wachsenden Gehirns im deformierten Schädel eine gewisse Rolle spielen. Denn mit psychometrischen Tests fand man selbst bei der Sagittalnahtsynostose und anderen monosuturalen Synostosen im Vergleich zu gesunden Kollektiven geringe Leistungsschwächen. Eine Operation scheint diese wahrscheinlich schon pränatal entstandene Alteration aber nicht beseitigen zu können (17).

Wenn die Schädelkapazität mit dem Hirnwachstum nicht Schritt halten kann, steigt der Hirndruck an: Kraniosynostose im engeren Sinn (24). Im Gegensatz zu den vorgenannten Folgen stellt die **Hirndrucksteigerung** ein

gut belegtes Risiko dar. Sie bedroht auf jeden Fall die Sehnerven und kann langfristig bis zur **Erbblindung** führen. Dieses Risiko ist aber bei Einzelnahtsynostosen ausgesprochen gering und scheint sich weitgehend auf die Sagittalnahtsynostose zu beschränken, wie Tabelle 1 zeigt. Selbst hierbei kommt es nach unseren Erfahrungen im ersten Lebensjahr nicht zu erhöhten Hirndruckwerten.

Ganz anders liegen die Verhältnisse bei den erblichen Synostosesyndromen. So entwickelten fast alle unsere Crouzon- und Pfeiffer-Patienten im Laufe der Kindheit eine Hirndrucksteigerung, die Mehrzahl davon mit – teilweise irreversibler – Beteiligung der Sehnerven. Patienten mit Apert- oder Saethre-Chatzen-Syndrom sind weniger, aber immer noch erheblich gefährdet (Tabelle 1). Gemeinsam ist den genannten Syndromen, dass bei ihnen, wie bei der Pansynostose, in den ersten vier Lebensjahren mehrere Schädelnähte fusionieren, während z.B. beim Muenke-Syndrom die Synostose auf die Koronarnaht beschränkt bleibt. Unter den isolierten Einzelnahtsynostosen haben wir eine Fusion weiterer Nähte fast ausschließlich beim Skaphozephalus beobachtet.

Betrachtet man in Tabelle 1 die verschiedenen Synostoseformen nach den Kriterien Hirndrucksteigerung und mentale Einschränkung, so fällt auf, dass sich beide Probleme unabhängig voneinander verhalten: Während sich die Crouzon-Patienten trotz häufiger und schwerer Hirndrucksteigerung zumindest nach einfachen klinischen Maßstäben durchweg normal entwickelten, konnten trotz geringerer Gefährdung nur knapp 30 % unserer Apert-Kinder eine Regelschule besuchen. Eine ähnliche



Prof. Dr. Hartmut Collmann

Dr. Tilmann Schweitzer<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Sektion Pädiatrische Neurochirurgie, Neurochirurgische Universitätsklinik Würzburg

|                       | Pat. N | Erhöhter Hirndruck (%) | Stauungspapille, Optikusatrophie (%) | Mentale Einschränkung (%) |
|-----------------------|--------|------------------------|--------------------------------------|---------------------------|
| Sagittalnahtsynostose | 328    | 7                      | 1,5                                  | 3                         |
| Frontalnahtsynostose  | 117    | 3                      | 0                                    | 12                        |
| Pansynostose          | 22     | 86                     | 64                                   | 18                        |
| Crouzon, Pfeiffer     | 53     | 92                     | 53                                   | 4                         |
| Apert                 | 44     | 64                     | 14                                   | 70                        |
| Saethre-Chatzen       | 68     | 35                     | 28                                   | 4                         |
| Muenke                | 42     | 5                      | 0                                    | 33                        |

**Tab. 1: Intrakranielle Drucksteigerung, Optikusbeteiligung und mentale Einschränkung bei ausgewählten Synostoseformen. Beurteilung der mentalen Einschränkung nach dem vierten Lebensjahr ohne formale Testung nach klinischen Kriterien. Aus methodischen Gründen dürfte das individuelle Lebensrisiko für alle drei Kriterien etwas höher liegen als in den Zahlen zum Ausdruck kommt.**

**Klassische Hirndrucksymptome fehlen bei Kraniosynostosen meistens**

Diskrepanz zeigt sich beim Muenke-Syndrom. Von den isolierten Synostosen ist nur die Frontalnahtsynostose häufiger mit einer geistigen Entwicklungsstörung verbunden. Diese Beobachtungen lassen den Schluss zu, dass **zumindest schwere mentale Entwicklungsstörungen bei Kraniosynostosen keine Folgeerscheinungen, sondern Begleiterscheinungen darstellen, was z.B. für das Apert-Syndrom auch morphologisch belegt ist.** Bei der Frontalnahtsynostose sei an die heterogene Ätiologie erinnert, während die Verhältnisse bei der Pansynostose noch unklar sind.

Das Gehirn scheint also insgesamt gegenüber einer chronischen intrakraniellen Drucksteigerung widerstandsfähiger als erwartet zu sein, was an die Verhältnisse

beim Pseudotumor cerebri erinnert. Dennoch gibt es Hinweise auf eine Schädigung des Gehirns bei schwerer Hirndrucksteigerung, wenn nämlich in seltenen Fällen der Hirndruck bis in die Nähe des Blutdrucks steigt und damit der Perfusionsdruck des Gehirns eine kritische Grenze erreicht. So haben wir selbst bei drei Patienten Grenzzoneninfarkte beobachtet. Auch bei der Kleeblatt-Deformität scheinen Hirnschäden möglich zu sein, möglicherweise ebenfalls auf vaskulärer, z.B. venöser Grundlage.

**Diagnostik der Hirndrucksteigerung**

Anders als meistens erwartet führt die Kraniosynostose nur selten zu Symptomen wie Kopfschmerzen oder gar Erbrechen. **Ein irreversibler Optikus Schaden kann ohne subjektive Beschwerden eintreten.** Hinweise auf den erhöhten Hirndruck müssen daher gezielt gesucht werden. Als einziges äußerlich sichtbares, aber seltenes Zeichen gelten **dilatierete und prominente Kopfhautvenen.** Meistens muss man sich auf die Hirndruckzeichen am Augenhintergrund und auf Röntgenbilder stützen. Wegen der großen Bedeutung der Optikus Schädigung lastet auf dem Ophthalmologen eine große Verantwortung. **Dreimonatige Untersuchungsintervalle** haben sich nach eigener Erfahrung bei den oben genannten Risikopatienten bewährt, ein zweifelhafter Befund sollte nach vier Wochen kontrolliert werden. Auch gering prominente Stauungspapillen können langfristig zur Optikus atrophie und zu irreversiblen Ausfällen führen. Umgekehrt lässt eine Optikus atrophie bei gesicherter Synostose auf einen chronisch erhöhten Hirndruck schließen. Frühere Vorstellungen, wonach die Sehnerven durch direkte Kompression in ihrem knöchernen Kanal geschädigt werden können, haben sich als Irrtum herausgestellt. Entsprechende Untersuchungen des Optikus kanals sind daher überflüssig.

**Das klassische röntgenologische Bild der Hirndrucksteigerung ist der Wolkenschädel.** Er entsteht durch lokale Atrophie der Tabula interna über den Hirnwindungen, entspricht also einem Abdruck der Hirnoberfläche. Beweisend ist er nur bei kräftiger Ausprägung, denn Impressiones digitatae geringerer Ausprägung kommen im Wachstumsalter auch normalerweise vor (Abb. 6 a-c). Der Wolkenschädel darf nicht mit dem Lücken-Leistenschädel als Ausdruck einer primär dysplastischen Knochenstruktur verwechselt werden. Besonders im Säuglingsalter wird dieses prominente Schädelinnenrelief nicht selten als Zeichen einer Hirndrucksteigerung fehlinterpretiert. **Für die Ausbildung eines „Wolkenschädels“ ist die Säuglingskalotte zu dünn.**

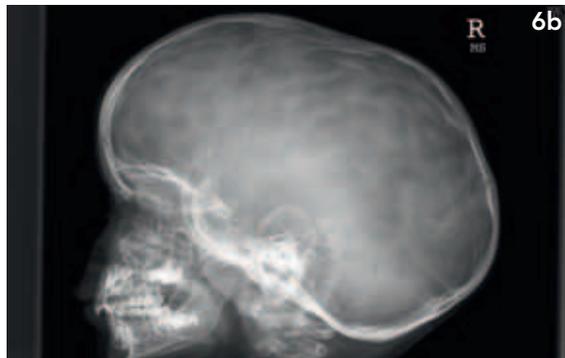
In allen unklaren Fällen bleibt die invasive Hirndruckmessung – heute mit intrazerebralen Sonden – die sicherste Methode. Da die Indikation streng gestellt werden muss, bietet sich in einigen Fällen die Kurzzeitmessung des lumbalen Liquordrucks als praktikable Ersatzlösung an. Kontraindikationen der Lumbalpunktion wie die Herniation der Kleinhirntonsillen sind natürlich zu beachten.

Abb. 6 a-c: Schädelinnenrelief im Röntgen-Nativbild bei Sagittalnahtsynostosen:

a) normale Impressiones digitatae,



b) Wolkenschädel,



c) angedeuteter Leisten-schädel



## Auswirkungen auf den Augen- und Gesichtsschädel

Der Exophthalmus beim Crouzon-, Pfeiffer- oder Apert-Syndrom zeigt, dass die Wachstumsstörung bei diesen Syndromen auch die Orbitae erfasst. Gefürchtete Folgen sind Hornhautschäden durch unvollständigen Lidschluss und im Extremfall rezidivierende Bulbusluxationen. Beim vorderen Plagiozephalus muss an die Schiel-Amblyopie gedacht werden, denn in den asymmetrischen Orbitae wirken die Augenmuskeln auf die Bulbi ungleichmäßig (12).

Die drei eben genannten Syndrome sind regelmäßig mit einer – meistens erheblichen – **Wachstumshemmung des Mittelgesichts** verbunden, die zu einer Einengung des Nasenrachens führt. Das resultierende **obstruktive Atemhindernis** kann in den ersten Lebensmonaten zum vorherrschenden Problem werden, obwohl die Rückverlagerung des Mittelgesichts (Retrognathie) bei Säuglingen noch wenig ins Auge springt und erst später deutlicher wird. Die gesundheitlichen **Risiken der Ventilationsstörung**, angefangen vom mangelhaften Gedeihen und einer verzögerten mentalen Entwicklung infolge Schlaffragmentierung bis hin zum bedrohlichen Cor pulmonale, zwingen zu konsequenter Diagnostik und ggf. Behandlung (23). Anamnese, klinische Beobachtung und oxymetrische Überwachung ergeben hinreichende Anhaltspunkte, die mit Hilfe der Polysomnographie detailliert geklärt werden müssen.

Im eingengten Nasenrachen wird gleichzeitig die Tuba Eustachii besonders häufig verlegt. Die **Überwachung des Mittelohres** gehört deshalb zur Routinediagnostik bei allen Kindern mit den genannten Syndromen, darüber hinaus auch bei Kindern mit Saethre-Chatzen und Muenke-Syndrom. Denn auch zu diesen Syndromen gehört eine leichte Mittelgesichtshypoplasie, die i.d.R. keine weiteren funktionellen Auswirkungen hat.

Mit zunehmendem Alter macht sich die Mittelgesichtshypoplasie schließlich in der **Zahnentwicklung und Kaufunktion** bemerkbar. Bei einem zu kleinen Zahnbogen des Oberkiefers muss man mit Störungen des Zahndurchbruchs rechnen. Die Retrognathie wirkt sich besonders negativ auf Beiß- und Kaufunktion aus: Bei grober Inkongruenz der Zahnbögen können viele Speisen nur in zerkleinerter Form eingenommen werden. Darüber hinaus sind die Zähne wegen der oft dominierenden Mundatmung durch Karies stärker gefährdet, eine sorgfältige Zahnpflege und zahnärztliche Überwachung sind daher von besonderer Bedeutung. Im Alter von vier bis fünf Jahren sollten alle Kinder mit den genannten Syndromen einem speziell erfahrenen Team aus Kieferorthopäden und maxillo-fazialen Chirurgen zur Erstellung eines langfristigen Behandlungsplanes vorgestellt werden.

## Begleitfehlbildungen

Intrakranielle Begleitfehlbildungen sind bei der einfachen Sagittalnahtsynostose ebenso wenig zu erwarten wie beim typischen Trigonozephalus, bei dem irrtümlicherweise nicht selten nach einer Holoprosenze-

phalie gesucht wird. Dagegen führt eine frühzeitige – im Säuglingsalter nachweisbare – Fusion der Lambdanaht zu einer Herniation der gleichseitigen Kleinhirntosille(n) in das Foramen magnum. Diese sog. **erworbene Chiari 1-Fehlbildung** ist zu erwarten bei der isolierten ein- oder doppelseitigen Lambdanahtsynostose, bei der kombinierten Synostose von Sagittal- und Lambdanaht (sog. „Mercedes-Benz-Syndrom“) und der Pansynostose (Abb. 2), vor allem aber bei der syndromgebundenen Lambdanahtsynostose, wie sie beim Crouzon- oder Pfeiffer-Syndrom häufig vorkommt (6). Beim Apert-Syndrom ist dies seltener der Fall, da die Lambdanaht meistens erst nach der Säuglingszeit fusioniert. Wegen der möglichen Folgen Hydrozephalus, Hydrosyringomyelie oder Kompression des Halsmarks ist bei allen genannten Formen eine routinemäßige MRT im ersten, spätestens im zweiten Lebensjahr zu empfehlen (10).

Beim Apert-Syndrom sind darüber hinaus primär assoziierte zerebrale Anomalien zu erwarten: Ventrikulomegalie (nicht druckaktiv!), echte Megalenzephalie, Agenesie des Septum pellucidum, Balkendysgenese bis -agenese. Das Muenke-Syndrom ist in ca. 30 % der Fälle mit einer mentalen Einschränkung ohne erkennbares morphologisches Korrelat und in ca. 30 % mit einer wesentlichen Innenohr-Schwerhörigkeit verbunden (18).

Von den extrazerebralen Begleitfehlbildungen werfen die schweren Syndaktylien beim Apert-Syndrom die größten Probleme auf. Die Kinder sollten möglichst frühzeitig und vor dem sechsten Lebensmonat einem spezialisierten Handchirurgen vorgestellt werden (14), der die Rekonstruktionsmöglichkeiten genau prüft. Die handchirurgischen Eingriffe sollten bis zum Ende des zweiten Lebensjahres weitgehend abgeschlossen sein. Rund 20 % der Apert-Kinder werden mit einer Gaumenspalte geboren, meistens auf das Velum beschränkt. Sie darf nicht mit den immer vorhandenen submukösen Schwellungen verwechselt werden, die einen zeltförmigen Gaumen erzeugen. Vor dem operativen Verschluss einer Spalte muss wegen der begleitenden Mittelgesichtshypoplasie der mögliche Effekt auf die Atmung bedacht werden. Dysplasien und Ankylosen der großen Gelenke, insbesondere Schulter- und Ellenbogengelenk, sind beim Apert- und beim Pfeiffer-Syndrom sowie einzelnen seltenen Syndromen zu erwarten. Fusionen von Wirbelkörpern und/oder -bögen kommen besonders beim Crouzon-, Pfeiffer-, Apert- und Saethre-Chatzen-Syndrom überwiegend im Zervikalbereich vor und können in der Kindheit fortschreiten (7). Ihre langfristige Bedeutung für die Funktion der Wirbelsäule und besonders der Bandscheiben der benachbarten beweglichen Segmente ist noch unklar, abgesehen davon, dass sie die Intubation erschweren können. Schließlich muss man besonders beim Apert-Syndrom nach Fehlbildungen des kardio-pulmonalen Systems und anderer innerer Organe fahnden (7).

## Behandlungsprinzipien

Die Behandlungsziele orientieren sich immer an zwei Aspekten, der funktionellen und der ästhetischen bzw.

**Atemstörungen gehören beim Crouzon- und beim Apert-Syndrom zu den wichtigsten Gesundheitsrisiken**

**Bei der Lambdanahtsynostose, beim Crouzon- und Pfeiffer-Syndrom muss nach einer Chiari 1-Fehlbildung gefahndet werden**

psychosozialen Problematik. Beide Aspekte variieren stark, weshalb jede Operationsentscheidung individuell getroffen werden muss unter Berücksichtigung des persönlichen Nutzens, der limitierten chirurgischen Möglichkeiten und der Risiken. Da es sich bei den Kraniosynostosen um Störungen eines komplexen, chemisch gesteuerten Wachstumsprozesses handelt, wird heute niemand erwarten, dass funktionierende Nähte auf chirurgischem Weg wiederhergestellt werden können. Auf

eben dieser Vorstellung beruhte aber die jahrzehntelange Praxis der linearen Kraniektomie, nämlich schmale Knochenstreifen entlang den fusionierten Nähten zu entfernen. Auch die Ummantelung der Knochenränder mit diversen Folien beruhte auf einem Irrtum. Denn die Reossifikation geht nicht von den Knochenkanten, sondern von der Duraoberfläche aus, was zur Einmauerung der Folien führte.

Dennoch wurden mit der alten Operationstechnik unbestreitbare Teilerfolge erzielt. Sie erklären sich damit, dass die feste Knochenhülle vorübergehend nachgiebig wurde und das deformierte Gehirn ein Stück zu seiner normalen Kontur zurückkehren konnte. Dieses Prinzip der „passiven Remodellierung“ wird heute effektiver durch **großflächige Kraniektomien** realisiert (9, 13) (Abb. 7a) und gilt bei der Sagittalnahtsynostose als Methode der Wahl. **Die Technik setzt aber ein rasches Hirnwachstum mit entsprechend raschem Knochenumbau und hoher Reossifikationsneigung voraus. Letztere nimmt nach dem sechsten Lebensmonat rasch ab, womit das Operationsalter limitiert ist.** In modifizierter Form kann die Technik noch einige Monate länger angewendet werden, wenn der operative Kalottendefekt mit Fragmenten des entnommenen Knochens partiell wieder aufgefüllt wird: „Morcellierung“ der Kalotte.

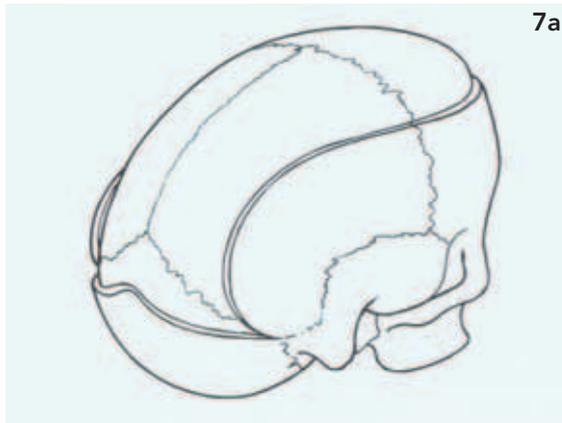
Für alle Kraniosynostosen, die mit einer Deformierung der Stirn verbunden sind, hat sich das Prinzip der aktiven Remodellierung als wirksamer erwiesen. Bei dieser Technik wird die Frontalschuppe unter Einschluss der Supraorbitalbögen herausgenommen, umgeformt und in gewünschter Position wieder eingesetzt; „Frontale Remodellierung“ bzw. „fronto-orbitales Advancement“ (Abb. 7b, Abb. 8a-b). Zur Fixierung werden kleine Metallplatten oder resorbierbare Kunststoff-Platten angeschraubt oder einfach Fäden verwendet. Bei der Pansynostose mit ihrer relativ geringen Deformierung wird diese Technik mit einer plastischen Rekonstruktion der Kalotte kombiniert, um den intrakraniellen Raum harmonisch zu erweitern: Operative Kalottenexpansion (Abb. 7c) (9).

Als Zugang hat sich für alle genannten Techniken der bikoronare Hautschnitt von Ohr zu Ohr durchgesetzt. Er wird heute in einer gebogenen, geschlängelten oder Zickzack-Linie geführt, damit die spätere Narbe besser durch die Haare verdeckt wird. Für die mediane Kraniektomie bei der Sagittalnahtsynostose wird seit einigen Jahren eine endoskopische Technik erprobt, die mit zwei kleineren Inzisionen über dem Vertex auskommt (15).

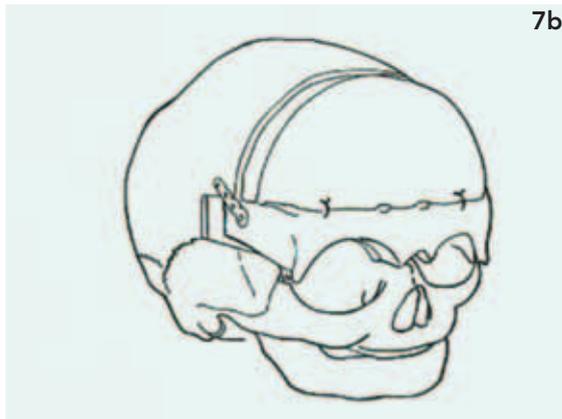
Auch die Mittelgesichtshypoplasie ist einer chirurgischen Behandlung zugänglich. Das Prinzip besteht in einer Osteotomie des Mittelgesichts in der Le Fort III-Ebene mit anschließender Vorverlagerung des gesamten Komplexes. Dabei müssen erhebliche Weichteilwiderstände überwunden werden. Die sofortige Verlagerung und Fixierung wurde deshalb durch die Technik der „Kallus-Distraktion“ ersetzt: Nach Mobilisierung des Mittelgesichtskomplexes wartet man den Beginn der Knochenheilung ab und dehnt dann den frischen Kallus über ein am Kopf angebrachtes Extensionsgerät. Ist die ge-

Abb. 7 a,b,c:  
Operationsverfahren an der Kalotte.

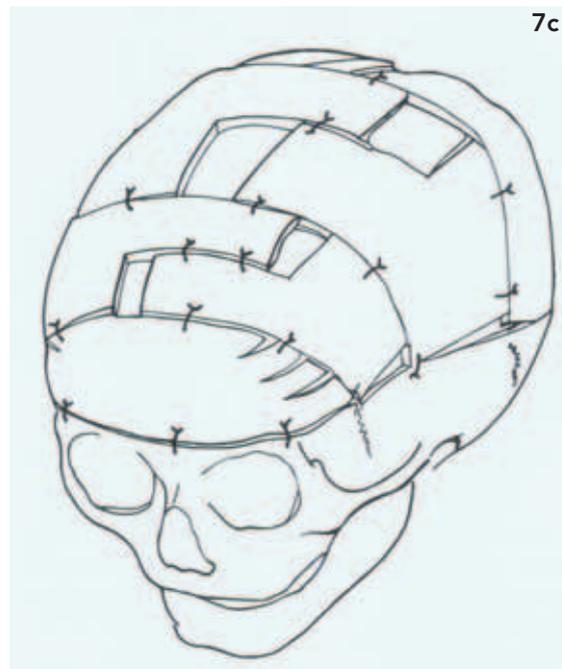
a) breite mediane Kraniektomie,



b) frontoorbitale Remodellierung,



c) totale Kalottenrekonstruktion (Kalottenexpansion)



wünschte Position erreicht, wartet man die Stabilisierung und Mineralisation der Knochennarbe ab, bis das externe Gerät nach insgesamt ca. drei Monaten wieder entfernt wird. Der Eingriff wird vorzugsweise nach Wachstumsabschluss am Ende der Pubertät durchgeführt. Nur bei sehr schweren Formen, z.B. mit bedrohlichem Exophthalmus wird eine simultane Vorverlagerung von Stirn und Mittelgesicht im Säuglingsalter erwogen: Monobloc-Distraktion.

### Operationskomplikationen, Rezidive

Bei allen genannten Eingriffen sind Operationsrisiken zu bedenken, die auch ein vitales Risiko von 0,1 bis 0,3 % einschließen. Die Gefahren beginnen schon mit der Narkoseeinleitung, denn bei Crouzon- und Apert-Kindern kann die Intubation wegen der Mittelgesichtshypoplasie überraschend schwierig sein, ein Problem, das häufig unterschätzt wird. Die wichtigsten eigentlichen chirurgischen Risiken lassen sich mit den Schlagworten **Blutverlust und Nachblutung** charakterisieren. **Der Blutumsatz erreicht bei den großen Eingriffen nicht selten ein Gesamtvolumen.** Eine penible intraoperative Kontrolle des Blutverlustes durch Operateur und Anästhesist und eine sorgfältige postoperative Überwachung, besonders in den ersten 12 Stunden, sind die wichtigsten Vorsichtsmaßnahmen. Dagegen ist das von den Eltern am meisten gefürchtete Risiko einer Hirn- oder Augenverletzung ausgesprochen niedrig. Dies gilt in ähnlicher Weise für das Risiko einer tiefen Wundinfektion, sofern der Eingriff nicht auf Nasennebenhöhlen und Mittelgesicht ausgeht werden muss (9).

Es gibt keinerlei Hinweise darauf, dass sich die knöchernen Wachstumshemmung bei der Kraniosynostose chirurgisch positiv beeinflussen lässt. Deshalb muss man auch nach adäquater chirurgischer Behandlung grundsätzlich mit einer Rezidivneigung sowohl der Deformierung als auch einer Kraniostenose rechnen. Das Risiko ist höher bei jungem Operationsalter und höher bei Syndromen als bei isolierten Synostosen: Beim Crouzon-, Pfeiffer- und Saethre-Chatzen-Syndrom liegt die Rate bei 30 % und mehr, während sie bei der Sagittalnahtsynostose im Bereich von 5 % liegt, beim isolierten Trigonocephalus noch darunter. Aus diesem Grunde ist eine langfristige postoperative Überwachung bei jedem Kind mindestens über die ersten acht Lebensjahre, sicherheits halber bis zum 12. Lebensjahr unverzichtbar. Die Überwachung stützt sich bei Kindern mit hohem Risiko einer erneuten Hirndrucksteigerung (Crouzon, Pfeiffer, Apert, Saethre-Chatzen) auf 3-monatliche Funduskontrollen. Bei sorgfältiger Untersuchung reicht dieses Intervall zur Sicherung der Optikusfunktion aus. Die ophthalmologischen Kontrollen werden ergänzt durch routinemäßige Röntgen-Kontrollen etwa gegen Ende des ersten, zweiten, vierten und achten Lebensjahres, bei suspekten Befunden etwas häufiger. Ein Hydrozephalus oder Symptome auf Grund der Chiari 1-Fehlbildung können auch in späterem Kindes- und Jugendalter auftreten. Bei entsprechenden Risikopatienten wird das Programm durch die Überwachung der Atmung, der Ohren, der Gelenke

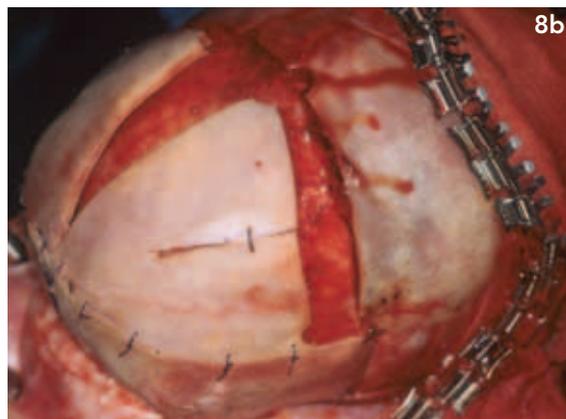
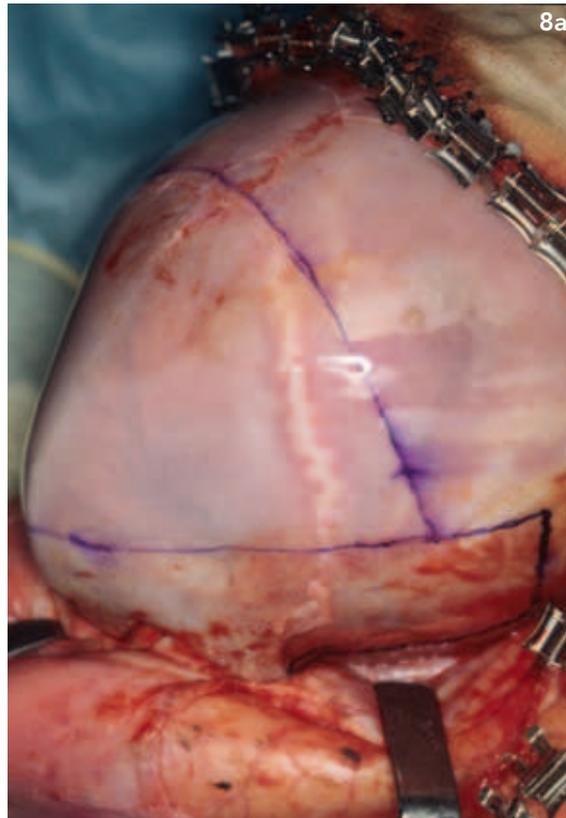


Abb. 8 a,b: Operations-situs beim Trigonocephalus. 8a) vor und 8b) nach frontaler Remodellierung

ergänzt. Schließlich sei daran erinnert, dass die Diagnose „isolierte“ Synostose bisher nur durch Ausschluss gestellt wird und folglich im Verlauf überprüft werden sollte. All diese Aufgaben werden am besten von einem gut koordinierten Team aus den verschiedenen Fachdisziplinen bewältigt.

Literatur beim Verfasser

**Interessenkonflikt:** Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzadresse:  
Prof. Dr. Hartmut Collmann – Neurochirurgische Klinik  
Josef-Schneider-Str. 11, 97080 Würzburg  
Tel.: 0931-20124840, Fax: 0931-20124540  
E-mail: Collmann.H@nch.uni-wuerzburg.de

Red.: Christen

**Die operative Behandlung beseitigt nicht die Wachstumsstörung des Schädels**

# Stellenwert von Procalcitonin und Interleukin 6 als Infektionsmarker bei Neugeborenen

CONSILIUM  
INFECTORUM

Dr. med.  
Christian Gille

**Frage:** In unserer Klinik wird auf Wunsch der Internisten Procalcitonin als früher Infektionsparameter eingeführt. Wir Pädiater haben, besonders bei Neonaten, mit Interleukin-6 gut gearbeitet. Aus organisatorischen Gründen sollten wir nun auch auf Procalcitonin umsteigen.

Die Literatur, die ich von der Firma Bioéieux dazu bekam, ist spärlich und wenig aussagekräftig.

- Ist für Neonaten Interleukin-6 und Procalcitonin gleich zu werten?
- Können wir ohne Qualitätsverlust wechseln?

**Antwort:** Der Krankheitsverlauf der Sepsis im Neugeborenenalter weist oft eine enorme Dynamik auf. Daher sind Neonatologen in besonderem Maße auf Frühmarker zur Diagnose einer Infektion angewiesen (1). Seit geraumer Zeit haben sich proinflammatorische Zytokine wie Interleukin 6 (IL-6) als diagnostischer Marker etabliert (2). Diese Stoffe werden bei der Aktivierung des Immunsystems, zum Beispiel bei Kontakt mit Mikroorganismen aber auch bei Gewebeschaden im Rahmen chirurgischer Maßnahmen oder Traumata als erstes Signal von Entzündungszellen (Lymphozyten, Monozyten und Dendritische Zellen) ausgeschüttet (3). Im Gegensatz zu anderen Zytokinen, die ausschließlich parakrin (in nächster Umgebung der Ursprungszelle) wirken, kann IL-6 auch in hohen Konzentrationen im Plasma nachgewiesen werden, wird daher als „endokrines“ Zytokin bezeichnet und eignet sich zur laborchemischen Diagnostik. Die Halbwertszeit von IL-6 im Serum ist kurz (4). IL-6 kann bereits 6 Stunden nach Beginn einer Infektion wieder im Normbereich liegen. Durch die genannten Eigenschaften eignet sich IL-6 als diagnostischer Frühmarker einer Infektion (2).

Procalcitonin (PCT) wird seit geraumer Zeit beim Erwachsenen (5) und auch beim Neonaten (6, 7) als Infektionsmarker eingesetzt. PCT ist die Vorstufe des Hormons Calcitonin, das unter physiologischen Bedingungen in der Nebenschilddrüse gebildet wird und dort zu Calcitonin gespalten wird. Im Rahmen einer Infektion wird PCT aber auch von vielen anderen Geweben im Körper gebildet und von dort ins Plasma abgegeben. Die Leber ist wahrscheinlich einer der Hauptsyntheseorte (8,

9). Die Bildung wird durch bakterielle Zellwandbestandteile wie Lipopolysaccharid (LPS) aber auch durch inflammatorische Zytokine wie IL-6 induziert, bevorzugt bei bakteriellen Infektionen aber auch nach chirurgischen Eingriffen oder sonstiger Gewebsverletzungen. Die PCT-Konzentration steigt ca. 4–6 Stunden nach Induktion an und erreicht nach 24 Stunden ihren Höchstwert (10). Die Halbwertszeit von PCT im Plasma beträgt ca. 24 Stunden. Die genannten Eigenschaften lassen PCT vor allem nützlich erscheinen als Bestätigungs- und Verlaufsparameter einer Infektion. Es liefert daher nützliche, aber andere Informationen als das IL-6. PCT ist als diagnostischer Marker dem C-reaktive Protein (CRP) ähnlich. Studien, die CRP und PCT für die Infektionsdiagnostik beim Neugeborenen untersuchten, konnten keine diagnostische Überlegenheit des einen oder anderen Markers belegen (11). PCT bringt aber für die Anwendung in der Neonatologie die Schwierigkeit mit, dass sich die Normwerte in den ersten 48 Lebensstunden stündlich ändern (12), und außerdem abhängig sind vom Gestationsalter (13).

In unserer Klinik verwenden wir eine Kombination aus IL-6 und CRP als diagnostische Marker zum Zeitpunkt des ersten klinischen Verdachts einer Infektion (14). Bei negativen Werten folgt eine zweite CRP-Messung nach 24 Stunden als Bestätigungstest. Klinische Studien an unterschiedlichen Kollektiven von Neonaten zeigen, dass eine CRP-Bestimmung zum Zeitpunkt des klinischen Verdachts allein nicht ausreichend ist (Sensitivität 35,0%, Spezifität 61,5% für gesicherte early-onset und late-onset Sepsis, 15). Die diagnostische Wertigkeit kann durch die zusätzliche Bestimmung von IL-6 verbessert werden kann (Sensitivität 89%, Spezifität 73%, positiv prädiktiver Wert = 70%, negativ prädiktiver Wert = 90%, 14). Der Ersatz der IL-6-Messungen durch PCT-Messungen erscheint in dieser Situation nicht sinnvoll.

Literatur bei InfectoPharm

Dr. med. Christian Gille  
Klinikum der Eberhard-Karls-Universität  
Neonatologische Intensivmedizin  
Hoppe-Seyler-Str. 1  
72076 Tübingen

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.



## Review aus englischsprachigen Zeitschriften

### Molekulargenetische Diagnostik bei Entwicklungsstörungen

#### 22q13.3 Deletion Syndrome: Clinical and Molecular Analysis Using Array CGH

Dhar S.U.; del Gaudio D., German J.R. et al., *Am J Med Genet* 152: 573-581, März 2010

Leitsymptome des 22q13.3 Deletionssyndroms (Phelan-McDermid Syndrom) sind eine mentale Retardierung, faciale Dysmorphien (Ptosis, buschige Augenbrauen, lange Wimpern, volle Wangen) und fehlende oder sehr späte Sprachentwicklung bei normaler Körpergröße. Bei ca. 50% der Betroffenen sind darüber hinaus autistische Züge und epileptische Anfälle beschrieben.

In den letzten Jahren wurde bei Verdacht eine Subtelomer-Untersuchung mit einer spezifischen FISH-Probe für die Region durchgeführt. In der Regel sind es de novo entstandene terminale Deletionen des langen Arms eines der beiden Chromosomen 22, selten komplexere Rearrangierungen in Folge einer Translokation.

Die Autoren haben aus einer Gruppe von 8.500 unklaren Fällen bei 13 Patienten durch Array-CGH eine 22q13.3 Deletion diagnostiziert. Sie wollten herausfinden, ob die Größe der Deletion, die bei der Array CGH besser bestimmt werden kann, Einfluss auf den Phänotyp hat. Die Deletionsgröße variierte von 95 kb bis zu 8,55 Mb. Die große Deletion beinhaltet an die 90 Gene, die kleinste 3, Überlappung gab es für ein Gen, das *SHANK-3* Gen. Wie schon andere Autoren zuvor, kam auch diese Gruppe zu dem Schluss, dass es besonders die Haploinsuffizienz des *SHANK-3*-Gens ist, die für den Phänotyp verantwortlich zu sein scheint. Dieses Gen spielt eine wichtige Rolle bei der Entwicklung des Gehirns und der Verknüpfung der Synapsen. Punktmutationen innerhalb dieses Gens wurden in der Zwischenzeit auch bei einigen Kindern mit Autismus gefunden.

Eine klare Genotyp-Phänotyp-Korrelation konnte dagegen für das 22q13.3. Deletionssyndrom nicht herausgearbeitet werden.

### Kommentar

Kinder mit fehlender aktiver Sprachentwicklung und autistischen Zügen werden dem Neuropädiater oft vorgestellt. Bei Jungen wird meist als erstes an ein Fragiles-X Syndrom gedacht. Kleinere Deletionen im Genom können aber auch zu dieser Symptomenkombination führen, insbesondere terminale Deletionen in 22q13.3, die nach wie vor schnell mit einer FISH-Untersuchung nachgewiesen werden können. Die Array-CGH bringt in dem Fall keinen Vorteil, weil die Größe der Deletion nicht bedeutend ist für die Prognose und die weitere genetische Beratung der Eltern. Das Wissen um charakteristische Leitsymptome eines Mikrodeletions-Syndroms und die in der Deletionsregion liegenden Gene könnte dazu führen, dass in Zukunft bei bestimmten neuropädiatrischen Symptomen eine molekulargenetische Diagnostik von für die Hirnfunktion wichtigen Genen angeboten werden kann.

(Stephanie Spranger, Bremen)

### Schlaganfall im Kindesalter

#### Predictors of Cerebral Arteriopathy in Children with Arterial Ischemic Stroke; Results of the International Pediatric Stroke Study

Amlie-Lefont, C et al. *Circulation* 119: 1417-1423, März 2009

Ischämische Schlaganfälle kommen bei 2–13 Kindern auf 100.000 Kinder vor. Sie verursachen eine hohe Morbidität im Kindesalter, zumal es bei 2/3 der Kinder zu Rezidiven kommt.

Amlie-Lefont et al. haben zusammen mit der International Pediatric Stroke Study (IPSS) Group versucht, Parameter zu bestimmen, die für den ischämischen Insult im Kindesalter prädiktiv sind.

Dazu wurden 667 Fälle ischämischer Schlaganfälle bei Kindern aus 30 Zentren in 10 Ländern (überwiegend männliche weiße Individuen) retro- und prospektiv analysiert. Von diesem Kollektiv war bei 545 Kindern eine cerebrale Bildgebung durchgeführt worden. Von 525 der 545 Kinder war der Befund der Bildgebung bekannt.

Bei 277 der 545 Kinder (53 %) wurde eine Arteriopathie in der Bildgebung diagnostiziert. Als Arteriopathie wurde jede Abnormalität der Gefäßdarstellung mit Ausnahme isolierter Gefäßverschlüsse bezeichnet. Die fokalen Arterienstenosen ohne ersichtliche Grundkrankheit, die nach der International Pediatric Stroke Study Group als focal cerebral arteriopathy (FCA) bezeichnet werden, kamen mit 25 % am häufigsten vor. Arteriopathien im Rahmen einer Moyamoya-Erkrankung, arterielle Dissektionen, Vaskulitiden und Sichelzellerteriopathie waren mit 22%, 20%, 12% bzw. 8 % seltener vertreten.

Die multivariate Analyse zeigte folgende Risikofaktoren für einen ischämischen Schlaganfall bei Kindern: Das höchste Risiko wurde für eine Sichelzellerkrankung mit einer Odds-Ratio (OR) von 3,06 (1,27–7,39;  $p=0,013$ ) ermittelt. Ein kürzlich durchge-

machter Luftwegsinfekt führt nach diesen Daten mit der OR von 2,36 (1,05–5,27) zu einem zweifach erhöhten Risiko für einen Schlaganfall. Statistisch ist dieser Effekt aber nur knapp signifikant ( $p=0,037$ ). Die Altersspanne von 5–9 Jahren beinhaltet ebenfalls ein messbares Risiko für Schlaganfälle: OR von 2,04 (1,25–3,34;  $p=0,04$ ).

### Kommentar

Obwohl die Studie einige Defizite aufweist (sowohl retro- als auch prospektive Untersuchung, keine zentrale Auswertung der bildgebenden Verfahren, unscharfe Definition des Luftwegsinfektes) liefert die Untersuchung von Amlie-Lefond et al. trotzdem erste wichtige Anhaltspunkte für die Identifikation von Kindern, bei denen ein Risiko für eine zerebrale Arteriopathie und damit für einen möglicherweise ischämischen Insult bestehen kann: Alter 5–9 Jahre; Sichelzellerkrankung und kürzlich durchgemachter Luftwegsinfekt.

(Armin Wessel, Hannover)

### Komparative Vorteile der Pädiater in der Primärversorgung

#### Qué profesional médico es el más adecuado para impartir cuidados en salud a niños en Atención Primaria en países desarrollados?

JC. Buñuel Álvarez et al.: *Revista Pediatría de Atención Primaria*, Vol. XII. Supl. 18, 9-72, März 2010

Eine Arbeitsgruppe der Vereinigung der ambulant tätigen Kinder- und Jugendärzte in Spanien (AEPap) unter der Leitung von Buñuel Álvarez JC, et al. hat sich dem Thema evidenzbasierte Pädiatrie verschrieben und hat sich die Mühe gemacht, brauchbare Literatur zu sichten und davon 66 aussagekräftige Studien statistisch auszuwerten. Ein überwiegender Teil der Arbeiten ist aus dem angelsächsischen Raum.

Die Autoren möchten mit ihrer Studie ein Beitrag zu einer wichtigen berufspolitischen Frage leisten. Welche Fachgruppe, Pädiater (PÄD) oder Allgemeinmediziner/Familienmediziner (AM/FM), eignen sich am besten für die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in der Primärversorgung in Industrienationen. Zu diesem Thema wurden bisher keine systematischen Arbeiten verfasst. Ziel der Studie ist es, die medizinische Versorgung durch Pädiater (PÄD) und Allgemeinmediziner/Familienmediziner (AM/FM) in folgender Hinsicht zu vergleichen: Klinische Praxis bei der Antibiotikaverschreibung und rationeller Einsatz von diagnostischen Tests bei der akuten Otitis media, bei Asthma bronchiale, bei Fieber und verschiedenen psychopathologischen Krankheitsbildern; außerdem Adhärenz bei Leitlinien und anderen Empfehlungen für präventive Maßnahmen.

Bei der systematischen Übersichtsarbeit wurden die Datenquellen MEDLINE, CENTRAL databases, TRIP database and Google Scholar bis Dezember 2008 durchsucht, Originalarbeiten und systematische Arbeiten analysiert, um die klinische Praxis

beider Fachleute zu vergleichen. Alle Sprachen wurden akzeptiert. Alle methodischen Ansätze wurden verfolgt (Querschnittstudien, Kohortenstudien, Fall- und Kontrollstudien und experimentelle Studien), um die Praxis von PÄD und AM/FM zu vergleichen. Artikel ohne eigene Forschungsergebnisse wurden ausgeschlossen. Die methodische Qualität wurde mit „OSTEBA; Critical Appraisal Cards“ durch zwei unabhängige Untersucher überprüft. Sieben unabhängige Untersucher-Paare extrahierten und analysierten die Daten.

### Ergebnisse

Bei Infektionen des oberen Respirationstraktes (ITR) mit vermutlich viraler Ätiologie verschreiben AM/FM mehr Antibiotika als PÄD - Odds ratio (OR) 1.4; 95%-confidence interval (95% CI): 1.1-1.8. Diese Beobachtungen haben erhebliche Konsequenzen für die Arzneimittelausgaben, für die Resistenzsituation und mögliche iatrogene Schäden.

PÄD orientieren sich eher an Leitlinien bei der Abklärung und Behandlung des febrilen Syndroms (OR: 9; 95 % CI: 3-25) und des ADHS (OR: 5; 95 % CI: 3-11). Der gezielte und rationale Einsatz von diagnostischen Tests bezieht sich z. B. auf eine größere Treffsicherheit bei Thoraxröntgenuntersuchungen und auf häufigere Rachenabstrichen durch Pädiater.

PÄD können eher das Management von häufigen Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters (Asthma bronchiale, Otitis media) selbst ohne Zuweisungen durchführen. Zu häufige Überweisungen und Einweisungen haben negative Folgen für Patienten und Kostenträger.

PÄD richten sich eher nach Leitlinien (practice guidelines) bei häufigen Erkrankungen wie ITR, Otitis, ADHS, Asthma und Adipositas.

PÄD weisen im Vergleich zu AM/FM höhere Durchimpfungsraten auf.

### Kommentar

Die Primärversorgung der Bevölkerung ist ein wichtiger Bestandteil eines guten Gesundheitswesens. Die Primärversorgung in den Händen der Kinder- und Jugendärzte garantiert eine bessere Adhärenz mit fachlichen Leitlinien beim Management häufiger Erkrankungen und eine konsequentere Beachtung der Empfehlungen zu präventiven Programmen wie Impfungen. Bemerkenswert ist die höhere Treffsicherheit bei diagnostischen Tests wie z. B. bei Röntgenuntersuchungen der Lunge. Pädiater kommen aufgrund ihrer 4–6-jährigen Weiterbildung besser mit den Problemen der Kinder zurecht und können eher deren akute und chronische Probleme ohne Hinzuziehung von Spezialisten oder stationären Einrichtungen lösen.

Vermeidbare Antibiotikaverschreibungen, Untersuchungen, Überweisungen und Einweisungen sind bekannte Kostentreiber im Gesundheitswesen und nachteilig für die Patienten. Die Datenlage lässt vermuten, dass Pädiater Kinder und Jugendliche kosteneffizienter und angemessener versorgen. Dies hat Implikationen für Kostenträger und Patienten.

Auf der Grundlage der präsentierten Resultate erscheint es den Autoren vernünftig, zu empfehlen, dass qualifizierte Pädiater in der Primärversorgung verbleiben, um die spezifischen Aufgaben beim ersten Kontakt der Kinder und Jugendlichen wahrzunehmen. Sie empfehlen daher nicht nur für ihr eigenes Land, dass Pädiater in der Primärversorgung die spezifischen Aufgaben beim ersten Kontakt der Kinder und Jugendlichen wahrnehmen. In vie-

len europäischen Regionen sind praktische Ärzte wichtige primäre Ansprechpartner für Kinder und Jugendliche. Um die optimale flächendeckende Versorgung der Kinder und Jugendlichen durch Pädiater wahrzunehmen, braucht es politische Unterstützung, eine ausreichende Anzahl an ausgebildeten Pädiatern und attraktive Arbeitsplätze. Die Ergebnisse sind ein wichtiges Gegenargument gegen die Europa-weite Absicht der Gesundheitsreformer, Pädiater aus der Primärversorgung zu verdrängen und den Allgemeinzern/Familiemedizinern das Feld zu überlassen. Es ist anzunehmen, dass die Ergebnisse auch für Deutschland uneingeschränkte Gültigkeit besitzen, was durch weitere Studien der Versorgungsforschung erhärtet werden sollte. Politiker sollten bei Strukturreformen beachten, dass die Primärversorgung der Kinder und Jugendlichen durch qualifizierte Pädiater messbare Vorteile in vielfacher Hinsicht hat.

(Gottfried Huss, Rheinfelden)

### Kawasaki und BCG-Impfstelle

#### Kawasaki Disease Patients with Redness or Crust Formation at the Bacille Calmette Guerin Inoculation Site

Uehara R et al., *Pediatr Infect Dis J* 29: 430-433, Mai 2010

Die typischen klinischen Kriterien für die Diagnose Kawasaki-Syndrom sind bekannt: neben Fieber über mindestens 5 Tage werden für die komplette Verlaufsform mindestens 4 von den folgen-

den 5 Kriterien gefordert: (1) bilaterale nichtpurulente Konjunktivitis, (2) Veränderungen der Mundschleimhaut (Lacklippen/Erdbeerzunge), (3) polymorphes Exanthem, (4) Hautveränderungen der peripheren Extremitäten (palmares oder plantares Exanthem, Ödem, Schuppungen), (5) zervikale Lymphknotenschwellung. Daneben gibt es eine Vielzahl an weiteren klinischen Zeichen oder Symptomen u.a. auch eine Rötung oder Verkrustung an der BCG-Injektionsstelle (Newburger et al., *Pediatrics* 114 (2004); 1708-33).

Die vorliegende Arbeit aus Japan – wo im Alter von 6 Monaten BCG geimpft wird – hatte das Ziel, diese lokalen Hauteffloreszenzen zu evaluieren. Dazu wurden Erhebungsbögen von 15.524 an einem Kawasaki Syndrom Erkrankten ausgewertet: 50 % wiesen eine Rötung oder Verkrustung an der BCG-Injektionsstelle auf. In der Subgruppe der 3–20 Monate alten Kinder war dies bei 70 % zu beobachten. Von 53 Kontrollpatienten mit einer RSV- oder Rotavirusinfektion hatte keiner diese Hautreaktion.

Zusammenfassend wird festgehalten, dass bei BCG-geimpften Patienten Hautveränderungen an der Injektionsstelle ein nützliches Diagnosezeichen für das Kawasaki-Syndrom ist.

#### Kommentar

Die Arbeit erinnert daran, dass für die Diagnose „Kawasaki-Syndrom“ neben den klassischen klinischen Kriterien nach weiteren diagnoserelevanten Befunden gefahndet werden sollte. Dies gilt nicht nur Personen aus TBC-Hochprävalenzländern, sondern auch für die zunehmende Zahl an Patienten mit Migrationshintergrund in Deutschland. Bei einer Erkrankung, für die es bis zum heutigen Tag keinen spezifischen Test gibt, sollten wir uns solche klinische Hinweiszeichen nicht entgehen lassen.

(Toni Hospach, Stuttgart)

# Welche Diagnose wird gestellt?

Sabine Vöhringer und Peter Höger

## Anamnese

Knapp zweijähriges Mädchen. Schwangerschaft, Geburt und Neonatalperiode ohne Auffälligkeiten. Seit ca. eineinhalb Monaten fiel den Eltern ein rötlicher Knoten der linken Wange auf, der rezidivierend blutete. Die Überweisung erfolgte unter der Verdachtsdiagnose „blutendes Hämangiom“.

## Befund

Erythematöser Tumor der linken Wange. Durchmesser ca. 5x5 mm. Keine weiteren Hautveränderungen.



## Wie lautet die Diagnose?

(Auflösung auf Seite 521)

## IMPRESSUM

### 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 Jugendärzte e.V. in Zusammenarbeit mit weiteren pädiatrischen Verbänden.

**Geschäftsstelle des BVKJ e.V.:** Hauptgeschäftsführer: Dipl.-Kfm. Stephan Eßer, Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin, Tel. (030) 28047510, Fax (0221) 683204, stephan.esser@uminfo.de; Geschäftsführerin: Christel Schierbaum, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. (0221) 68909-14, Fax (0221) 6890978, christel.schierbaum@uminfo.de.

**Verantw. Redakteure für „Fortbildung“:** Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Kinderkrankenhaus auf der Bult, Janusz-Korczak-Allee 12, 30173 Hannover, Tel. (0511) 8115-3320, Fax (0511) 8115-3325, E-Mail: Christen@HKA.de; Prof. Dr. Frank Riedel, Altonaer Kinderkrankenhaus, Bleickenallee 38, 22763 Hamburg, Tel. (040) 88908-201, Fax (040) 88908-204, E-Mail: friedel@uke.uni-hamburg.de. Für „Welche Diagnose wird gestellt?“: Prof. Dr. Pe-

ter H. Höger, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg, Tel. (040) 67377-202, Fax -380, E-Mail: p.hoeger@kkh-wilhelmstift.de

**Verantw. Redakteure für „Forum“, „Magazin und „Berufsfragen“:** Regine Hauch, Salierstr. 9, 40545 Düsseldorf, Tel. (0211) 5560838, E-Mail: regine.hauch@arcor.de; Dr. Wolfgang Gempp, Sonnenrain 4, 78464 Konstanz, Tel. (07531) 56027, E-Mail: dr.gempp@t-online.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 „Industrie- und Tagungsreporte“ erscheinen außerhalb des Verantwortungsbereichs des Herausgebers und der Redaktion des „Kinder- und Jugendarztes“.

Druckauflage 13.800  
lt. IVW II/2010

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen



LA-MED

**Redaktionsausschuss:** Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Hannover, Prof. Dr. Frank Riedel, Hamburg, 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, Mengstr. 16, 23552 Lübeck, Tel. (04 51) 70 31-01 – **Anzeigen:** Verlag Schmidt-Römhild, 23547 Lübeck, 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. 43 vom 1. Oktober 2009

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

Für unverlangt eingesandte Manuskripte oder Unterlagen lehnt der Verlag die Haftung ab.

© 2010. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

## Diagnose: Granuloma pyogenicum (Syn: lobuläres kapilläres Hämangiom)

### Definition

Es handelt sich um einen gutartigen, rasch proliferierenden vaskulären Tumor mit hoher Blutungsneigung, der sich meist im Bereich der Gesichtshaut, Finger sowie Lippen und Mundschleimhaut befindet.

### Epidemiologie

Das Granuloma pyogenicum ist der zweithäufigste vaskuläre Tumor des Kleinkindalters. Er tritt nur in ca. 10 bis 12 % der Fälle im ersten Lebensjahr und im Unterschied zu Hämangiomen nur extrem selten bereits in den ersten Lebensmonaten auf. Mädchen sind häufiger betroffen als Jungen.

### Ätiologie

Die Ätiologie ist nicht abschließend geklärt. Obwohl sich nur in etwa 5 % der Fälle anamnestisch ein Trauma oder eine eitrige Infektion eruieren lässt, wird eine derartige exogene Ursache in den meisten Fällen als wichtigster pathogenetischer Faktor verstanden.

Einem Teil der Fälle liegt eine vorbestehende vaskuläre Malformation (z. B. Spider Naevus oder Naevus flammeus) oder eine chronisch entzündliche Hauterkrankung (z. B. atopisches Ekzem) zugrunde. Vereinzelt wurde auch über ein Auftreten nach einer Therapie mit Lenograstim (Granulozyten-stimulierender Wachstumsfaktor) oder oralen Retinoiden berichtet.

In den meisten Fällen (> 70 %) entsteht das Granuloma pyogenicum jedoch ohne erkennbare ursächliche Hautläsion.

### Klinik

An Haut oder Schleimhäuten findet sich ein schnell wachsender, exophytischer Tumor, oft mit nässend-krustiger Oberfläche und hoher Blutungsneigung. Er ist beerenförmig, oft leicht gestielt und hat im Regelfall einen Durchmesser von 4–8 mm.

Bevorzugte Lokalisation sind der Kopf- und Halsbereich sowie die Akren. Die Schleimhäute sind in ca. 10% der Fälle betroffen. Selten können sich gruppierte Satellitenherde ausbilden.

### Diagnostik

Die Diagnose wird klinisch gestellt. Führt man eine histologische Untersuchung durch, so zeigt sich bei fri-

schen Läsionen ein Bild, das Granulationsgewebe ähnelt und durch radial zur Hautoberfläche verlaufende Kapillaren und Venolen gekennzeichnet ist. In voller Ausprägung sind hämangiomartige Lobuli, die durch fibröse Septen unterteilt sind, zu sehen. Anders als der Name suggeriert findet sich weder ein Granulom noch eine eitrige Infektion.

### Differentialdiagnose

Die wichtigste Differentialdiagnose ist das Hämangiom. Die Abgrenzung gelingt durch die Beachtung folgender Punkte: Hämangiome manifestieren sich in den ersten vier Lebenswochen und wachsen langsam progressiv, während das Granuloma pyogenicum nur selten innerhalb der ersten 6 Lebensmonate auftritt, dann aber eruptiv innerhalb weniger Tage aufschießt.

Das Granuloma pyogenicum ist meist kleiner (3–8 mm im Gegensatz zu oft > 10 mm bei Hämangiomen), oft gestielt und zeigt eine hohe Blutungsneigung, was entgegen einer weit verbreiteten Annahme für Hämangiome untypisch ist.

### Therapie und Prognose

Da pyogene Granulome im Verlauf eine erhebliche Blutungs- und Ulzerationstendenz zeigen, ist meist eine Behandlung notwendig. Therapie der Wahl ist die Kürettage mit anschließender elektrokaustischer Verödung des zuführenden Gefäßes. Ein gestieltes Granuloma pyogenicum kann auch an der Basis mit chirurgischem Nahtmaterial ligiert werden. Mit wechselndem Erfolg werden Kryotherapie und gepulste Farbstofflaserbehandlungen angewendet.

Unterbleibt eine Behandlung, kommt es teilweise auch spontan zu einer langsamen, über Monate andauernden Regression. Eventuell bleibt ein weicher fibromatöser Tumor zurück.

### Literatur

1. Pagliai KA, Cohen BA. Pyogenic granuloma in children. *Pediatr Dermatol* 2004; 21: 10-3
2. Lin RL, Janniger CK. Pyogenic granuloma. *Cutis* 2004; 74: 229-33

Dr. Sabine Vöhringer, Prof. Dr. Peter Höger  
Abt. Pädiatrische Dermatologie  
Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift  
Liliencronstr. 130  
22149 Hamburg

Red.: Höger

## Interview mit Prof. Dr. Karl Lauterbach

## „Kinder gehören in die Hände von Pädiatern“

**E**s sollte ein Streitgespräch zwischen Dr. Wolfram Hartmann, dem Präsidenten des BVKJ, und Prof. Karl Lauterbach, dem Gesundheitsexperten der SPD, werden. Als Treibmittel vorgesehen: der § 73b. An dessen Zustandekommen waren die große Koalition und damit der „Professor mit der Fliege“ beteiligt. Seitdem der Paragraf gilt und seine unheilvollen Auswirkungen für Kinder- und Jugendärzte immer spürbarer werden, fordern Pädiater „Weg damit“.

Und da die derzeitige Regierung sich zur Zeit hauptsächlich mit sich selbst und ihrem Machterhalt beschäftigt und in punkto Gesundheitspolitik Kleines Karo herrscht, erschien die Gelegenheit günstig, Kontakt zur Opposition aufzunehmen. Denn dort, so verlautet aus informierten Kreisen, läuft man sich allmählich schon wieder warm für die Übernahme der Regierung.

Aus dem Streitgespräch wurde dann ein reger Meinungsaustausch. Fazit: die derzeitige Opposition kennt die Probleme der Pädiater sehr wohl und sinnt bereits auf Abhilfe.

**KiJuA:** Die Pädiatrie ist aus Sicht der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte bedroht. Sie haben den Eindruck, dass besonders die spezielle und allgemeine ambulante Pädiatrie nicht mehr im Fokus der Politik steht.

**Lauterbach:** Dieser Eindruck täuscht. Uns ist bewusst, dass wir eine relative Unterversorgung haben und auch eine relative Unterbezahlung. Die ambulante Versorgung mit Kinderärzten ist ausbaubedürftig. Das hat eine hohe Priorität für uns, die wir nicht aus dem Auge verloren haben.

**KiJuA:** Der § 73b schränkt aber die Berufsausübung der Pädiater empfindlich ein.

Der § 73 b bevorzugt die Allgemeinmediziner und drängt die Pädiater in die zweite Reihe und beschert ihnen dadurch große Nachteile.

**Lauterbach:** Ich vertrete seit langem die Position, dass die Kinderärzte für die Kinder eigene Verträge schließen sollten. Das ist eine Position, die abweicht von der der-

zeitigen Gesetzeslage. Für mich persönlich ist der jetzige Zustand, dass die Hausärzte die Versorgung der Kinder vor allem in Bayern zumindest ein Stück weit über Verträge an sich gezogen haben, ein Schritt in die falsche Richtung gewesen. Das sehen wir kritisch.

**KiJuA:** Also, was werden Sie tun?

**Lauterbach:** Das Interesse an unseren Vorstellungen ist zum Teil schon größer als an denjenigen der FDP, weil von der FDP offensichtlich nicht viel erwartet wird. Ohne dass ich mich jetzt auf das Wie festlegen möchte, werden wir uns auf jeden Fall dafür einsetzen, dass die Kinderversorgung auch durch Kinderärzte gewährleistet wird und entsprechende Verträge geschlossen werden.

**KiJuA:** Wie werden diese Verträge aussehen?

**Lauterbach:** Wir haben Arbeitsgruppen gegründet, die sich mit einer Gesamtstrukturreform beschäftigen. Ich bitte um Verständnis, dass ich den Ergebnissen unserer Arbeit nicht vorgreifen möchte. Die Versorgung der Kinder durch Kinderärzte hat – wie gesagt – eine ganz hohe Priorität. So viel kann ich jetzt schon ankündigen. Wir werden dafür sorgen, dass diese Ver-

sorgung nicht durch konkurrierende Arztgruppen abgedrängt wird.

**Hartmann:** Wir hören aus dem Bundestag zur Zeit in erster Linie, dass die CSU an den Hausarztverträgen festhalten möchte, die anderen Fraktionen sind mit den Auswirkungen dieser Verträge unzufrieden. Man kann nicht erkennen, dass das ursprüngliche Ziel dieser Verträge, zum einen den Beruf des Allgemeinarztes im hausärztlichen Versorgungsbereich attraktiver zu machen, erreicht wird, noch dass die Versorgung der Patienten verbessert wird. Es wird auch nicht erreicht, dass die Krankenkassen dadurch Geld einsparen. Im Gegenteil: die Krankenkassen sagen uns, dass diese Verträge ein Kostenvolumen verursachen, das sie nicht mehr schultern können, und dass diese Verträge ein Schritt in die falsche Richtung sind. Wir beobachten, dass das ursprüngliche System, in dem Hausärzte Kinder auch mitversorgen, also nicht primär versorgen, durch diese Verträge umgekehrt wird: Hausärzte schreiben Kinder in diese Verträge ein, um die kontaktunabhängige Pauschale zu kassieren. Diese ist teilweise höher als die Pauschale, die Kinder- und Jugendärzte bekommen, wenn sie die Kinder medizinisch versorgen.



Foto: Regine Hauch

## Mehr Geld für Kinder- und Jugendärzte

**Lauterbach:** Grundsätzlich bin ich der Meinung, dass wir Hausarztverträge benötigen. Man muss aber unterscheiden zwischen Hausarztverträgen für Erwachsene und der Frage, wer solche Verträge für Kinder machen soll. Unsere Gemeinsamkeit besteht in dem Punkt, dass wir der Meinung sind, dass für die Kinder die Kinderärzte zuständig sind und dass die Hausarztverträge die Hausärzte nicht durch die Hintertür zu Kinderärzten machen dürfen. Dass die Verträge teuer sind, ist unbenommen, aber ich halte es für richtig, dass Hausärzte besser bezahlt werden. Ebenso Kinderärzte, Psychiater und Neurologen. Das sind Gruppen, die in Deutschland als niedergelassene Ärzte relativ im Vergleich zu anderen Fachgruppen unterbezahlt sind. Da sollte es nicht passieren, dass sich diese Gruppen bekämpfen und sich gegenseitig die Patienten abnehmen.

**KiJuA:** Aber im Moment ist es so.

**Lauterbach:** Das habe ich ja auch nicht bestritten. Ich halte es aber für falsch, dass z.T. schwerkranke Kinder in Hausarztverträge eingeschrieben werden und der Hausarzt dann z. T. nur marginal qualifiziert ist, diese Versorgung anzubieten, z.B. bei stark ausgeprägtem Asthma oder Mukoviszidose. Das ist natürlich kein Zustand. Darüber müssen wir nicht streiten. Aus der Perspektive der Kinderärzte halte ich es aber nicht für klug, wenn sie jetzt im Hausarzt den Gegner sehen. Hier muss der Gesetzgeber dafür sorgen, dass die Kinderversorgung in die Hände von Kinderärzten kommt.

**Hartmann:** Wir reden natürlich über die Auswirkungen der jetzigen Gesetzgebung. Die jetzige Gesetzgebung schreibt den Krankenkassen vor, AUSSCHLIEßLICH mit dem Hausärzterverband entsprechende Verträge abzuschließen. Ich stimme Ihnen zu, wenn solche Verträge abgeschlossen werden sollen, also ein Primärärztsystem eingeführt werden soll, dass man dann die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen in eigenen Verträgen berücksichtigen muss.

**KiJuA:** Ist das so, dass Sie hier einer Meinung sind?

**Lauterbach:** Ja, ich warne hier nur, dass wir in einem Atemzug sagen, die Hausarztverträge sind nicht gut für Erwachsene. Das halte ich nicht für zutreffend. Mir ist be-

wusst, dass wir noch nie so wenig Kinder wie heute gehabt haben und dass wir noch nie so viele kranke Kinder wie heute gehabt haben. Wir haben bei Kindern Alterdiabetes, Bluthochdruck und zum Teil beginnende Arthrosezeichen. Daher muss die Kinder- und auch die Jugendmedizin deutlich gestärkt werden. Das kann nicht der Hausarzt nebenher machen. Wir brauchen extra Verträge für die Kinder- und Jugendärzte. Wir arbeiten da an Lösungen, das habe ich Ihnen zugesagt.

**KiJuA:** Bei soviel Einigkeit können wir zum nächsten Thema kommen: zur kostenlosen Mitversicherung von Kindern. Werden Sie sich für den Bestand dieser Regelung einsetzen?

**Lauterbach:** Wie absurd wäre es denn, wenn in einem Solidarsystem für Kinder extra gezahlt werden müsste? Wir können ja dankbar sein, dass sich Eltern überhaupt für Kinder entscheiden. Und ein Solidarsystem, in dem Kinder nicht beitragsfrei mitversichert sind, macht keinen Sinn.

Ich bin der Meinung, dass die Kinder- und Jugendmedizin besser bezahlt werden sollte und dass es ein Ende haben muss, mit dem Unterschied zwischen gesetzlich und privat versicherten Kindern.

## Einheitsversicherung und Kostenerstattung

**KiJuA:** Bleiben wir für einen Moment bei der Bezahlung. Die Kinder- und Jugendärzte in Nordrhein klagen über nie da gewesene Einkommensverluste im letzten Quartal.

**Lauterbach:** Die Klagen sind zum Teil berechtigt, insbesondere in den Brennpunkten, wo man kaum oder gar keine privat versicherten Kinder hat und wo die Kinder auch noch häufiger große soziale, psychische und gesundheitliche Probleme haben. Da hat man hohe Kosten pro Kind. Solche Kinder sind sehr schwer zu betreuen, das sehe ich bei mir im Wahlkreis. Ich habe Kontakt zu den Kinderärzten dort vor Ort. Wir haben da Schwierigkeiten, Kinderärzte zu finden. Wir verlieren sogar Kinderärzte, weil es sich schlicht nicht lohnt.

**KiJuA:** Was wäre also die Lösung?

**Lauterbach:** Zum einen muss die gesamte Bedarfsplanung geändert werden. Die Bedarfsplanung muss sehr viel kleinräumiger sein, so dass z. B. nicht ganz Köln eine Bedarfsregion ist und wir eine Überversor-

gung in Rodenkirchen und in Lindental haben, aber in Köln-Mühlheim die Kinderärzte fehlen. Das ist ein Skandal. Zum Zweiten: die Honorierung muss für gesetzlich versicherte Kinder verbessert werden. Ich bin nicht der Meinung, dass wir eine Zweiklassenhonorierung für Kinder benötigen. Jedes Kind muss dem Staat gleich viel wert sein, und es muss für den Arzt immer das gleiche Honorar geben.

**KiJuA:** Wie sähe denn dann konkret Ihre Alternative aus?

**Lauterbach:** Ich bin für ein System der Gebührenordnung, ein System der Kostenerstattung, in dem die Mittel ähnlich wie bei der jetzigen Privatversicherung von der Krankenkasse an den Arzt fließen. Das würde in Eurobeträgen bezahlt – ohne kasernenärztliche Vereinigungen und ohne Honorarverteilungsmaßstab. Aber diese Gebührenordnung müsste einheitlich sein für gesetzlich und privat Versicherte. Und sie müsste kombiniert werden mit einer Bedarfsplanung, die dafür sorgt, dass es kein Überangebot gibt in Gebieten, in denen der Bedarf eigentlich gedeckt ist.

**KiJuA:** Aber davon sind wir weit entfernt.

**Lauterbach:** Ja. Aber das sind Pläne, die auch den Ärzten gefallen müssten, weil sie eine Entbürokratisierung darstellen und sie allen Ärzten helfen, die eine gute und qualitätsvolle Leistung erbringen in Bereichen, in denen man nicht etwa 30 Prozent Privatversicherte hat.

**KiJuA:** Wir haben ja hier weitgehend Einigkeit in allen Punkten, was sehr schön ist. Wie weit reicht aber die Einigkeit beim Thema Impfen? Die Pädiater haben da eine sehr eindeutige Position.

## Mehr Impfaufklärung

**Hartmann:** Wir stehen vor der Situation, dass wir die Masern nicht ausgerottet haben, obwohl das die WHO 2010 vorgegeben hat und obwohl es möglich wäre. Das liegt daran, dass wir noch keinen nationalen Impfplan haben und wir zu zögerlich sind, Durchimpfungsraten von 95 Prozent zu erreichen. Wir sind der Meinung, dass gerade bei Masern der Staat, wenn schon die Eltern nicht einsichtig sind, die Verantwortung hat, dass sich Kinder in staatlichen Einrichtungen, also KiTas nicht infizieren können, wenn der Staat diese mehrheitlich finanziert. Sprich: Wenn ein Kind in eine KiTa aufgenommen wird, muss es

einen aktuellen Impfstatus nachweisen, der den Empfehlungen des jeweiligen Bundeslandes entspricht.

**Lauterbach:** Sie haben Recht. Wir müssen die Impfraten deutlich erhöhen. Ich halte die mangelnde Impfbereitschaft für sehr problematisch, diesbezüglich bin ich bekennender Schulmediziner. Ich glaube, dass die Nebenwirkungen des Impfens dramatisch überschätzt werden durch verantwortungslose Verunsicherung durch die Medien. Der Weg, über die Kindertagesstätten eine Impfpflicht einzuführen, muss diskutiert werden. Grundsätzlich aber halte ich Überzeugung für besser als Zwang. Wir müssen die Eltern wieder überzeugen, wir müssen aufklären – auch die Ärzte. Es ist nicht hinnehmbar, dass auch Ärzte zur Verunsicherung beitragen und sich weigern, zu impfen. Hier müssen der Staat und die Ständesorganisationen den Schulterschluss suchen, so dass wir die Impfquoten wieder erhöhen.

**Hartmann:** Wichtig wäre uns dann auch die politische Unterstützung unsere Aktion Lesestart im Rahmen der U 6. Bei dieser Aktion haben die Eltern ein Paket in die

Hand bekommen mit ersten Anregungen zum Lesen und Vorlesen für ihre Kinder, weil wir gerade bei bildungsschwachen Familien festgestellt haben, dass viele Kinder beim Schuleintritt noch nie ein Buch in der Hand gehabt haben. Es wäre gut, diese Aktion politisch so auszubauen, dass sowohl im Rahmen der U6, als auch U7 und U7a ein altersentsprechendes Paket mit Büchern an die Eltern ausgehändigt würde, um hier Sprachanregung und Leseanregung zu geben. Denn wir wissen, dass das wichtig für das gesamte weitere Leben der Kinder ist und später nicht mehr nachgeholt werden kann.

### Frühe Leseförderung

**Lauterbach:** Auch hier völlige Übereinstimmung. Die neuen Studien zeigen ja auch, dass Lesen für die Charakterbildung wesentlich ist. Kinder, die lesen oder denen vorgelesen wird, entwickeln ein viel besseres Stressverhalten. Die Gene, die Menschen im Erwachsenenalter stressanfällig machen, werden im frühen Kindesalter hoch- oder runtergefahren. Das Lesen oder Vorlesen hat da eine große Bedeutung und ist nicht nur eine Kulturtechnik, son-

dern auch etwas, um gesund zu bleiben. Alles was wir tun können, um das Vorlesen und Lesen zu fördern, ist ein wichtiger Bestandteil. Wir kämen da sicher rasch zusammen in der Entwicklung von Konzepten, die dann auch gefördert würden. Es sind ja auch im Prinzip minimale Beträge, über die wir sprechen. Also, das hätte für mich eine sehr hohe Priorität, das ist ganz klar.

**KiJuA:** Wer hat Ihnen denn vorgelesen?

**Lauterbach:** Ich komme aus einer lupenreinen Arbeiterfamilie. Mein eigener Bildungserfolg – ich war sehr gut in der Schule – kommt daher, dass ich von meiner Mutter sehr stark gefördert worden bin. Ich habe als Kind, obwohl wir sehr wenig Geld hatten, dieses Kulturangebot gehabt. Sehr früh sogar. Als ich in die Schule kam, konnte ich daher schon sehr gut lesen, weil ich diese frühe Förderung hatte und davon profitiert habe. Und das habe ich nicht vergessen.

**KiJuA:**

Herr Prof. Lauterbach, Herr Dr. Hartmann, wir danken Ihnen für das Gespräch.

ReH



**bvkj.**

Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e.V.

## Wahlauf Ruf für den Landesverband Baden-Württemberg

Termingerecht findet vom **13.09.2010** bis **04.10.2010** die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Beisitzer, des Schatzmeisters sowie der zusätzlichen Delegierten und Ersatzdelegierten statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum **04.10.2010** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Dr. med. Klaus Rodens, Langenau  
Landesverbandsvorsitzender

# Änderung der Honorarverteilung ab 1.7.2010

Der Bewertungsausschuss (BWA) beim Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) hat zum 1.7.2010 eine Änderung der Honorarverteilung zur Stabilisierung des floatenden Regelleistungsvolumens (RLV) beschlossen. Bisher wurden die sogenannten freien Leistungen wie dringende Besuche, Inanspruchnahme zur Unzeit und Akupunktur ungedeckelt aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) zum Orientierungs-Punktwert voll vergütet. Das hat bundesweit zu einer Kostenexplosion mit Verfall des RLV-Fallwertes geführt.

Ab 1.7.2010 wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nach Abzügen strikt in ein hausärztliches und ein fachärztliches Verteilungsvolumen getrennt. Die verschiedenen Arztgruppen erhalten **eigene Fachgruppentöpfe**, aus denen der einzelne Arzt bzw. die Praxis sein **Honorarvolumen aus RLV und Qualitätsgebundenen Zusatzvolumen (QZV)** erhält, s. Abb. 1.

Basis für das Verteilungsvolumen sind die abgerechneten Punkte für RLV-Leistungen der Arztgruppe im Jahr 2008 unter Berücksichtigung von Neubewertungen seit 2009.

RLV und QZV werden je Arzt auf der Basis der RLV-Fälle des Vorjahresquartals ermittelt, die Zuweisung selbst erfolgt aber praxisbezogen. Bei mehreren Ärzten ergibt sich die Höhe des Honorarvolumens einer Arztpraxis oder Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) aus der Summe von RLV+QZV je Arzt.

Die Vergütung erfolgt innerhalb des Honorarvolumens zu festen EURO-Beträgen. Darüberhinausgehende Leistungen werden abgestaffelt vergütet. Dafür müssen zwei Prozent des jeweiligen hausärztlichen bzw. fachärztlichen Verteilungsvolumens bereitgestellt werden.

## Zuschläge zum RLV für BAG und MVZ

Die Zuschläge zum RLV für BAG und MVZ bleiben vorerst unverändert:

- für fach- und schwerpunktgleiche BAG und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe zehn Prozent Zuschlag zum RLV,
- für fach- und schwerpunktübergreifende BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten: fünf Prozent Zuschlag je Schwerpunkt oder Fachgruppe für maximal sechs Arztgruppen, für jede weitere Arztgruppe bzw. weiteren Schwerpunkt Zuschlag von 2,5 Prozent, jedoch insgesamt nicht mehr als 40 Prozent.

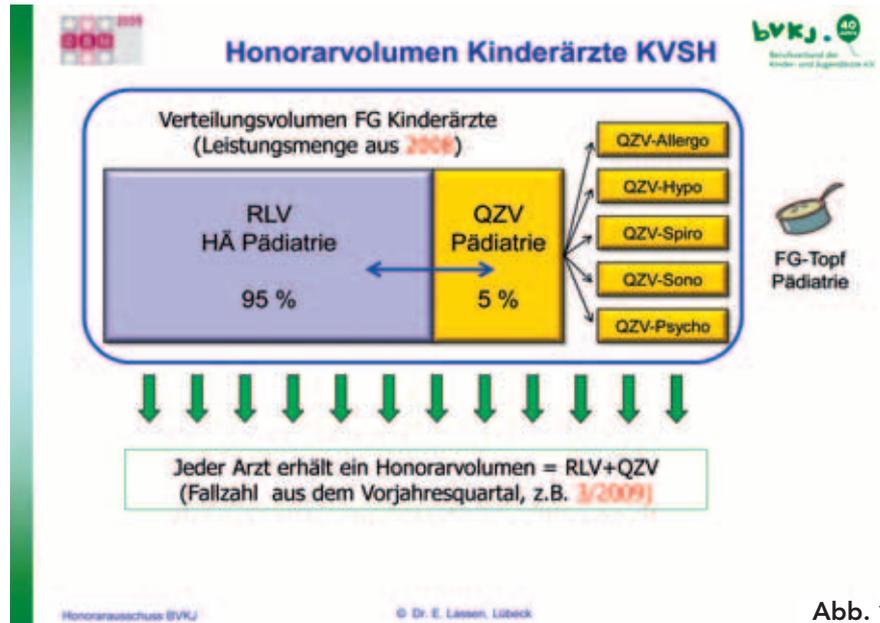


Abb. 1

## Prävention und Impfungen weiterhin extrabudgetär

Die extrabudgetären Leistungen wie z.B. Vorsorgen, Impfungen, Akutlabor, Kosten, präoperative Diagnostik (amb.

OP), DMP, HzV u.a. werden unverändert außerhalb der MGv vergütet.

## Berechnung des QZV

Die qualitätsgebundenen Fallwertzuschläge entfallen, dafür werden einzelne

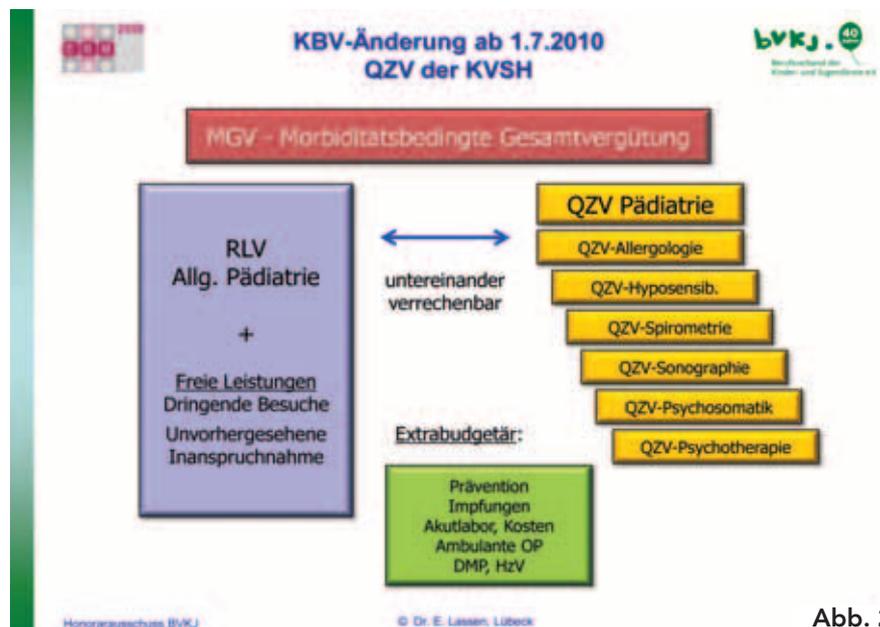


Abb. 2

qualitätsgebundene Zusatzvolumina (QZV) gebildet. Bei der Festlegung, welche Leistungen in das QZV gehören, hat der BWA den Länder-KVen weitgehenden Spielraum gelassen, sodass wir eine kaum überschaubare Vielzahl von unterschiedlichen QZV in den einzelnen Bundesländern und verschiedenen Fachgruppen erhalten, die nicht miteinander vergleichbar sind.

Die Zuteilung eines QZV ist davon abhängig, ob der Arzt im Vorjahresquartal mindestens eine Leistung des entsprechenden Bereiches abgerechnet hat und eine notwendige Genehmigung besitzt.

Die Berechnung eines QZV erfolgt arztgruppenspezifisch für jedes QZV einzeln. Jeder Arztgruppe steht dafür ein bestimmtes Verteilungsvolumen zur Verfügung, aus dem die unterschiedlichen Zusatzvolumen bedient werden.

### Drei mögliche Berechnungswege

Der Bewertungsausschuss hat drei unterschiedliche Berechnungswege vorgegeben, zwischen denen die jeweilige KV und die regionalen Krankenkassen wählen können:

#### Fallbezogen

Der anspruchsberechtigte Arzt erhält einen Zuschlag zum QZV auf alle seine RLV-Fälle (RLV-Fallzahl x QZV-Fallwert der Arztgruppe).

#### Arztbezogen

Das Honorarvolumen des jeweiligen QZV wird durch die Anzahl der anspruchsberechtigten Ärzte geteilt. Jeder teilnehmende Arzt erhält somit das gleiche QZV.

#### Leistungsfall bezogen

Jeder anspruchsberechtigte Arzt erhält einen Zuschlag pro Leistungsfall. Das QZV errechnet sich aus der Anzahl der QZV-Leistung des Arztes x QZV-Fallwert der Arztgruppe.

### QZV-Empfehlung

Der Honorarausschuss des BVKJ hatte für die Allgemeinpädiatrie die Bildung folgender QZV empfohlen:

- Allergologie ohne Zusatzbezeichnung
- Hyposensibilisierung
- Spirometrie
- Sonografie
- Psychosomatik
- Richtlinienpsychotherapie

Die ehemals freien Leistungen wie dringende Besuche und Inanspruchnahme zur Unzeit sollten im RLV abgerechnet werden, da diese Leistungen Aufgaben aller Kinder- und Jugendärzte sind.

### QZV-Berechnung nicht vergleichbar

Das zugeteilte QZV ist in den einzelnen Ländern sehr unterschiedlich und nicht untereinander vergleichbar, je nachdem, ob die Berechnung des QZV auf den RLV-

Fall, den Arzt oder den Leistungsfall bezogen wurde.

Bei den Schwerpunktpraxen ist die Situation noch unübersichtlicher. Die regionalen Unterschiede sind erheblich und kaum mehr nachvollziehbar, geschweige denn vergleichbar. Eine Vereinheitlichung soll angestrebt werden.

Zur Veranschaulichung der QZV-Berechnung mag als Beispiel die Berechnung der KV Schleswig-Holstein für das QZV der Kinderärzte in Abb. 3 dienen. Die im Referenzquartal (hier 3/2009) abgerechnete QZV-Leistungsmenge (Leistungsfallzahl) wird mit dem QZV-Leistungsfallwert multipliziert. Dabei ist das Ergebnis sehr unterschiedlich und zeigt Verwerfungen: Das QZV Allergologie entspricht in etwa der Leistungsmenge des Vorjahresquartals, das QZV Psychosomatik hingegen enthält weniger als die Hälfte der abgerechneten Leistungsmenge des Vorjahres.

| QZV-Berechnung - Beispiel Kinderärzte KVSH |   |
|--|---|
| <b>In 3/2009 :</b>                         | 1200 RLV – Fälle, davon abgerechnet   |
| <b>Leistungsfallzahl</b>                   | 50 x Spirometrie<br>100 x Hyposensibilisierung<br>20 x Allergologie<br>40 x Psychosomatik |
| <b>RLV für 3/2010 :</b>                    | 1200 x 34,12 € = 40.944 €   |
| <b>QZV für 3/2010 :</b>                    |   |
| ▪ QZV Spirometrie :                        | 50 x LFW Spirometrie 5,09 € = 258 €   |
| ▪ QZV Hyposensibilisierung :               | 100 x LFW Hyposensibilisierung 16,51 € = 1.651 €  |
| ▪ QZV Allergologie :                       | 20 x LFW Allergologie 45,99 € = 920 €   |
| ▪ QZV Psychosomatik :                      | 40 x LFW Psychosomatik 6,84 € = 274 €   |
| <b>Summe QZV</b>                           | <b>= 3.103 €</b>  |
| <b>Honorarvolumen gesamt (RLV+QZV)</b>     | <b>= 44.047 €</b>   |

Anzahl der möglichen Leistungen im QZV

- Spirometrie : 5,96 € = 43 x
- Hyposensibilisierung : 9,29 € = 178 x
- Allergologie : 45,39 € = 20 x
- Psychosomatik : 15,07 € = 18 x

Honorarausschuss BVKJ © Dr. E. Lassen, Lübeck

Abb. 3

Abb. 3 zeigt die Berechnung der einzelnen QZV am Beispiel der KVSH, hier leistungsfallbezogen

Dr. Eberhard Lassen, Lübeck – Mitglied im Honorarausschuss des BVKJ

Red.: ge

## Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

Die Justitiare des BVKJ e.V., die **Kanzlei Dr. Möller und Partner**, stehen an **jedem 3. Donnerstag** eines Monats **von 17.00 bis 19.00 Uhr** unter der Telefonnummer

**0211 / 758 488-14**

für telefonische Beratungen zur Verfügung.

*Stephan Eßer, Hauptgeschäftsführer*



**bvkj.**

Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e.V.

## Wahlaufruf für den Landesverband Sachsen-Anhalt

Termingerecht findet vom **09.08.2010** bis **30.08.2010** die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Beisitzer, des Schatzmeisters sowie der zusätzlichen Delegierten und Ersatzdelegierten statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum **30.08.2010** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Dr. med. Wolfgang Lässig, Halle  
Landesverbandsvorsitzender

## Praxisabgabe-Seminar des BVKJ am 11. und 12.09.2010 in Friedewald (bei Bad Hersfeld)

Die Aufgabe der eigenen Praxis ist sicherlich ein wichtiger und für viele Vertragsärzte auch schmerzlicher Schritt. Noch schmerzlicher kann jedoch der Prozess der Praxisabgabe verlaufen, wenn dieser nicht langfristig und sorgfältig vorbereitet wurde, stellt doch der Ertrag aus der Praxisveräußerung im allgemeinen einen wichtigen Bestandteil der materiellen Absicherung im Alter dar.

Als Hilfe zur erfolgreichen Durchführung der Praxisabgabe bieten wir Mitgliedern des BVKJ ein Seminar mit ausgewiesenen Fachleuten an, in dessen Rahmen alle in diesem Kontext wichtigen Aspekte behandelt werden:

- Vorbereitung der Praxisabgabe
- Nachfolgersuche
- Vertragsverhandlungen
- Steuerliche Aspekte der Praxisveräußerung
- Abschluss des Übernahmevertrages
- Vertragsarztrechtliche Abwicklung der Praxisübergabe
- Vollzug der Praxisübergabe

### Referenten

Die Referenten sind Herr **Stefan Kalenberg**, Geschäftsführer der Bezirksstelle Köln der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Herr Rechtsanwalt **Dirk Nig-**

**gehoff**, Justitiar des BVKJ, und Herr **Jürgen Stephan**, SKP Unternehmensberatung, Jüchen.

Die **Teilnahmegebühr** beträgt 310,- € (500,- € für Nichtmitglieder des BVKJ) und beinhaltet Unterbringung und Verpflegung in einem Haus der 4-Sterne-Kategorie in Friedewald.

Wegen der begrenzten Teilnehmerzahl bitten wir Sie bei Interesse um baldige Anmeldung mittels des nachfolgenden Anmeldecoupons oder per PädInform.

Stephan Eßer  
Hauptgeschäftsführer des BVKJ

An den  
Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.  
z. Hd. Frau Gabriele Geße

per Telefax (02 21) 68 32 04

### Praxisabgabeseminar des BVKJ am 11. und 12.09.2010 in Friedewald

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Teilnahme am Praxisabgabeseminar an.  
Die Teilnahmegebühr von 310,- € bzw. 500,- € überweise ich bis zum Beginn des Seminars auf Konto 000 127 3779 (BLZ 370 606 15), Deutsche Apotheker- und Ärztebank.

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
(Tel. u. Fax)

Pressekonferenz des BVKJ am 25. 6. 2010 in Berlin

## Selektivverträge erstmals mit der KBV

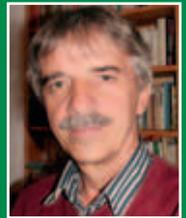
Der Vorstandsvorsitzende der KBV, **Dr. Andreas Köhler**, hatte ein besonderes Geburtstags-geschenk zum 40. Jubiläum der Kinder- und Jugendärzte. Überraschend eröffnete er auf der Pressekonferenz am 25. Juni 2010 in Berlin, dass der BVKJ der erste Berufsverband sei, mit dem ein Selektivvertrag unter dem Dach der kassenärztlichen Bundesvereinigung geschlossen werden konnte.

Sowohl die Techniker Krankenkasse als auch die Knappschaften haben dreiseitige Verträge mit dem BVKJ und der AG-Vertragskoordinierung der KBV unterschrieben. Teilnehmenden Pädiatern werden ab dem 1. Juli 2010 für Mitglieder dieser Kasse die Vorsorgen U10, U11 und J2 vergütet. Die Abrechnung erfolgt über Pseudoziffern durch die KVen. Der BVKJ sorgt für die notwendige Dokumentation. Die Gebühren sollen im Durchschnitt niedriger sein, als die Umlagen bei den Hausarztverträgen nach § 73b SGBV. Eine wesentliche Besonderheit der Selektivverträge ist, dass sie „Add-on-Verträge“ sind. Für diese gibt es zusätzliches Geld, das nicht zuvor an anderer Stelle von der kollektiven Vergütung abgezogen wurde. Der BVKJ will jetzt auch seine Verträge mit der Barmer GEK an die AG-Vertragskoordinierung überführen. Das führt zu einer erheblichen Vereinfachung der Abrechnungsverfahren.

„Hausarztverträgen“ nach § 73b, die den speziellen fachärztlichen Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen keine Rechnung tragen, erteilte Köhler eine klare Absage. Obwohl er realistisch einräumt, dass manche Hausärzte auch Kinder und Jugendliche behandeln können, ist er mit BVKJ-Präsident **Dr. Wolfram Hartmann** darin einig, dass hierzu eine spezielle Weiterbildung gehört. Das „Primärarztssystem“, so Hartmann, hat sich in anderen Ländern bereits nicht bewährt. Köhler sieht eine

starke zerstörerische Kraft in den „Vollversorgungsverträgen“, da sie das Honorar aller Ärzte im Kollektivvertrag verringern. Zudem ist für die Ärzte eine Zusammenarbeit mit weiteren Abrechnungsstellen kompliziert und jede zusätzliche Verwaltung kostet Geld. Köhler rechnet mit 1,5 Milliarden Euro Zusatzkosten im Gesundheitswesen jährlich durch die § 73b-Verträge und niemand widerspricht bislang der Höhe dieser Schätzung. Die zusätzlichen Milliarden seien noch nicht in die Defizitrechnungen der GKV eingepreist worden.

Für Köhler und Hartmann sind Selektivverträge hingegen für bestimmte Patientengruppen ein Instrument zu besserer Versorgung. Sie bilden eine genau aufeinander abgestimmte Versorgungskette. Ein sehr positives Beispiel sei der ADHS-Vertrag, an dessen Entwicklung die KBV-Vertragswerkstatt ebenfalls beteiligt war. Dieser Vertrag wird mittlerweile mit den Betriebskrankenkassen in Baden-Württemberg umgesetzt. Wenn überhaupt Verträge nach § 73b geschlossen würden, sollten sie sich am pädiatriezentrierten Vertrag in Bayern orientieren. Bei diesem haben der BVKJ, die KBV und die KV erfolgreich zusammengearbeitet. Es ist diese Art der Zusammenarbeit, die Köhler beispielhaft auch in der Zukunft nutzen möchte. In ihr lägen Vorteile für alle, insbesondere für die Patienten.



Dr. Christoph Kupferschmid



### Gegen Monopolisierung und Begehrlichkeiten

Bereits anlässlich der Festveranstaltung zum 40 jährigen Bestehen des BVKJ hatte der parlamentarische Staatssekretär im Gesundheitsministerium, **Daniel Bahr**, FDP, die besondere gesellschaftliche Aufgabe der Kinder- und Jugendärzte hervorgehoben. Er betonte die Freiheit der Arztwahl, vor die in den Hausarztverträgen Hürden gestellt sind. Auch beobachtete das Ministerium genau, ob Begehrlichkeiten und ungesunde Monopolisierungen entstünden. Vor diesem Hintergrund muss man die Tatsache sehen, dass der Hausärzteverband das Privileg der § 73b Verträge alleine beansprucht, obwohl etwa 1/3 der Hausärzte keine Allgemeinmediziner sind. In diesem Licht muss man auch die delikate Regelung betrachten, dass in den Hausarztverträgen kontaktunabhängige Pauschalen an Allgemeinmediziner für eingeschriebene Kinder und Jugendlichen bezahlt werden. Das

heißt, es fließt Geld alleine für die Einschreibung, ganz unabhängig von der Qualifikation und davon, ob der Arzt überhaupt ein Interesse an der tatsächlichen Betreuung von Kindern und Jugendlichen hat. Ja sogar unabhängig davon, ob der „Hausarzt“ das Kind oder den Jugendlichen überhaupt je sieht. In Bayern sind nach Auskunft des BVKJ Pressesprechers, **Dr. Uli Fegeler**, 200.000 Kinder im HZV bei Hausärzten eingeschrieben. Wie groß ihr Anteil an jenen 16 Millionen Euro ist, die von der AOK Bayern kürzlich von der KV wegen zusätzlicher Überweisungen zurückgefordert wurde, ist bislang unbekannt. Für den HZV der AOK in Baden-Württemberg wurden entsprechende Zahlen bislang nicht bekannt.

Dr. Christoph Kupferschmid  
Olgastraße 87  
89073 Ulm  
Ch.Kupferschmid@t-online.de

Red.:ge

## Praxiseinführungs-Seminar des BVKJ: Im Gespräch mit Experten und Insidern

Am Samstag, dem 25. und Sonntag, dem 26. September 2010, findet das nächste Praxiseinführungs-Seminar des BVKJ in Friedewald statt. Bei diesem zweitägigen Seminar erhalten die Teilnehmer wertvolle Hinweise aus den Bereichen der praktischen Berufsausübung, Recht und Wirtschaftswissenschaften, die bei der Praxisgründung oder -übernahme zu beachten sind.

### Die Themen im Einzelnen:

- Neugründung, Übernahme und Eintritt in eine bestehende Praxis
- Die niederlassungsbegleitende Vertragssituation (Übernahmevertrag, Mietver-

trag, Arbeitsverträge, Kooperationsverträge)

- Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung
- Wirtschaftliche Aspekte der Niederlassung (Praxisgründung bzw. -übernahme)
- Praxisführung
- Rahmenbedingungen
- Standortwahl und Praxis-Organisation
- Apparative Ausstattung und Labor in der Praxis
- Überblick über die Serviceleistungen des BVKJ

Falls Sie an einer Teilnahme interessiert sind, senden Sie bitte den nachstehenden Coupon an die Geschäftsstelle des BVKJ oder melden sich per PädInform oder E-Mail ([bvkj.buero@uminfo.de](mailto:bvkj.buero@uminfo.de)) an. Da die Teilnehmerzahl begrenzt ist, werden die Rückmeldungen in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt.

Die Seminargebühr incl. Tagungsmappe, Verpflegung und einer Übernachtung in einem 4-Sterne-Hotel in Friedewald (bei Bad Hersfeld) beträgt 100,- €.

Stephan Eßer  
Hauptgeschäftsführer des BVKJ

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Teilnahme am „Praxiseinführungs-Seminar“ am 25. und 26. September 2010 an.

Ich plane die Niederlassung

Die Teilnahmegebühr von 100,- € überweise ich bis zum Beginn des Seminares auf folgendes Konto des BVKJ:  
0 201 273 779 (BLZ 300 606 01), Deutsche Apotheker- und Ärztebank.

**An BVKJ  
per Telefax (02 21) 68 32 04**

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_  
(Tel. u. Fax)

## Kinder- und Jugendärzte – wo stehen wir?

Wo stehen wir Kinder- und Jugendärzte in Baden-Württemberg heute angesichts eines HZV des Hausärzterverbandes und MEDI mit der AOK Baden-Württemberg, der in vielerlei Hinsicht für uns nicht akzeptabel ist? Der baden-württembergische Landesvorsitzende Klaus Rodens hat Bilanz gezogen auf dem 13. Kongress „Pädiatrie zum Anfassen“ des LV Baden-Württemberg am 10. Juli in Ostfildern-Nellingen.

Ein veränderter Lifestyle und veränderte sozioökonomische Bedingungen haben in den letzten Jahren zu zeitintensiven und aufwändigen „neuen Morbiditäten“ geführt, die heute die Versorgungsschwerpunkte bilden. Und das wiederum erfordert mehr denn je die besondere Kompetenz des hoch qualifizierten Kinder- und Jugendarztes. Dagegen sind Ziel, Inhalt und Realität der hausarztzentrierten Verträge in keiner Hinsicht pädiatriekonform. Das zeigt sich nicht zuletzt in der Honorierung: Teilnehmer des HZV mit AOK Baden-Württemberg kassieren bei Kindern bis zum 5. Lebensjahr bis zu € 26 weniger gegenüber den KV-Zahlungen im EBM.

„Außer dem bvkj ist kein anderer Verband legitimiert oder mandatiert, um über kinder- und jugendärztliche Versorgung

zu verhandeln“ stellte Rodens unter dem Beifall der Teilnehmer fest.

Rodens rief bei dieser Gelegenheit alle niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte auf, an der Wahl zur Vertreterversammlung der KV Baden-Württemberg teilzunehmen und die Stimmen an die neue Liste „Junge Liste“, die aus Kinder- und Jugendärzten, Kinder- und Jugendpsychiatern, Kinderchirurgen und Pädaudiologen besteht, zu geben sowie drei weiteren Kinder- und Jugendärzten auf der Liste der „Sprechenden Medizin“. „Eine Mehrheit für die HzV-Protagonisten HÄV und MEDI in der VV stellt die Zukunft der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte ins Abseits“, so Rodens.

Im zweiten Teil des Vormittags schilderte der Züricher Kinder- und Jugendarzt Dr. Ulrich Lips ein eindrucksvolles Bild des

Kinderschutzes in der Schweiz am Beispiel der Region Zürich. Ähnliche Strukturen sind bei uns allenfalls ansatzweise vorhanden – Grund genug, sich weiter mit diesem Thema zu beschäftigen.

Den Rest des Tages kann man zusammenfassen mit 100-80-14-38!? Auflösung: 100 Kinder- und JugendärztInnen, 80 MFAS besuchten 14 Seminare – bei einer Temperatur von 38 Grad!

Trotz der großen Hitze: es hat sich für alle Teilnehmer gelohnt.

Nachsatz: es lohnt sich auch, den Powerpoint-Vortrag von Klaus Rodens in PädInform im LV-Baden-Württemberg-Ordner unter „Nellingen.ppt“ in Ruhe nachzulesen.

Dr. Michael Mühlshlegel  
Mühlstorstr. 2  
74348 Lauffen

Red: ReH



**bvkj.**

Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e.V.

### Wahlaufruf für den Landesverband Mecklenburg-Vorpommern

Termingerecht findet vom **27.09.2010** bis **18.10.2010** die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Beisitzer, des Schatzmeisters sowie der Ersatzdelegierten statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum **18.10.2010** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Dr. med. Susanne Schober, Wolgast  
Landesverbandsvorsitzende

## Ärzte lehnen die Beschneidung auf Kassenkosten ab

Bremer Ärzte starten derzeit eine Warterzimmer-Kampagne mit Aufklärungsflyern für Eltern, die ihre kleinen Jungen aus religiösen oder kulturellen Gründen beschneiden wollen. Bremer Kassenärzte lehnen solche kulturellen Beschneidungen von Jungen auf Kosten der Krankenkassen und damit der Solidargemeinschaft ab, hieß es. Die Kassenärztliche Vereinigung Bremen (KVHB) und die Landesverbände der Kinder- und Jugendärzte, der Urologen und der Kinderchirurgen haben sich deshalb auf eine gemeinsame „Bremer Richtlinie“ gegen Wunsch-Zirkumzisionen verständigt. Ein mehrsprachiger Flyer – deutsch, türkisch, arabisch serbo-kroatisch – soll Eltern die Motive der Ärzte erklären und um Verständnis werben. „Es geht nicht darum, Eltern für den Wunsch nach einer Beschneidung ihres kleinen Sohnes zu kritisieren. Wir müssen allerdings darauf hinweisen, dass eine Zirkumzision auf Kassenkosten nicht ins Belieben der Ärzte gestellt ist. Ganz im Gegenteil: Ohne medizinische Indikation begehrt der Operateur eine Straftat“, sagt Günter Scherer, Vize der KVHB.

Die so genannte Zirkumzision darf in Deutschland nur dann zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen vorgenommen werden, wenn sie medizinisch notwendig ist. Mit der „Bremer Richtlinie“ reagieren die Initiatoren darauf, dass immer mehr



Eltern von den Ärzten fordern, eine kulturell motivierte Beschneidung auf Kassenkosten vorzunehmen, beziehungsweise eine Überweisung zu einem Operateur. „Auffällig waren unter anderem Eingriffe bei sehr jungen Kindern oder von Brüdern am gleichen Tag. (...) Pädiater fühlen sich häufig durch Operateure gedrängt, eine Überweisung mit entsprechender Diagnose auszustellen, wie auch die Operateure

sich angesichts offensichtlicher Gefälligkeitsüberweisungen durch Pädiater zum Eingriff auf Kassenkosten genötigt sehen“, so die Richtlinie weiter. Sie soll die betroffenen Ärzte bestärken, nur im Falle einer medizinischen Indikation tätig zu werden. „Wir hoffen, dass der enorme Erwartungsdruck, dem die Ärzte ausgesetzt sind, dadurch gemindert wird“, so Scherer.

Äz/ge

## Wirtschaftlichkeit in der ärztlichen Praxis

Wenn Politiker von der „Wirtschaftlichkeit in der ärztlichen Praxis“ reden, sind Ärzte häufig alarmiert. Zu Recht, denn meist ist damit der Versuch verbunden, Ärzten die Verantwortung für gesundheitspolitische Fehlentscheidungen aufzubürden. Suggestiert wird, der unwirtschaftlich agierende Arzt sei einfach nur unfähig, „Wirtschaftlichkeitsreserven“ zu erschließen. Als Erziehungshilfen werden dann Wirtschaftlichkeitsprüfung, Regress,

Budget und Richtgrößen herangezogen. Viele Ärztinnen und Ärzte reagieren darauf mit Rückzug bzw. innerer Emigration – eine falsche und wenig hilfreiche Reaktion.

Der BVKJ hat daher nun mit Unterstützung der Firma MSD einen Ratgeber für prüfungsgeplante Kolleginnen und Kollegen herausgegeben. Hier sind alle wichtigen Informationen zum Thema Wirtschaftlichkeit gut verständlich aufgelistet.

Ärztinnen und Ärzte erhalten einen Leitfaden, der mit praktischen Tipps präventiv vor Regressen schützt und darüber hinaus einen Überblick über die verschiedenen Prüfverfahren gibt. Denn nur wer das System der Regresse kennt und versteht, kann die Spielregeln beachten und sich erfolgreich wehren.

**Info:** Bezug der Broschüre über den BVKJ, LV Nordrhein, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

ReH

# Ärztliche Stillempfehlungen in Deutschland im 20. Jahrhundert

## – „Natürlich“ mit dem Segen der Wissenschaft, Teil 2

© Oscar Brunet - Fotalia.com

In der letzten Ausgabe unserer Zeitschrift wurde die Entstehung und Institutionalisierung der Säuglingsfürsorge in Deutschland umrissen. Eine hohe Säuglingssterblichkeit gekoppelt mit niedrigen Geburtenraten forcierte die Notwendigkeit einer Auseinandersetzung mit diesem Thema. Die Erkenntnis, dass die Säuglingsernährung eine Schlüsselvariable für das Überleben der Säuglinge darstellt, machte diese zum Mittelpunkt der Sozialpädiatrie. Nachdem im ersten Teil dieses Aufsatzes die reglementierten Stillempfehlungen der Weimarer Republik und deren Popularisierung durch Lehrkurse und Säuglingspflegefibeln thematisiert wurden, soll im Folgenden nun auf deren Fortführung im Nationalsozialismus und eine Positionsänderung in den 60er- und 70er-Jahren eingegangen werden.

### NS: Johanna Haarer: „Die Deutsche Mutter und ihr erstes Kind“

In der Zeit des Nationalsozialismus legte der Münchener Fachverlag für Medizin J.F. Lehmanns, der seit dem Ersten Weltkrieg rassenkundliche und rassenhygienische Schriften publizierte und ab 1929 offen die NSDAP unterstützte, einen vollkommen neuen populären Ratgeber auf. Nicht zuletzt aus Marketinggründen unterstützte der Verlag eine junge Fachärztin für Lungenheilkunde, die nach der Geburt ihrer ersten Zwillingskinder leicht verständliche Zeitungsartikel zu den Themen Schwangerschaft, Geburt und Säuglingspflege verfasst hatte. Johanna Haarer's Ratgeber „Die deutsche Mutter und ihr erstes Kind“, der erstmals 1934 erschien, entwickelte sich rasch zu einem Bestseller und ging in Massenaufgabe. Im Zuge der Aufarbeitung des NS gilt Haarer's Ratgeber als

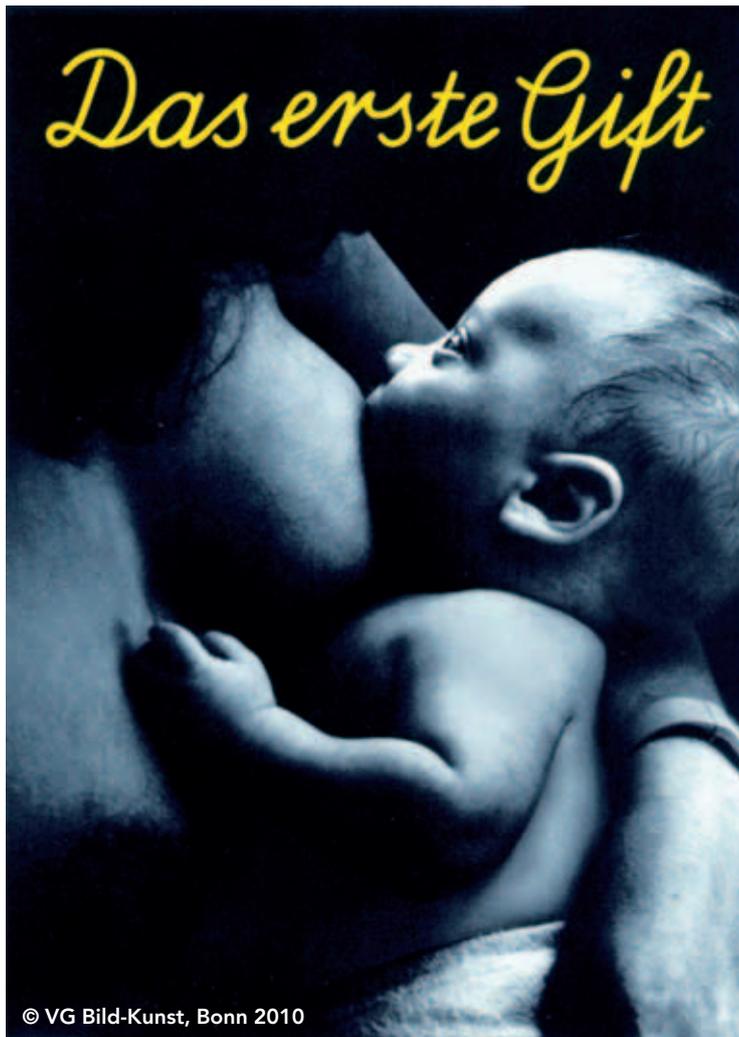
„Schwarze Pädagogik“, die in bindungstheoretischer Hinsicht eine langfristige Nachwirkung der NS-Erziehung auf die frühkindliche Sozialisation in der deutschen Nachkriegsgesellschaft gehabt haben soll. Zudem wurde der Autorin vorgeworfen, weit hinter den Forschungsstand zurückgefallen zu sein. Das kann hinsichtlich der Stillempfehlungen relativiert werden. Haarer's rigide zeitliche Reglementierung bezüglich des Stillens entsprach internationalen Standards und wurde beispielsweise von amerikanischen Pädiatern geteilt. Inhaltlich stand der Ratgeber zudem durchaus in der Tradition früherer Stillfibeln aus der Weimarer Republik bzw. dem Kaiserreich, allerdings wurde eine wesentlich aggressivere Sprache gewählt. In der Ausgabe von 1936 lauteten entsprechende Passagen über das Stillen: „Deutsche Mutter, du mußt dein Kind stillen! [...] Deutsche Mutter,



Prof. Dr. Jörg Vögele

Thorsten Halling

Luisa Rittershaus



© VG Bild-Kunst, Bonn 2010

**Abb. 1:**  
**Klaus**  
**Staeck,**  
**Das erste**  
**Gift**

wenn du stillst, tust du nicht nur deine Schuldigkeit deinem Kind gegenüber, sondern erfüllst auch eine rassische Pflicht. Die Stillfähigkeit gehört zu den wertvollsten Erbanlagen“. Das Argument: „Erkranken doch Flaschenkinder 10mal häufiger als an der Brust ernährte, und unter 6 verstorbenen Säuglingen ist nur 1 Brustkind zu finden“. Möglicherweise liegt ein Grund für den Erfolg Haarers nicht nur, wie immer wieder betont, im ideologischen Bereich, sondern auch darin begründet, dass sie viele bislang wenig thematisierte Details anspricht (etwa Wert und Bedeutung der Vormilch) und auch dezidiert auf Nöte und Probleme junger Mütter eingeht (etwa bei Stillproblemen). Wie im Titel bereits angedeutet, rückt die Mutter stärker in den Fokus. Nicht mehr der Säuglingsatlas, die Säuglingsfibel, sondern die Mutter und ihr erstes Kind werden als Thema vorgestellt. Die Betonung des ersten Kindes suggeriert gleichzeitig, dass es sich um erlernbare Erfahrungen und Kenntnisse handelt und zumindest nicht ausschließlich um natürliche, angeborene Wissensbestände bzw. Instinkte, auch wenn sie die Stillfähigkeit generell als Erbanlage sieht.

Auch nach dem Krieg blieb Johanna Haarers Buch in der Bundesrepublik bis in die späten 1980er-Jahre ein Bestseller und erreichte in vielen Auflagen insgesamt mehr als 1,2 Millionen Exemplare, während es in der

Sowjetischen Besatzungszone 1946 auf die Liste der auszusondierenden Bücher kam. Der Titel wurde leicht in „Die Mutter und ihr erstes Kind“ abgewandelt und der gesamte Sprachduktus überarbeitet, während inhaltlich nach wie vor eindeutig das Stillen propagiert wurde. In der Auflage von 1965 etwa wird dies formuliert: „In den ersten Lebensmonaten sollte Ihr Kind alle Nahrung, die es zu seiner gesunden Entwicklung braucht, bei Ihnen, der Mutter, finden. [...]“ In der Argumentation bleibt der Ratgeber eher unbestimmt und fast vage: „Das Stillen ist für Sie selbst gesund. [...] Für das Kind lassen sich die Vorteile des Stillens gar nicht hoch genug einschätzen“. „Es erkrankten viel mehr Flaschenkinder als Brustkinder. Bestimmte Krankheiten bekommt ein Brustkind gar nicht oder nur in milder Form, wie z.B. Säuglingskrämpfe und Rachitis“.

### 1960/70er-Jahre – die „Stillrevolte“

Während es in der Zeit des Kaiserreichs und der Weimarer Republik lediglich vereinzelte Stimmen gab, die sich moderater äußerten oder sogar für eine Lockerung der starren Zeitabstände aussprachen, wurden die schematischen Ernährungsempfehlungen erst in den 1960er und 1970er-Jahren nach ernährungsphysiologischen Erkenntnissen – unterstützt durch Druck der Frauenbewegung – aufgeweicht zugunsten eines aus den USA stammenden Self-demand-feeding-Programmes, das sowohl für den Säugling als auch für die Mutter Vorteile versprach und sich bereits während des Klinikaufenthaltes durch ein Rooming-in verwirklichen ließ. Diese diametrale Positionsänderung zog rasch in die pädiatrischen Hand- und Lehrbücher ein, da den ernährungsphysiologischen Modellen nichts entgegenzusetzen und gleichzeitig die Ernährung des Säuglings zwischenzeitlich zu einem Randthema der Kinderheilkunde und Geburtshilfe geworden war. Auch in den populären westdeutschen Ratgebern der 1960/1970er-Jahre wurde die starke Betonung des Stillens als Grundvoraussetzung für die gesunde Entwicklung des Säuglings zugunsten der künstlichen Ernährung bereits ab der 3. oder 4. Woche aufgeweicht. Umgekehrt sprach man nun sogar von sogenannten Stillfanatikern und einem Stillfanatismus, der Schuld- oder Insuffizienzgefühle bei echter Stillunfähigkeit erwecken könnte. Gleichzeitig entwickelte die Forschung industrielle Babynahrung zu einem Hightech-Produkt, das die Konzerne mit ausgeklügelten Werbekampagnen weltweit vertrieben. In den fortschritts- und technologiegläubigen 1960er- und 1970er-Jahren fiel die entsprechende Propagierung eines frühen Übergangs zur künstlichen Ernährung auf fruchtbaren Boden. Zudem wurde im Zuge der aufkommenden Umweltbewegung auf die potentielle toxische Belastung der Muttermilch (insbesondere durch DDT oder Dioxin) hingewiesen (Abb. 1). Erst in den letzten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts regte sich Widerstand gegen die z.T. aggressive Vermarktung von Produkten zur künstlichen Säuglingsernährung insbesondere in den Entwicklungsländern (International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes aus dem Jahr 1981). Gleichzeitig verwiesen die Fach-

leute wieder verstärkt auf die gesundheitlichen Vorteile des Stillens und propagierten eine mindestens sechsmo- natige Stillzeit.

Da die Säuglingssterblichkeit als Indikator für Wohl- stand und Entwicklung einer Gesellschaft gilt, ließ sich die unterschiedliche Höhe der Säuglingssterblichkeit in Ost und West in den ideologischen Auseinandersetzun- gen des Kalten Krieges als propagandistisches Argument gebrauchen. Phasenweise niedrigere Werte in der DDR wurden dabei im Westen auf unterschiedliche Definitio- nen einer Lebendgeburt, im Osten auf die intensive Prä- vention und Fürsorge zurückgeführt. Traditionell führte man dabei die Säuglingssterblichkeit als Argument ins Feld, um die Mütter zum Stillen zu bewegen. So wurden beispielsweise in der DDR anfänglich sozialhygienische Ansätze wieder aufgenommen und Klassiker aus der Weimarer Republik wieder aufgelegt. Gleichwohl geriet man zunehmend in das Dilemma, die in staatlichen Be- trieben hergestellten Produkte zur künstlichen Ernäh- rung kaum als ungeeignet deklarieren zu können. Viel- mehr wies man darauf hin, dass „[...] auch eine künstli- che Ernährung heute das gute Gedeihen Ihres Kindes si- chert“ und empfahl vor allem in den 1970er-Jahren die Produkte von Milasan oder KI-NA. Trotzdem galt das Stillen weiterhin als vorteilhaft, und es wurde deshalb da- rauf verwiesen, dass überschüssige Milch in mütterlicher Solidarität ausgetauscht werden kann bzw. von der Frau- enmilchsammelstelle abgeholt und dafür ein Entgelt ge- zahlt wird. Weitaus größere Schwierigkeiten hatte man mit dem Stillen ad-libitum. Noch Ende der 1970er-Jahre las sich das folgendermaßen: „Einige Kinderärzte in den USA haben daraus sogar eine Theorie gemacht und emp- fehlen, den Kindern nach Bedarf die Brust zu geben. Aber all das hat sich als nicht günstig erwiesen. Der 4-Stunden- Abstand und die lange Nachtpause haben sich für das Ge- deihen bewährt“ (Mann et al. 1977).

### Zusammenfassung und Schluss

Der kurze Abriss ärztlicher Stillempfehlungen in Deutschland während des 20. Jahrhunderts zeigt, wie aus

einem bürgerlichen (Fach-)Diskurs über das Stillen in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts eine Empfehlung für die Allgemeinheit wurde. Popularisierungsstrategien waren dabei nicht nur an den wissenschaftlichen Diskurs gekoppelt, sondern inhaltlich wie auch formal immer eingebettet und beeinflusst von herrschenden ideologi- schen und gesellschaftlichen Strömungen. Gleichwohl hat das Stillen nach wie vor essentiellen Einfluss auf die Überlebenschancen der Säuglinge - und dies nicht nur in den Entwicklungsländern. So kommentiert der United Nations Children's Fund (UNICEF) auf seiner Home- page: „Breastfed children have at least six times greater chance of survival in the early months than non-breast- fed children. [...] Optimal breastfeeding of infants under two years of age has the greatest potential impact on child survival of all preventive interventions, with the poten- tial to prevent 1.4 million deaths in children under five in the developing world (Lancet 2008). [...] The potential impact of optimal breastfeeding practices is especially important in developing country situations with a high burden of disease and low access to clean water and sanita- tion. But non-breastfed children in industrialized countries are also at greater risk of dying – a recent study of post-neo- natal mortality in the United States found a 25 percent increase in mortality among non-breastfed infants“ ([http://www.unicef.org/nutrition/index\\_24824.html](http://www.unicef.org/nutrition/index_24824.html)).

Prof. Dr. Jörg Vögele  
Thorsten Halling  
Luisa Rittershaus  
Institut für Geschichte der Medizin  
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
Postfach 10 10 07  
40001 Düsseldorf  
Tel.: 0211/81 13940  
Fax: 0211/81 13949  
Email: InstGeschMed@uni-duesseldorf.de

Red : ReH

# Fortbildungstermine des BVKJ

## August 2010

28. August 2010

### Jahrestagung des LV Sachsen

des bvkJ e.V., Dresden

Auskunft: Dr. med. K. Hofmann, Chemnitz, PF 948, 09009 Chemnitz, Tel. 0371 / 33324130, Fax: 0371/33324102 ①

## September 2010

3.–4. September 2010

### 13. Seminartagung des LV Hessen

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

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

11.–12. September 2010

### Pädiatrie zum Anfassen

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

Auskunft: Dr. Stefan Trapp, Bremen, Tel. 0421/570000, Fax 0421/571000; Dr. Stefan Renz, Hamburg, Tel. 040/43093690, Fax 040/430936969; Dr. Dehtleff Banthien, Bad Oldesloe, Tel. 04531/3512, Fax 04521/2397 ②

11.–12. September 2010

### Praxisabgabe-Seminar des BVKJ e.V.

in Friedewald (bei Bad Hersfeld)

Auskunft: BVKJ, Tel. 0221/6 89 09-10, Fax 0221/68 32 04

25.–26. September 2010

### Praxiseinführungs-Seminar des BVKJ e.V.

in Friedewald (bei Bad Hersfeld)

Auskunft: BVKJ, Tel. 0221/6 89 09-11, Fax 0221/68 32 04

## Oktober 2010

9.–13. Oktober 2010

### 38. Herbst-Seminar-Kongress

des bvkJ e.V., Bad Orb

*Funktionelle Störungen*

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

## November 2010

6. November 2010

### Jahrestagung des LV Niedersachsen

des bvkJ e.V., Verden

Auskunft: Dr. med. Tilman Kaethner, Friedrich-Ebert-Str. 44a, 26954 Nordenham, Tel. 04731/80016, Fax 04731/80018; Dr. med. Ulrike Gitman, Bahnhofstr. 3, 26817 Rhaderfehn, Tel. 04952/82404, Fax 04952/82405 ③

12.–13. November 2010

### 4. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkJ e.V., Berlin

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

20.–21. November 2010

### 8. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkJ e.V., LV Bayern, Bamberg

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

## Termine 2011

### März 2011

11.–13. März 2011

### 17. Kongress für Jugendmedizin

des bvkJ e.V., Weimar

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

18.–19. März 2011

### 20. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkJ e.V., LV Mecklenburg-Vorpommern, Rostock

Auskunft: Frau Dr. Harder-Walter / Frau Dr. Masuch, Tel. 0381/697189, Fax 0381/690216 ①

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

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

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

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

⑤ Interface GmbH & Co. KG, Tel. 09321-9297-850, Fax 09321-9297-851

24.–27. März 2011 (voraussichtlich)

### 8. Assistentenkongress

des bvkJ e.V., voraussichtlich in Dresden

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

## April 2011

2. April 2011

### 34. Pädiatertreff 2011

des bvkJ e.V., LV Nordrhein, Köln

und 3. Kongress PRAXISfieber-regio für medizinische Fachangestellte in Kinder- und Jugendarztpraxen

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

29.–30. April 2011

### 9. Pädiatrie à la carte des LV Westfalen-Lippe

des bvkJ e.V., Bielefeld

Auskunft: Dr. med. Uwe Büsching, Dr. med. Marcus Heidemann, Bielefeld, Tel. 0521/85342, Fax 0521/83021 ⑤

## Mai 2011

14. Mai 2011

### 24. Fortbildungsveranstaltung mit praktischen Übungen der LV Rheinland-Pfalz u. Saarland

des bvkJ e.V., Worms

Auskunft: Prof. Dr. Heino Skopnik, Kinderklinik Stadt Krankenhaus GmbH, Gabriel-von-Seidl-Str. 81, 67550 Worms, Tel. 06241/5013600, Fax 06241/5013699 ①

21. Mai 2011

### 1. Hebammen- und Pädiaterkongress Oberhausen

Auskunft: Antonio Pizzulli, 50679 Köln, Fax 0221/818089; Dr. med. Thomas Fischbach, 42719 Solingen, Fax 0212/315364 ⑤

# Vorwiegend heiter – Geschichtchen zur Geschichte des BVKJ

## Teil 1

Es ist wahr: Der Blick in die Vergangenheit verdrängt Pech und Pannen, während Erfolge und angenehme Ereignisse verklärt werden. Zum Jubiläum gab es seriöse Berichte über die vierzigjährige Geschichte des Verbandes aus berufenem Munde. Meine Erinnerungen an diese Zeit sind subjektiv, anekdotisch und beziehen sich mehr auf heitere, überraschende, oft auch amüsante Erlebnisse, die das Klima im Verband prägten. Im Vorwege bitte ich um milde Nachsicht, wenn ich manchem Beteiligten auf die Füße trete.

### Vor dem Frontwechsel

„Arbeiten sie erst einmal in der Praxis, dann werden sie sehen, dass es gar nicht so einfach ist“, wies den jungen Assistenten der Chef zurecht, als ich ein wenig überheblich die Fehldiagnose des einweisenden Arztes kritisierte. Das saß auf Dauer.

Mit dem Wechsel von der Klinik in die Praxis änderte sich 1975 auch die Optik. Das gilt nicht nur für die medizinische und gesellschaftliche Betrachtungsweise, sondern begann bereits beim Habitus der Kollegen.

In der Universitätsklinik mit ihrer hierarchischen Struktur ließ der Ordinarius bei der Visite die rechte Hand zwischen drittem und viertem Knopf des hochgeschlossenen Kittels ruhen. Diese Attitüde setzte sich nach unten über die Oberärzte bis zu den Strebern unter den Assistenten fort.

An den monatlichen Fortbildungsveranstaltungen der Klinik nahmen auch viele Niedergelassene teil, die sich durch eine gewisse Uniformität auswiesen. Die älteren Damen trugen gern einen Haardutt, wadenlangen Rock, darunter robuste Schuhe mit Blockabsatz. Die Herren zeichneten sich durch Baskenmütze, Kleppermantel und Hochwasserhosen aus. Der Kragenschluss mittels Fliege verband alle männlichen Pädiater – Kliniker und Niedergelassene.

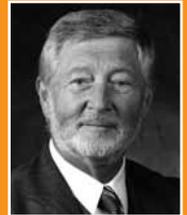
Die Fortbildungsthematik bewegte sich auf hohem wissenschaftlich-klinischen Niveau. Fragen zu Problemen der praktischen Pädiatrie, der sozialen Belange von Kindern, der peripheren gesundheitli-

chen Versorgung oder gar der Gesundheits- und Sozialpolitik standen nicht zur Diskussion, die folglich auch nur zwischen den Klinikern geführt wurde.

### Vom Prüfarzt zum Verbandsfunktionär

Zwei Jahre nach dessen Gründung war ich 1972 bereits in den Berufsverband eingetreten, ohne so recht zu wissen, warum eigentlich. Das Berufsbild änderte sich bereits kurz nach der Niederlassung 1975. Schon nach wenigen Quartalen kamen mein Praxispartner und ich nämlich in die Abrechnungsprüfung der KV. Das lag an unserem Praxisspektrum. Wir hatten eine der ersten Gemeinschaftspraxen in Hamburg gegründet und konnten dank unserer unterschiedlichen Spezialisierung ein breites Leistungsspektrum bis hin zur kardiologischen, haematologischen und Röntgendiagnostik anbieten und abrechnen!

Aber damit fielen wir statistisch auf und mussten uns rechtfertigen. Das gelang und brachte uns sogar die Ehre ein, selbst zu Prüfarzten gewählt zu werden. Hier gewannen wir erstaunliche Einblicke in das Gebaren der abrechnenden Kollegen und ihrer Prüfer. Abweichter wurden am Honorardurchschnitt der Fachgruppe gemessen, der sich über ein kärgliches Leistungsspektrum errechnete. Die technische Ausstattung der Praxen war häufig dürftig. Viele der Kollegen überließen das Abrechnen ihrer Praxisleistungen zudem ihren Arzthelferinnen. Das geschah häufig nachlässig mit nur wenigen Ziffern. Manche unserer Prüfarzt-kollegen wiederum verkannten ihre Aufgabe und maßten sich staatsanwaltliche Kompetenzen an. Mit dem geprüften Kollegen wurde gelegentlich darüber gestritten, ob für die Diagnostik statt eines ganzen Blutbildes nicht die Leukozythenbestimmung ausgereicht hätte. Diese Ver-



Dr. Klaus Gritz



Lehrling (Autor) mit verbandspolitischen Ziehvätern W. Schmidt, G. Linnekogel (1984?)

hältnisse waren in anderen KV-Bereichen ähnlich, und sie bedurften der Korrektur!

### Unser Mann aus Regensburg

Noch bevor er Verbandspräsident wurde, stellte Werner Schmidt Weichen:

> Die Kollegen ermahnte er, ihrem Facharztstatus auch im Leistungsspektrum gerecht zu werden. „Sind wir etwa Eia-popeia-Ärzte?“

> In Abrechnungsseminaren übte man die korrekte Anwendung der Gebührenordnung.

> Den Prüfarzten wurde in Seminaren ein neues Selbstverständnis vermittelt. Unbegründet hoch abrechnende Kollegen sollten auch weiterhin zur Rechenschaft gezogen werden. Ebenso sei aber auch KV- und Kassenvertretern zu erklären, warum umfangreichere Leistungen einer differenzierten Praxis sinnvoll im Interesse des Patienten und der Kostenträger erbracht wurden. Ein- und Überweisungen könnten so vermieden werden.

### Aufbruch

Das überzeugte und machte mich neugierig auf die übrige Verbandsarbeit. Nach Seminaren und Sitzungen wurden beim Dämmerchoppen nach Feierabend in kleinerer Runde Aufgaben und Möglichkeiten vertiefend diskutiert.

Der Verband hatte bereits eine Struktur, allerdings noch nicht so ausgeprägt wie in der Gegenwart. Aber sie wurde durch engagierte junge Kolleginnen und Kollegen verändert und verstärkt.

Die Verwaltung bestand im Wesentlichen aus einer einzigen Person, der Geschäftsführerin, die den wachsenden Aufgaben nicht mehr gerecht werden konnte. Werner Schmidt präsentierte 1985 als Nachfolgerin die Diplomvolkswirtin Frau Radbruch, die nun an die Arbeit ging, eine leistungsfähige, räumlich und personell gut ausgestattete Geschäftsstelle zu etablieren. Die Arbeit des Vorstands, der Landesverbandsvorsitzenden, Delegierten und Obleute wurde intensiviert. Gut besuchte Tagungen und Fortbildungsveranstaltungen führten zum Zusammenwachsen und zur neuen Gestaltung der Verbandsarbeit, die immer umfangreicher wurde.

### Geselligkeit in der „großen pädiatrischen Familie“

Es wurde intensiv gearbeitet und gelernt. Aber danach auch gefeiert. Und das nicht zu knapp! Gern traf man sich in Cliques zu Stammtischen und zum Feiern. Es gab Ausflüge im Rahmenprogramm. Viele Jahre wurde am Mittwochnachmittag beim Herbstseminar-Kongress in Bad Orb mit großem Aufgebot um den Tennis-Wanderpokal gekämpft. Ein Geheimtipp war die Teilnahme am Fortbildungskongress der Österreichischen Kinderärzte in Obergurgl. Nach Fortbildung und Piste wurden die Zukunft unseres Faches, die sozialen und politischen Aspekte diskutiert. Von Franz-Josef Breyer, dem späteren Begründer der Familienpartei, lernten wir viel über demographische Entwicklung und den zu

erwartenden Generationenkonflikt, die Rentenproblematik und die Gleichgültigkeit gegenüber Familien und Kindern. Dort wuchs die Einsicht, uns auch als „Anwälte der Kinder“ mit dem Verband einmischen zu müssen.

### Der Weg zur Politik

Bei den Ärztekammern, KVen und bei den anderen ärztlichen Fachgruppen wurden wir Pädiater allenfalls als zu vernachlässigenden Faktor wahrgenommen. Das zugebilligte Honorar richtete sich offensichtlich nach der Patientengröße. Unsere Vorgänger hatten sich damit begnügt. Hier mussten wir uns bemerkbar machen, stießen aber vor allem auf freundliches Achselzucken. Erst recht als dann auch noch andere Fachgruppen das Kind als ihren Patienten entdeckten und später bei der hausärztlichen Versorgung sogar Alleinvertretungsansprüche stellten, bestand dringlicher Handlungsbedarf.

Unsere Kompetenz für Kinder und Jugendliche machten wir zunächst den Eltern und Patienten durch Plakate („Noch zum Kinderarzt?“) und durch die von Hellbrügge gegründete Wartezimmerzeitschrift „Kindergesundheit“ klar. Presse- und Öffentlichkeitsarbeit wurde etabliert, und schließlich gingen wir auf die Politik zu. Dieser Schritt eröffnete ein überraschend weites Feld, das vom Brachland zu fruchtbarem Acker kultiviert wurde.

Der Plan, eine der großen PR-Agenturen einzuschalten, konnte aus Kostengründen nicht realisiert werden. Der Journalist Axel Brower-Rabinowitsch, ein ausgezeichnete Kenner der gesundheitspolitischen Szene in Bonn, schlug ein „Forum für Gesundheits- und Sozialpolitik“ vor. Einer Podiumsdiskussion mit Gesundheitspolitikern als Auftakt folgten Arbeitsgruppen zu bestimmten Themen mit Berichten am Schluss der Tagung.

### Das kam gut an

Wir waren überrascht, welches Interesse diese Veranstaltung fand. Namhafte Gesundheitspolitiker saßen neben dem damaligen Gesundheitsminister Horst Seehofer auf

Nach der fachlichen Fortbildung die sportliche



dem Podium und im Saal der Pfälzer Landesregierung. In einer lebhaften Diskussion mit dem Auditorium konnten wir auf die Defizite und Gefahren für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hinweisen und fanden Verständnis. Am Ende der Diskussion vereinbarte Seehofer mit unserem Vorstand einen Termin zu einem erneuten und vertiefenden Treffen in seinem Ministerium.

Im Rückblick lässt sich feststellen: Mit keiner seiner Nachfolgerinnen haben wir während meiner Amtszeit ein substanzvoll so differenziertes Gespräch geführt. Seehofer war bestens vorbereitet, fragte sachkundig und bezog zu jedem Thema seine ebenfalls anwesenden Referenten in die Diskussion mit ein. Er sprach Klarheit und half, wo er Möglichkeiten sah, winkte aber auch ab, wenn er keine Chance erkannte.

Seither waren wir uns im Verband einig: wir hatten den Weg zur Politik und zur Öffentlichkeit zu gehen, wenn wir Gutes für Kinder und Jugendliche und damit auch für den Verband erreichen wollten. Bei mehreren Konferenzen und Foren hat die Verbandsspitze seither die leider häufig wechselnden Gesundheits- und Familienminister und -ministerinnen sowie viele Abgeordnete kennen gelernt.

### Beim Kanzler im Nato-Saal

Überraschend wurde ich für den Verband vom damaligen Bundeskanzlers Helmut Kohl eingeladen, am 17. 6. 1998 an seiner Kinderschutzkonferenz „Gipfel für Kinder“ teilzunehmen. So lernten die meisten der 70 Teilnehmer im beeindruckenden abhörsicheren (!) Nato-Saal den Kanzler kennen. Mehrere Stunden diskutierten Pädagogen, Soziologen, Psychiater, Kriminologen, Politiker und Ärzte über das bereits damals besorgniserregende Thema. Kohl und seine Familienministerin Claudia Nolte sowie Finanzminister Theo Waigel hörten interessiert zu. Der Kanzler sah Handlungsbedarf und versicherte am Ende des Treffens: „Ab heute haben Kinder bei uns Vorfahrt.“ Wenige Wochen später saß er auf der Oppositionsbank, und Gerhard Schröder fühlte sich an das Ver-



sprechen des Vorgängers nicht gebunden.

### Als Lobbyisten unterwegs

In wechselnder Besetzung und mit ebenso wechselnden Erfolgen arbeiteten wir uns nun an zahlreichen Gesundheits- und Familienpolitikern ab. Wichtigstes Thema war immer die gesundheitliche und soziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen, für die wir uns als wichtigste ärztliche Fachgruppe zuständig fühlen. Nie jammerten wir über ein zu niedriges Honorar. Das mag manchen unserer Gesprächspartner überrascht haben. Immer wurde uns versichert, wir seien auch im fach- und hausärztlichen Bereich unverzichtbar. Manche dieser Gespräche weckten Zuversicht, denen aber gelegentlich Ernüchterung folgte. Vergewissungen waren sie jedoch selten.

Einige Begegnungen verliefen kurios und ließen Rückschlüsse auf Kenntnis und politische Kompetenz des Gesprächspartners zu. Nachdem Geschäftsführer Eßer und ich einmal einem bekannten CDU-Abgeordneten nachdrücklich die Probleme kranker Kinder in sozial benachteiligten Familien geschildert hatten, warb er als Vorstandsmitglied für ein bayerisches Kneipp-Bad (!). Wir kürzten das Gespräch ab.

### Chicken Wings und Pommes

An einem unserer nächsten Foren hatte der Gesundheitspolitiker Ru-

dolf Dressler teilgenommen. Nach meiner Kritik an dem umständlichen, unklaren und den impfenden Arzt gefährdenden Aufklärungsverfahren hatte er diesen Zustand öffentlich mit „Sauerei“ kritisiert. Dem sei doch ganz einfach mit einem von der Politik abzusegnenden Aufklärungszettel und der Unterschrift der Eltern abzuwehren. Er lud mich zu einem präzisierenden Gespräch nach Berlin ein. Dressler residierte im Bundestagsgebäude Unter den Linden direkt gegenüber der russischen Botschaft. Auf meine Frage, ob ihn das nicht irritiere, feixte er: „Die hören uns sowieso gerade ab.“ Dann bat er mich um Verständnis, während des Gesprächs zu essen, weil er danach in die nächste Sitzung müsse. Aus dem Vorzimmer holte er einen kleinen Pappbehälter und schob sich mit Fingern und Genuss Chicken Wings und Pommes in den Mund. Wir wurden uns zum Thema einig. Geplant war eine Entscheidung im Gesundheitsausschuss und im Bundestag, aus der leider nichts wurde. Kanzler Schröder machte nicht wie erwartet Dressler zum Gesundheitsminister, sondern schickte ihn am 1. 9. 2000 als Botschafter nach Jerusalem.

### 1. Forum für Gesundheits- und Lokalpolitik mit Gesundheitsminister Seehofer (1998)

Den zweiten Teil des Beitrages finden Sie in der nächsten Ausgabe.

Dr. Klaus Gritz  
Zollstr. 22  
21354 Bleckede

Red.: ge

## ● Tagungen

### September 2010

16.–19. September 2010, Potsdam-Babelsberg  
106. Jahrestagung Deutsche Gesellschaft für  
Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)  
Info: [www.dgkj2010.de](http://www.dgkj2010.de)

24.–25. September 2010, Heidelberg  
3rd Heidelberg Deformity-Day  
Info: [www.deformity-day.de](http://www.deformity-day.de)

### Oktober 2010

21.–23. Oktober 2010, Basel  
2. gemeinsamer Kongress Verband Europäischer  
Laktationsberaterinnen und International Lactation  
Consultant Association  
Info: [www.velb.org](http://www.velb.org) oder [www.ilca.org](http://www.ilca.org)

2.–4. Oktober 2010, Würzburg  
VI<sup>th</sup> Recent Advances in Neonatal Medicine  
An International Symposium Honoring  
Prof. Mikko Hallmann  
Info: [www.recent-advances.de](http://www.recent-advances.de)

### November 2010

6. November 2010, Frankfurt am Main  
Interdisziplinäres Symposium „Das frühgeborene  
Kind“  
Info: [www.comed-kongresse.de](http://www.comed-kongresse.de)

13.–14. November 2010, Wangen/Allgäu  
Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer  
Block 1  
Info: Dr. med. T. Spindler, Tel. 07522/7971211 oder  
[www.aabw.de](http://www.aabw.de)

### Dezember 2010

4.–5. Dezember 2010, Wangen/Allgäu  
Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer  
Block 2  
Info: Dr. med. T. Spindler, Tel. 07522/7971211 oder  
[www.aabw.de](http://www.aabw.de)

### Februar 2011

25.–26. Februar 2011, Freiburg  
Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer  
Block 1  
Info: Prof. Dr. med. J. Forster, Tel. 0761/27112801 oder  
[www.aabw.de](http://www.aabw.de)

### April 2011

1.–2. April 2011, Freiburg  
Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer  
Block 2  
Info: Prof. Dr. med. J. Forster, Tel. 0761/27112801 oder  
[www.aabw.de](http://www.aabw.de)

### Juli 2011

9.–10. Juli 2011, Wangen/Allgäu  
Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer  
Block 1  
Info: Dr. med. T. Spindler, Tel. 07522/7971211 oder  
[www.aabw.de](http://www.aabw.de)

23.–24. Juli 2011, Wangen/Allgäu  
Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer  
Block 2  
Info: Dr. med. T. Spindler, Tel. 07522/7971211 oder  
[www.aabw.de](http://www.aabw.de)

**AKTUELL**

## Psychosomatische Grundversorgung Kinder und Jugendlicher

Trotz QZVs, trotz der Widerstände von fast allen Seiten: Der BVKJ wird die angekündigten Kurse zur psychosomatischen Grundversorgung durchführen, weil sich viele Kolleginnen und Kollegen angemeldet haben.

Wir haben noch, wenn auch wenige, freie Plätze für dieses Jahr.

Weitere Informationen erhalten Sie über unsere Geschäftsstelle in Köln.

### Unsere Termine sind:

**Bad Orb:** Kurs für eine Woche von Montag, 11.10.2010, bis Samstag, 16.10.2010  
**Herdecke (NRW):** Kurs über 2 Wochenenden von Freitag, 24.9.2010, bis Sonntag, 26.9.2010  
und Freitag, 19.11.2010, bis Sonntag, 21.11.2010  
**Esslingen (Baden-Württemberg):** Kurs über 2 Wochenenden Ende November und Anfang Dezember 2010

# Zum Tode von Prof. İhsan Dođramacı

Am 25. Februar dieses Jahres ist Prof. Dr. İhsan Dođramacı im Alter von 94 Jahren in Ankara/Türkei gestorben. Er war ein außergewöhnlicher Mensch und großer Pädiater, ein Mann der Tat und bis ins hohe Alter aktiv. Sein buntes, arbeitsames Leben und sein Wirken für die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen lassen sich kaum in wenigen Worten zusammenzufassen.

Am 3. April 1915 wurde İhsan Dođramacı in Erbil/Nordirak im damaligen Osmanischen Reich als Sohn eines Paschas turkmenischer Herkunft geboren. Die wohlhabende Familie ließ ihn das International College der Amerikanischen Universität in Beirut besuchen. Danach besuchte er die medizinischen Fakultäten in Bagdad und später in Istanbul, wo er 1938 das Studium als Arzt abschloss. Die pädiatrische Ausbildung erfolgte im Numune Krankenhaus in Ankara. Er lernte beim deutschen Emigranten Prof. Albert Eckstein, der im damaligen Nazi-Deutschland seine Stellung an der Düsseldorfer Kinderklinik aufgeben musste und in der Türkei Zuflucht fand; er gilt als Begründer der modernen Pädiatrie in der Türkei. Nach weiterer ärztlicher Tätigkeit als wissenschaftlicher Assistent an der Harvard University, im Boston Children's Hospital und St. Louis Children's Hospital kehrte er mit seiner Frau und seinen Kindern 1947 in die Türkei zurück. 1954 holte er Erna Eckstein, die Ehefrau von Prof. Albert Eckstein, als Krankenhaus-Verwalterin für die neue „Hacettepe Hastanesi“ Kinderklinik nach Ankara. In der medizinischen Fakultät der Universität Ankara wurde er bereits 1955 Professor für Pädiatrie. In einem Armenviertel von Ankara etablierte er im Jahre 1955 das Institut für Kindergesundheit (Hacettepe Çocuk Sağlığı Enstitüsü), das an die Universität angeschlossen wurde. Nach 1961 entstanden dort die erste höhere Krankenschwesterschule, die Abteilungen für medizinische Technik, die Abteilung physikalische Therapie, für Diätetik an der Hochschule für Gesundheitswissenschaften. 1958 gründete er das Hacettepe-Universitätskinderkrankenhaus.

Juli 1946 war İhsan Dođramacı einer der Unterzeichner der Satzung der WHO, er war der letzte noch lebende Unterzeichner. Er war Mitglied des Exekutivausschusses der Weltgesundheitsorganisation und wurde mit der Beratung bei der Gründung medizinischer Fakultäten und Erstellung



der Lehrprogramme von Universitäten in Kamerun (Yaounde), Nigeria (Ife), Brasilien (Brasilia) und Kanada (Sherbrooke) beauftragt.

Bei WHO und UNICEF engagierte er sich für globale Kindergesundheitsprogramme.

Unter anderem war er in folgenden Funktionen aktiv: Vizepräsident der UNICEF und Vorsitzender des Programm-Ausschusses und Vorsitzender des Exekutivrates, Gründer des Türkischen Nationalen Pädiatrierevereins (Türkiye Milli Pediatri Derneđi), Gründer der „İhsan Dođramacı Family Health Foundation“, Direktor der Universität Ankara, Rektor der Hacettepe-Universität, Präsident und später Exekutivdirektor und Ehrenpräsident der International Pediatric Association (IPA), Vorstandsmitglied der Europäischen Rektorenkonferenz (CRE), Gastprofessor in der Paris Descartes (Paris V) Universität, als zeitweises Vorstandsmitglied, Präsident und Ehrenpräsident der Internationalen Hochschulkonferenz (ICHE), die auf seiner Initiative gegründet wurde, Präsident des türkischen Hochschulrates. Er

gründete die private Bilkent-Universität, unter seiner Initiative wurde das „International Children's Center“ in Ankara wieder gegründet. Er war ein Mitglied der nationalen Akademien in Deutschland, Frankreich, Indien, den Vereinigten Staaten und Aserbaidschan, und Ehrenmitglied von 23 nationalen pädiatrischen Gesellschaften auf der ganzen Welt, Ehrenpräsident der türkischen nationalen UNICEF Komitees und der Internationalen Hochschulkonferenz ICHE, der internationalen Kinderzentrum ICC in Ankara

Prof. Dođramacı war Gründungsredakteur von The Turkish Journal of Pediatrics (Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi), das 1958 mit seinen Publikationen begann und wo er bis 1988 als Chefredakteur tätig war. Er schrieb mehr als 100 Veröffentlichungen zur Pädiatrie, public health, medizinische Ausbildung, Hochschulverwaltung sowie mehrere Bücher bzw. Buchbeiträge, so ein Buch für Mütter, des weiteren über Frühgeborenenversorgung oder zu sozialmedizinischen Themen wie Kinderarbeit. Bereits 1980 erschien ein Beitrag über „Kinder ausländischer Arbeitnehmer“ in: Fortschritte der Sozialpädiatrie. Noch 2007, zum 60. Geburtstag der UNICEF schrieb er, dass Kinderarmut weiterhin ein Problem bleibe und eine gute Bildung und Ausbildung entscheidend für das Wohlbefinden der Kinder sei. Um Frieden zu gewährleisten, müssten wir die Armut – insbesondere die extreme Armut – beseitigen. Wohlhabende Länder sollten erkennen, dass die Ausnutzung auf längere Sicht nur zu ihrem Nachteil sei. Wir müssten der Ausbeutung, Korruption, Fremdenfeindlichkeit und sowie dem Mangel an Toleranz gegenüber Andersgläubigen und fremden Völkern entgegenzutreten und bereits von frühem Lebensalter an Toleranz beibringen.

Er erhielt mehrfach hohe Auszeichnungen, Orden bzw. Medaillen mehrere Länder u.a.: Léon Bernard Foundation Prize und der Health for All Gold Medal“ der

Weltgesundheitsorganisation. Maurice Pate Award (UNICEF), Christopherson Award (Amerikanische Pädiatrische Akademie), Dr. Jushichiro Naito International Childcare Award (Japan), Soranos Award for Science and Friendship (Griechenland). Viele Länder darunter Frankreich, Finnland, Polen, Estland Rumänien. Aserbaidschan, Iran, Irak, die Dominikanischen Republik, und die Türkei ehrten ihn mit hohen Auszeichnungen. 1998 erhielt er den europäischen Preis „Pro Humanitate für Frieden, Gerechtigkeit und Toleranz“ in der Hofburg Wien, wo auch Bundespräsident Roman Herzog eine Rede hielt. Ferner hatte er Honorardokortitel von 27 Universitäten in 14 Ländern. Er war Mitglied zahlreicher pädiatrischer Gesellschaften, Ehrenmitglied vom „Club of Rome“, Mitglied der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina.

Er unterstützte viele Hilfsaktionen und war in Bosnien und Afghanistan aktiv. Er war immer international tätig und sprach neben seiner Muttersprache Türkisch fließend



**Prof. A. Eckstein (Mitte), rechts von Eckstein Dr. Doğramacı als Assistenzarzt, 1939 in Ankara**

ßend Englisch, Französisch, Deutsch, Arabisch, Persisch. Für ihn gab es keine Altersgrenze, um dazuzulernen. Es wird erzählt,

dass er im Alter von 89 Jahren noch begann, italienisch und polnisch zu lernen.

Mit Prof. Dr. İhsan Doğramacı ist ein unermüdlicher Fürsprecher für die Kinder verstorben. Er hat sich durch Grenzen und politische Unruhen nicht aufhalten lassen und hat auch sein Familienvermögen für Bildung und humanitäre Zwecke eingesetzt. Immer handelte er nach seinem Motto: „Was kann ich machen, damit es den Kindern besser geht?“

Die Pädiater betrauern sein Ableben, sowohl die Pädiater in der Türkei, wo er respektvoll „Hoca Bey“ (Herr Lehrer, mein Lehrer) genannt wurde, als auch die Pädiater in aller Welt. Er bleibt ein großes Vorbild für die vielfältige Tätigkeit zum Nutzen der Kinder und Jugendlichen und deren Familien über Ländergrenzen hinaus.

Dr. med. Fikret Çerçi  
Kinder- und Jugendarzt  
Bachstr. 22  
32756 Detmold

Red.:ge

## Praxistafel

### Traumberuf Kinderarzt? • Hier ist die Praxis dazu!

Top strukturierte Praxis für einen oder zwei Behandler, sehr gute Umsatzsituation, treuer Patientenstamm, hervorragendes Praxisteam. Durchdachte Praxisinfrastruktur mit vier Behandlungszimmern. Helle und freundliche Atmosphäre, kein Investitionsstau. Direkt im malerischen Stadtzentrum gelegen in einem Mittelzentrum im nördlichen Ostalbkreis. Aufzug vorhanden, Apotheke am Platz.

Erstinformation erteilt im Auftrag des Abgebers:  
Herr Zügel, Telefon 07071/56545-11

**Weiterbildungsassistent/-in ab 1.1.11** für Kinder- und Jugendmedizinische Gemeinschaftspraxis in Stuttgart gesucht. 24 Monate WB-Berechtigung vorhanden.

Tel. 0711/261946

**Kinderarzt/Ärztin** für Mitarbeit in **Kinder-/allgemeinärztlichen Gemeinschaftspraxis** im Landkreis Kassel gesucht. Am Ort: gute Einkaufsmöglichkeiten, Gymnasium, Umgebung mit hohem Freizeitwert, Entfernung Kassel Zentrum 28 km.

1 Jahr Weiterbildung vorhanden, Praxisübernahme möglich.

e-mail: harald@hucbecker.de, Tel. 05692/2005  
Fax: -/9960040

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

### In Bottrop-Boy fehlt Kinderarzt-Praxis

Praxisräume in zentraler Lage (Boyer Markt) zum 01.08.2010 zu vermieten. EG, 150 m<sup>2</sup>, nach Absprache teilbar, gute Verkehrsanbindung, Parkmöglichkeiten in unmittelbarer Nähe.

Tel. 0173-5746969

Welche nette **Kinderärztin** mit Familie bzw. gern ältere Kollegin möchte in einem interdisziplinären MVZ im zentralen Ruhrgebiet in **Teilzeit** angestellt tätig sein.

Tel. 0172 / 5968342



In der Stadt Neunburg vorm Wald, 8.000 Einw., Landkreis Schwandorf, Bayern, ist die **Kinderarztpraxis neu zu besetzen**.

Praxisräume stehen zu günstigen Bedingungen zur Verfügung; Arzthelferinnen können übernommen werden.

**Näheres unter:** [www.dr-asensio.de](http://www.dr-asensio.de)

Die Stadt liegt inmitten einer herrlichen Mittelgebirgslandschaft, hat hohen Wohn- und Freizeitwert, ist zukunftsorientiert und an einer guten ärztlichen Versorgung interessiert.

**Weitere Infos:** 1. Bürgermeister Wolfgang Bayerl, Tel. 0 96 72/92 08-428, e-Mail: [wolfgang.bayerl2@neunburg.de](mailto:wolfgang.bayerl2@neunburg.de) oder [www.neunburg.de](http://www.neunburg.de)

**Schriftl. Anfragen oder Bewerbungen:** Stadt, Schrankenplatz 1, 92431 Neunburg vorm Wald

Die aktuelle Terminliste für die „Paediatrice“ wird in PädInform, www.praxisfieber.de sowie jeweils in den Ausgaben von „PRAXISfieber“ veröffentlicht. „PRAXISfieber“ wird durch die Firma Nestlé verteilt.



## Termine 2010

Stand: 10.06.2010 eb

| Termin     | Uhrzeit         | Ort         | Thema   |
|------------|-----------------|-------------|---------|
| 11.09.2010 | 9:30–16:30 Uhr  | Weimar      | Block A |
| 12.09.2010 | 9:00–15:30 Uhr  | Weimar      | Block B |
| 22.09.2010 | 9:30–17:00 Uhr  | Ludwigsburg | Block C |
| 25.09.2010 | 9:00–16:00 Uhr  | München     | Block B |
| 09.10.2010 | 9:00–16:00 Uhr  | Nürnberg    | Block D |
| 20.10.2010 | 9:00–17:00 Uhr  | Essen       | Block A |
| 27.10.2010 | 13:30–19:30 Uhr | Hamburg     | Block A |
| 30.10.2010 | 10:00–15:30 Uhr | Berlin      | Block A |
| 30.10.2010 | 10:00–17:00 Uhr | Hannover    | Block D |
| 06.11.2010 | 9:00–16:00 Uhr  | Mechernich  | Block D |
| 17.11.2010 | 14:00–20:00 Uhr | Bielefeld   | Block A |
| 20.11.2010 | 9:00–15:00 Uhr  | Homburg     | Block D |
| 27.11.2010 | 10:00–16:00 Uhr | Bremen      | Block A |
| 27.11.2010 | 8:45–14:30 Uhr  | Frankfurt   | Block B |
| 27.11.2010 | 9:00–15:00 Uhr  | Freiburg    | Block C |

**Wir weisen darauf hin, dass wir nur Anmeldungen von ausgebildeten MFA berücksichtigen können. Die Veranstaltungen sind nicht geeignet für Auszubildende.**

Je Veranstaltung berechnen wir eine Gebühr von **25,- €** pro Teilnehmerin.  
Eine Rechnung geht Ihnen mit der Bestätigung zu.

Wir danken den Firmen



und



für ihre freundliche Unterstützung!

|  |  |
|--|--|
| Praxisstempel<br><br><br><br>Für Rückfragen bin ich zu erreichen unter:<br>Tel.: _____<br><br>Fax: _____ | Hiermit melde ich<br>Frau _____<br>mich zur Fortbildung „Paediatrice“<br>in _____ am _____ 2010<br>Block <b>A B C D</b> (bitte einkreisen) an.<br><br>_____<br>Datum <span style="float: right;">Unterschrift</span> |
|--|--|

Senden oder faxen Sie diesen Abschnitt oder eine Fotokopie mit Ihrer Anmeldung an  
BVKJ e.V., Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, **Fax: 02 21 - 6 89 09 78**

## Wir gratulieren zum Geburtstag im September 2010

### 65. Geburtstag

Frau Gisela *Verheyen*, Breklum, am 01.09.  
 Herrn Dr. med. Gerhard *Hofmann*, Kühbach, am 02.09.  
 Herrn Dr. med. Hans *Stöckle*, Wangen, am 06.09.  
 Frau Dr. med. Nadja *Totzauer*, Münchberg, am 07.09.  
 Herrn Pung Hoa *Tjan*, Neustadt, am 01.09.  
 Frau Dr. med. Anneliese *Winterstein*, Buxtehude, am 13.09.  
 Herrn Dr. med. Michael *Hawranek*, Forchheim, am 14.09.  
 Frau Dr. med. Elisabeth *Meyer*, Hockenheim, am 15.09.  
 Herrn Dr. med. Jürgen *Burkhardt*, Dresden, am 18.09.  
 Frau Dipl.-Med. Ulrike *Felsch*, Husum, am 18.09.  
 Herrn Dr. med. Manfred *Schmidt*, Höhr-Grenzhausen, am 20.09.  
 Herrn Dr. med. Dietrich *Schultz*, Wolfratshausen, am 20.09.  
 Frau Dr. med. Brigitte *Prause*, München, am 23.09.  
 Herrn Dr. med. Jürgen *Bellmann*, Geyer, am 26.09.  
 Herrn Prof. Dr. med. Wolfgang *Rauh*, Trier, am 28.09.  
 Frau Dr. med. Marie *Coen-Schäfer*, Hamburg, am 30.09.  
 Frau Carola *Fischer*, Naunhof, am 30.09.

### 70. Geburtstag

Herrn Dr. med. Harald *Böttcher*, Künzelsau, am 01.09.  
 Frau Dr. med. Edelgard *Woidak*, Böhlen, am 03.09.  
 Frau Dr. med. Inge *Lindemann*, Münster, am 04.09.  
 Frau Dr. med. Dorothea v. *Vacano*, Tübingen, am 05.09.  
 Herrn Dr. med. Jürgen *Hausmann*, Warin, am 07.09.  
 Frau Dr. med. Sigrid *Timmermann-Küntzel*, Bad Nauheim, am 07.09.  
 Frau Dr. med. Monika *Gampe*, Gröditz, am 09.09.  
 Herrn Dr. med. Jörg-Dieter *Schneider*, Köln, am 10.09.  
 Herrn Dr. med. Dietmar *Panitz*, Essen, am 13.09.  
 Herrn Dr. med. Werner *Jessberger*, Kelheim, am 14.09.

Herrn Dr. med. Jörg *Abigt*, Ehingen, am 15.09.  
 Herrn Dr. med. Herbert *Breu*, Münster, am 15.09.  
 Herrn Dr. med. Siegfried-Felix *Irmischer*, Markneukirchen, am 15.09.  
 Frau Dr. med. Christine *Wolf*, Lübben, am 15.09.  
 Frau MR Hannelore *Birkholz*, Finsterwalde, am 17.09.  
 Herrn Dr. med. Jens *Peters*, Westerland, am 17.09.  
 Herrn Dr. med. Peter *Keller*, Berlin, am 18.09.  
 Frau SR Dr. med. Hella *Lange*, Groß Köris, am 19.09.  
 Herrn Dr. med. Wulf *Linnewedel*, Bremervörde, am 19.09.  
 Frau Brigitte *Reichel*, Blankenfelde, am 24.09.  
 Herrn Dr. med. James *Ribeiro-Ayeh*, Obertshausen, am 24.09.  
 Frau Dr. med. Gisela *Linnenbaum*, Vechelde, am 26.09.  
 Herrn Dr. med. Harald *Fischer*, Niddatal, am 27.09.  
 Herrn MR Dr. med. Arnulf *Sallach*, Finsterwalde, am 28.09.  
 Frau Ute *Ziegenhorn*, Leipzig, am 28.09.  
 Frau Dr. med. Suse *Weber*, Freiburg, am 29.09.

### 75. Geburtstag

Frau Dr. med. Eva *Spengler*, Tübingen, am 05.09.  
 Frau Dr. med. Christa *Schweiger*, Eschborn, am 07.09.  
 Frau Dr. med. Sigrid *Weber*, Hochheim, am 09.09.  
 Frau SR Dr. med. Tatjana *Blau*, Rostock, am 10.09.  
 Frau Dr. med. Marlis *Degener*, Heilbronn, am 10.09.  
 Herrn Dr. med. Frank *Straehler*, Berlin, am 18.09.  
 Frau Dr. med. Johanna *Butt*, Bergheim, am 19.09.  
 Frau Dr. med. Hanni *Zeinert*, Kolkwitz, am 30.09.

### 80. Geburtstag

Herrn Isaac *Khodabakhsh*, Heidelberg, am 04.09.

### 81. Geburtstag

Herrn Dr. med. Jochem *Kaufmann*, Bamberg, am 04.09.  
 Frau Dr. med. Eva *Pflug*, Göppingen, am 05.09.

### 82. Geburtstag

Frau Dr. med. Annemarie *Haake*, Hannover, am 02.09.

### 83. Geburtstag

Herrn Dr. med. Wolfgang *Kolrep*, Kiel, am 24.09.  
 Herrn Dr. med. Siegfried *Adler*, Eberswalde, am 26.09.

### 84. Geburtstag

Frau Dr. med. Gundula *Fuchs*, Wien, am 18.09.  
 Frau Dr. med. Maria-Luise *Koch*, Hamburg, am 27.09.  
 Herrn Dr. med. Karlhorst *Bacus*, Mülheim, am 30.09.

### 85. Geburtstag

Frau Dr. med. Hildegard *Fengels*, Dinslaken, am 01.09.  
 Herrn Dr. med. Herbert *Marx*, Lüdinghausen, am 18.09.  
 Herrn Dr. med. Eberhard *Kreikemeier*, Kronshagen, am 23.09.

### 86. Geburtstag

Frau Dr. med. Isolde *Ebert*, Schwäbisch Gmünd, am 20.09.  
 Frau Dr. med. Maria *Marchand*, Stuhr, am 24.09.

### 87. Geburtstag

Frau Dr. med. Gisela *Herpertz*, Köln, am 08.09.  
 Herrn Dr. med. Gerhard *Ritscher*, Pfaffenhofen, am 10.09.  
 Herrn Dr. med. Friedrich *Bettecken*, Villingen-Schwenningen, am 13.09.

### 88. Geburtstag

Frau Dr. med. Rosa *Gottanka*, Neuburg, am 13.09.  
 Frau Dr. med. Brigitte *Bethcke*, Altdorf, am 21.09.  
 Frau Dr. med. Susanne *Behrendt-Linke*, Berlin, am 25.09.

### 89. Geburtstag

Frau Dr. med. Almut *Wissing*, Essen, am 18.09.  
 Herrn PD Dr. med. Gerhard *Ilgner*, Ansbach, am 23.09.

### 90. Geburtstag

Frau Dr. med. Marianne *Bothner*, Stuttgart, am 01.09.  
 Herrn Prof. Dr. med. Helmut *Karte*, Bad Dürkheim, am 04.09.  
 Frau Dr. med. Hildegard *Fuisting*, Borken, am 05.09.

Frau Dr. med. Waltraud *Köhler*,  
Frankfurt, am 12.09.  
Herrn Dr. med. Felix *Sarrazin*, Bocholt,  
am 18.09.

#### 91. Geburtstag

Herrn Dr. med. Dietrich *Burckhardt*,  
Lemgo, am 23.09.

#### 92. Geburtstag

Frau Dr. med. M. L. *Krebs*, Bonn,  
am 26.09.

#### 98. Geburtstag

Frau Dr. med. Ursula *Lau*, Bonn,  
am 18.09.

#### Wir trauern um:

Herrn Dr. med. Rudolf *Blatzheim*,  
Stolberg

Frau Dr. med. Lore *Schöll*, Leonberg  
Herrn Prof. Dr. med. Norbert *Urban*,  
Neuss

## Als neue Mitglieder begrüßen wir

#### Landesverband Baden-Württemberg

Frau Dr. med. Sabine *Wolf*  
Frau Dr. med. Andrea *Rosenberger*  
Herrn Sebastian *Schulreich*  
Herrn Dr. med. Volker *Noll*  
Herrn Daniel *Buchzik*  
Herrn Dr. med. Peter *Bärwinkel*  
Frau Britta Annika *Brenner*  
Herrn Matthias *Birke*  
Frau Dr. med. Andrea *Thulfaut*  
Frau Dr. med. Sonja *Krämer*

#### Landesverband Bayern

Frau Dr. med. Anette *Meidert*  
Frau Dr. Maria *Parizek*

#### Landesverband Berlin

Herrn Daniel *Jordan*  
Frau Dr. med. Anna-Sophia *Wisser*

#### Landesverband Bremen

Herrn Jörg *Meyer*

#### Landesverband Hessen

Frau Dr. med. Gabriele *Elsner*  
Frau Kathrin *Hanke*  
Herrn Dr. med. Adrian *Lieb*

#### Landesverband Niedersachsen

Frau Dr. med. Birga *Hoffmann*  
Frau Jennifer *Kamp*

#### Landesverband Nordrhein

Frau Dr. med. Cornelia *Mampe*  
Frau Dr. med. Sarah *Epal*  
Frau Dr. med. Susanne *Leetz*  
Frau Dr. med. Pervin *Seleserpe*  
Frau Dr. med. Andrea *Mertins*  
Frau Perihan *Zengin*

#### Landesverband Sachsen

Frau Christine *Sachse*  
Frau Vera *Pietzner*

#### Landesverband Westfalen-Lippe

Herrn Dr. med. Jens-Oliver *Holtmann*

## ● Pädindex

### Praxiseinrichtungen

# KINDER-UND JUGENDARZT

## im Internet

Alle Beiträge finden Sie vier Wochen nach Erscheinen der  
Printausgabe im Internet unter

[www.kinder-undjugendarzt.de](http://www.kinder-undjugendarzt.de)

Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

## Direkter Schutz entscheidend: Pneumokokken-Serotyp 6A nur in Prevenar13® enthalten

In den Zulassungsstudien wurde für Prevenar13® eine signifikante funktionale Immunantwort für jeden der 13 enthaltenen Serotypen nachgewiesen<sup>1</sup>. Dieser direkte Schutz ist wichtig für den Aufbau einer langfristigen Immunantwort. Die 13-valente Vakzine beinhaltet als einziger Pneumokokkenimpfstoff auch den Serotyp 6A. Dieser ist weltweit häufiger Auslöser von invasiven Erkrankungen sowie der akuten Otitis media und zeigt in vielen Fällen Antibiotikaresistenz. Somit bietet Prevenar13® insgesamt die breiteste Abdeckung bei invasiven Pneumokokken-Erkrankungen, Pneumonie und Pneumokokken-bedingter akuter Otitis media in Deutschland.

Die Datenerhebung für den Nachweis funktionaler Antikörper erfolgt durch den so genannten Opsonophagozytose Assay (OPA), einem Testverfahren zur qualitativen Bestimmung der Antikörperfunktionalität. Insgesamt ist bei den Pneumokokken-Konjugatimpfstoffen zu beobachten, dass Impfstoffe bei der ELISA-Messung (Enzyme Linked Immunosorbent Assay) durch Kreuzimmunität Antikörper gegen Serotypen bilden können, die nicht direkt im Impfstoff enthalten sind. Die OPA-Messung zeigt jedoch, dass diese Antikörper keine funktionale Schutzfunktion aufweisen und das langfristige immunologische Gedächtnis nicht aktiviert wird. Für Prevenar13® wurde eine gute funktionale Immunantwort für alle der 13 direkt im

Impfstoff enthaltenen Serotypen nachgewiesen.

### Mehr Serotypen – mehr Schutz

Pneumokokken können zu schweren invasiven Erkrankungen wie Sepsis oder Meningitis führen – besonders Säuglinge und Kinder sind für diese ernsthaften Erkrankungen in hohem Maße anfällig. Auch unter den Erregern, die eine akute Otitis media verursachen, hat *Streptococcus pneumoniae* die höchste Virulenz und verursacht schwere Krankheitssymptome. Zudem hat die Pneumokokken-bedingte AOM die niedrigste Spontanheilungsrate und eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Komplikationen wie Trommelfell-Perforation. Der effektiven Prophylaxe von Pneumokokken-Erkrankungen durch

Impfung kommt daher ein hoher Stellenwert zu.

Insgesamt enthält Prevenar13® zusätzlich zu den sieben Prevenar® Serotypen 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F, 23F die sechs zusätzlichen Serotypen 1, 3, 5, 6A, 7F und 19A. Mit 13 Serotypen, die einen direkten Schutz verleihen, bietet Prevenar13® die breiteste Abdeckung bei invasiven Pneumokokken-Erkrankungen, Pneumonie und Pneumokokken-bedingter akuter Otitis media in Deutschland. Allein bei den invasiven Pneumokokken-Erkrankungen kann ein Schutz von über 90 Prozent erwartet werden.

<sup>1</sup> Grimprel et al. Data presented at ESPID 2009  
Nach Informationen der Pfizer Deutschland GmbH, Berlin

## Neuartige Dosierhilfe erleichtert Medikamentengabe bei Säuglingskoliken

### Mammut Baby Bäuchleinwohl hilft ohne Alkohol, Zucker und Laktose bei Säuglingskoliken

Rund jeder dritte Säugling leidet unter den sogenannten Dreimonatskoliken. Neben Maßnahmen wie Tragen im Fliegergriff, Bauchmassage, Bauchgymnastik und Wärme ist die Therapie mit einem entschäumenden Mittel auf Simecticon-Basis verbreitet. Der Erfolg der Therapie scheitert jedoch häufig daran, dass viele Eltern den zähflüssigen Entschäumer nur unter Schwierigkeiten dosieren und ihrem Baby verabreichen können. Diesen Eltern bietet Mammut Baby Bäuchleinwohl nun eine neue Lösung: Die mitgelieferte Dosierhilfe von Mammut Baby Bäuchleinwohl sorgt dafür, dass das Mittel dort landet, wo es hin soll: im Säuglingsmund. Entwickelt wurde das Präparat von Mammut Pharma. Das in Berlin ansässige Unternehmen hat sich auf die Herstellung von Apothekenprodukten für Frauen mit Kinderwunsch, Schwangere, Stillende, Kleinkinder und Säuglinge spezialisiert.

Mammut Baby Bäuchleinwohl ist eine Suspension gegen Säuglingskoliken und Blähungen. Das Präparat wird zusammen mit einer Dosierhilfe angeboten. Zur Anwendung von Mammut Baby Bäuchleinwohl wird die Dosierhilfe auf die Flasche von aufgesteckt. Anschließend lässt sich das Mittel gegen Säuglingskoliken sauber, problemlos und millilitergenau aus der Flasche ziehen. Die Eltern können ihrem Kind Mammut Baby Bäuchleinwohl direkt – also erstmals ohne Löffel – in den Mund gegeben. So ist sichergestellt, dass die gesamte Dosis aufgenommen wird. Speziell für die Bedürfnisse von Eltern enthält



Mammut Baby Bäuchleinwohl weder Alkohol noch Zucker und ist laktosefrei. Der gut verständliche Beipackzettel ist neben Deutsch auch in Türkisch, Englisch und Russisch verfasst. Transparente Tabellen, Anwendungsgrafiken und Symbole auf der Verpackung und im Beipackzettel vereinfachen die Dosierung und Darreichung für Eltern zusätzlich. Mammut Baby Bäuchleinwohl ist ausschließlich in der Apotheke erhältlich. Die große 60-ml-Maxi-Flasche ist für den Bedarf von zwei bis drei Wochen bemessen.

Nach Informationen von Mammut Pharma GmbH, Berlin

**Richtungsweisende Studie bestätigt:****GRAZAX® ist die einzige Impftablette gegen Gräser- und Roggenpollenallergie mit nachgewiesenem Langzeiteffekt auch noch zwei Jahre nach Therapieende**

Auch zwei Jahre nach Abschluss der Immunbehandlung zeigt GRAZAX® noch eine anhaltende, effektive Wirkung. Das demonstrieren die Ergebnisse der GT-08-Studie, die heute auf dem Europäischen Kongress für Allergologie, Asthma und klinische Immunologie (EAACI) in London erstmals vorgestellt wurden. GRAZAX® ist damit die einzige spezifische Immuntherapie in Tablettenform (Allergie-Immuntherapie-Tablette, AIT), für die ein derartiger Langzeiteffekt in der Behandlung von Gräser- und Roggenpollenallergie nachgewiesen werden konnte. Führende internationale Spezialisten auf dem Gebiet betonen die Relevanz dieser Ergebnisse für die Therapieleitlinien zur Behandlung der Gräser-Roggenpollenallergie. In Deutschland ist die Behandlung mit GRAZAX® bereits seit 2009 in den Leitlinien zur spezifischen Immuntherapie bei IgE-vermittelten allergischen Erkrankungen aufgenommen.

Traditionelle symptomatisch wirkende Medikamente wie Antihistamin-tabletten und Steroid-Nasensprays behandeln nur die Symptome der durch Gräser- und Roggenpollen ausgelösten Rhinokonjunktivitis (Heuschnupfen). Die spezifische Immuntherapie mit der GRAZAX®-Tablette geht hingegen gezielt die eigentliche Krankheitsursache an und führt bei Patienten zu einer langfristigen krankheitsmodifizierenden Wirkung.

„Zwei Jahre nach Abschluss der Behandlung konnten wir beobachten, dass GRAZAX® Heuschnupfensymptome im selben Ausmaß reduziert wie im Vorjahr der klinischen Studie. Mit dem Abschluss der GT-08-Studie haben wir jetzt mehr Nachweise, dass die Wirksamkeit während und auch noch zwei Jahre nach der Behandlung mit GRAZAX® erhalten bleibt“, betonte Professor Stephen R. Durham, Leiter der GT-08-Studie und Leiter des Bereichs Allergologie und Klinische Immunologie am National Heart & Lung Institute, Imperial College London, und Professor für Allergologie und Lungen- und Bronchialheilkunde am Royal Brompton Hospital London.

„Bei der allergischen Rhinokonjunktivitis handelt es sich um eine chronische Erkrankung, die in ganz Europa immer häufiger auftritt. Bis 2015 konnte bereits jeder Zweite an mindestens einer Form einer allergischen Erkrankung leiden“, so Marianna Salapatas, Präsidentin der European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients Association (EFA). „Die Symptome stellen für Betroffene eine starke Belastung dar und führen unvermeidlich zu einer Beeinträchtigung der aktiven Teilnahme an sozialen und beruflichen Aktivitäten. Leider

wird die allergische Rhinitis häufig als Bagatellerkrankung angesehen oder es wird fälschlicherweise eine virale Ursache unterstellt. Die Folge: Patienten werden gar nicht oder nicht richtig diagnostiziert und eine adäquate Behandlung unterbleibt.“

**Diskussion der internationalen Behandlungsleitlinien erforderlich**

Die neuen auf dem EAACI-Kongress vorgestellten Studienergebnisse stellen einen möglichen Durchbruch bei der künftigen Behandlung der durch Gräserpollen ausgelösten allergischen Rhinokonjunktivitis dar. „Die Studie liefert neue Erkenntnisse, die wir bei der künftigen Behandlung von Patienten mit durch Gräser- und Roggenpollen ausgelöster allergischer Rhinokonjunktivitis in Betracht ziehen müssen“, schloss Erka Valovirta, Leitender Kinderarzt und Kinder-Allergologe am Allergiezentrum Turku, Finnland. „Europäische Aufsichtsbehörden haben die krankheitsmodifizierende Wirkung der Behandlung mit GRAZAX® anerkannt. Damit erfüllt GRAZAX® die Forderung der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) nach robusten klinischen Daten zur spezifischen Immuntherapie bei der Behandlung allergischer Symptome, nach Langzeit-Wirksamkeit und nach einem anhaltenden klinischen Effekt während und nach Abschluss der Behandlung.“

Eine richtungsweisende Studie ist hiermit abgeschlossen und die Ergebnisse bestätigen, dass die spezifische Immuntherapie in Tablettenform (AIT) dem behandelnden Arzt die bislang stärkste Evidenz zur Behandlung der durch Gräser- und Roggenpollen induzierten Rhinokonjunktivitis bietet.

**Hintergrundinformationen****Informationen zur GRAZAX® GT-08-Studie**

Bei der richtungsweisenden GRAZAX® GT-08-Studie handelt es sich um eine randomisierte, doppelblinde, placebokontrollierte, multizentrische Parallelgruppen-Studie. Im Rahmen der Studie erhielten die Patienten randomisiert entweder 3 Jahre lang GRAZAX® oder Placebo, gefolgt von einer zweijährigen Nachbeobachtungsphase. Während der gesamten Studienlaufzeit hatten alle Patienten freien Zugang zu symptomatisch wirkenden Medikamenten.

**Informationen zu GRAZAX®**

GRAZAX® ist eine schnell lösliche Allergie-Immuntherapie-Tablette (AIT) für die einmal tägliche Einnahme zu Hause.

GRAZAX® war die erste AIT, die 2006 im Rahmen eines Verfahrens der gegenseitigen Anerkennung (European Mutual Recognition Process, MRP) in 27 Ländern zugelassen wurde, und ist heute in den meisten europäischen Ländern erhältlich (Österreich, Dänemark, Deutschland, Griechenland, Finnland, Holland, Irland, Italien, Norwegen, Schweden, Spanien, Schweiz und Großbritannien).

Im Jahr 2008 wurde die Zulassung für GRAZAX® auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Alter von 5-17 Jahren erweitert, die an einer durch Gräser- und Roggenpollen ausgelösten allergischen Rhinokonjunktivitis leiden. Im September 2009 folgte die Zulassungserweiterung für GRAZAX® als erste krankheitsmodifizierende AIT zur Behandlung einer durch Gräserpollen ausgelösten allergischen Rhinokonjunktivitis.

Nach Informationen von ALK Scherax Arzneimittel GmbH, Wedel

**Präsident des BVKJ e.V.**

Dr. med. Wolfram Hartmann

Tel.: 02732/762900

E-Mail: dr.wolfram.hartmann@uminfo.de

**Vizepräsident des BVKJ e.V.**

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

Tel.: 08671/5091247

E-Mail: e.weindl@KrK-aoe.de

**Pressesprecher des BVKJ e.V.**

Dr. med. Ulrich Fegeler

Tel.: 030/3626041

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

**Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.**

Dr. med. Roland Ulmer

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

Sie finden die Kontaktdaten sämtlicher Funktionsträger des BVKJ unter [www.kinderaerzte-im-netz.de](http://www.kinderaerzte-im-netz.de) und dort in der Rubrik „Berufsverband“.

**Geschäftsstelle des BVKJ e.V.**

Hauptgeschäftsführer: Dipl.-Kfm. Stephan Eßer

Tel.: 030/28047510, Tfx.: 0221/683204  
stephan.esser@uminfo.de

Geschäftsführerin: Christel Schierbaum

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln  
Tel.: 0221/68909-14, Tfx.: 0221/68909-78  
christel.schierbaum@uminfo.de

Mitgliederverwaltung

Leiterin der Verwaltungsabteilung: Doris Schomburg

E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

Kongressabteilung

Kongresse des BVKJ

Leiterin der Kongressabteilung: Christel Schierbaum

Tel.: 0221/68909-0, Tfx.: 0221/683204

E-Mail: bvkj.kongress@uminfo.de

www.kongress.bvkj.de

Tel.: 0221/68909-15/16, Tfx.: 0221/68909-78

**BVKJ Service GmbH**

Geschäftsführer: Dr. Wolfram Hartmann

Beauftragter: Herr Klaus Lüft

Ansprechpartnerin in Geschäftsstelle:

Frau Ursula Horst

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Tel.: 0221/68909-18, Tfx.: 0221/683204

E-Mail: uschi.horst@uminfo.de

**Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“**

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Christen

E-Mail: Christen@HKA.de

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

E-Mail: p.hoeger@kkh-willhelmstift.de

Prof. Dr. med. Frank Riedel

E-Mail: f.riedel@uke.uni-hamburg.de

Dr. med. Wolfgang Gempp

E-Mail: dr.gempp@t-online.de

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

**Sonstige Links**

Kinder- und Jugendarzt

[www.kinder-undjugendarzt.de](http://www.kinder-undjugendarzt.de)

Kinderärzte im Netz

[www.kinderaerzte-im-netz.de](http://www.kinderaerzte-im-netz.de)

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

[www.dakj.de](http://www.dakj.de)

Pädiatisches Intranet PädInform

[www.kinderumwelt.de/kontakt.htm](http://www.kinderumwelt.de/kontakt.htm)