

bvkJ.

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

Heft 11/08 · 39. (57.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Forum:
Impfen und Elternrecht

Fortbildung:
Metabolischer Notfall

Berufsfragen:
Berufspolitisches
aus Bad Orb

Magazin:
Kleine Helden in Not



KINDER-UND JUGENDARZT



Jungenarbeit – Jungenförderung

Die Notwendigkeit einer geschlechtersensiblen Pädagogik

Seite 814

Inhalt 11 | 08

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

Forum

- 759 **Schutzimpfungen**
Michael Sturm
- 761 **Mein Tag**
- 762 Vermischtes
- 764 **Diätverband informiert über die wichtigsten Änderungen bei Säuglingsanfangs- und Folgenahrung**
- 765 **Serie Jugendmedizin – Wie steht es um die Gesundheit unserer Jugend?**
Wolf-Rüdiger Horn
- 768 **Wartezeiten: Kinder- und Jugendärzte haben hervorragendes Terminmanagement**
- 769 **Ich hätte da mal eine Frage**
Wolfgang Gempp
- 770 **Wenn der Arzt warten muss ...**
Michael Hauch
- 772 **Pädiaterkongress in München**
Raimund Schmid
- 775 **Pro und Kontra – Kindesmissbrauch**
Thomas Fischbach, Ulrich Fegeler

Fortbildung

- 777 **Rationelles Vorgehen bei Verdacht auf einen metabolischen Notfall**
Stefan Vlaho
- 785 **Otogene und sinugene intrakranielle Komplikationen bei Kindern – Eine interdisziplinäre Herausforderung**
Kristine Emmanouil, Hans-Jürgen Christen, Hans-Jürgen Welkoborsky
- 793 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Heide Brandau, Jens Commentz
- 795 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**
- 798 **Consilium Infectiorum: Therapie des paranasalen Ekzems**
Christina Schnopp

Berufsfragen

- 800 **Eine gute Versorgung von Kindern muss auf Dauer gewährleistet sein**
Christoph Kupferschmid
- 802 **Delegiertenversammlung in Bad Orb**
Wolfgang Gempp
- 804 **Alles in Euro, oder?**
Wolfgang Gempp
- 806 **Hörscreening für Neugeborene wird GKV-Leistung**
Wolfgang Gempp
- 808 **Der Countdown läuft**
- 810 **Aus der Sprechstunde**
Gerrit Tigges
- 810 **Wahlaufruf**
- 811 **Reha-Sport für Kinder**
Ulrike Gitmans

Magazin

- 814 **Jungenarbeit – Jungenförderung**
Tilmann Gempp-Friedrich
- 817 Fortbildungstermine des BVKJ
- 818 Personalia
- 819 Praxistafel
- 820 Tagungen
- 821 **Die Welt der Kinder im Blick der Maler**
Peter Scharfe
- 822 **Buchtipps**
- 823 **Nachrichten der Industrie**
- 828 Wichtige Telefon- und Telefax-Nummern

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen in voller Auflage als Beilage das Regio bvkJ 2/08, ein Supplement der Firma CSL Behring GmbH, Hattersheim, und Beilagen der Firma Stada GmbH, Bad Vilbel, und der Firma Burgdorf Medical GmbH, Burgdorf, bei.

Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

Rationelles Vorgehen bei Verdacht auf einen metabolischen Notfall

Obwohl angeborene Stoffwechselerkrankungen insgesamt eine seltene Krankheitsursache darstellen, müssen sie in vielen Fällen akuter Krankheitsverläufe differentialdiagnostisch in Betracht gezogen werden. Insbesondere bei dem klinischen Bild einer Sepsis ohne nachweisbare Entzündungszeichen sowie einem zumeist enzephalopathischen Geschehen ist an eine zugrunde liegende metabolische Dekompensation zu denken. Entscheidend sind das frühzeitige Erkennen und das unmittelbare Einleiten einer zunächst unspezifischen Therapie, die im weiteren Verlauf parallel zur diagnostischen Eingrenzung spezifiziert wird. Dies bedeutet, dass Diagnostik und Therapie in der Regel zeitgleich einsetzen müssen und im weiteren Verlauf konkretisiert werden. Nur durch die konsequente und rasche Intervention ist es möglich, drohende schwere Residualschäden bzw. letale Ausgänge zu verhindern. Während ca. 2/3 der Patienten mit Erstmanifestation im Neugeborenenalter klinisch auffallen, ist 1/3 der Patienten erst im späteren Lebensalter betroffen. Dies bedeutet, dass jeder klinisch tätige Arzt potentiell mit der Situation der akuten Stoffwechselerkrankung konfrontiert werden kann.

Im Folgenden wird ein Überblick gegeben über typische klinische Präsentationszeichen des akuten Stoffwechselnotfalls. Ferner werden Handlungsvorgaben zur rationalen Initialtherapie und Initialdiagnostik vorgestellt.



Dr. med.
Stefan Vlaho

Klinische Präsentation

Klinische Präsentation als septisches Krankheitsbild / Enzephalopathie

In der Mehrzahl präsentieren sich Patienten mit einer metabolischen Entgleisung bei zugrundeliegendem Stoffwechseldefekt unter dem Bild eines sepsisähnlichen Geschehens mit initial unspezifischen klinischen Symptomen wie Fütterungsproblemen, Übelkeit/Erbrechen, Muskeltonusstörungen, Irritabilität, um dann in ein enzephalopathisches Bild überzugehen mit Lethargie, zerebralen Anfällen, Myoklonus, Apnoen, schwerer muskulärer Hypotonie, Koma und sogenanntem Metabolic stroke. Ein diagnostisch wichtiges Zeichen des metabolischen Komas können sogenannte Ruderbewegungen (padding/boxing) darstellen. Generell fehlt jedoch ein typischer „signs and symptoms“-Komplex.

Anamnestische Hinweise

Anamnestisch können folgende Angaben richtungweisend sein: Konsanguinität der Eltern (erhöhtes Risiko des Auftretens autosomal rezessiver Erbkrankheiten), unklare Aborte bzw. unklar verstorbene Geschwister, auffällige Abneigung gegen bestimmte Nahrungsmittel. Eine häufig unterschätzte, aber wichtige Information ist die klinische Einschätzung der Betreuungspersonen/Eltern, insbesondere bei Hinweisen über wechselnde Vigilanzzustände/ Bewusstseinslagen.

Klinische Hinweise

Klinisch ist zu achten auf auffälligen Foetor ex ore, Urinfärbung, Organomegalie, äußerlich sichtbare Stigmata (z.B.: Makrozephalus, Syndaktylien, invertierte Mamillen), Augen(hintergrunds)veränderungen, muskuläre Schwäche, Hyperexzitabilität.

Differentialdiagnostische Eingrenzung des zugrundeliegenden Stoffwechseldefektes

Eine differentialdiagnostische Eingrenzung des zugrundeliegenden Stoffwechseldefektes ist aufgrund der ausgeprägten Heterogenität der betroffenen Stoffwechselwege stark erschwert; so bestehen verschiedene Ansätze zur Klassifizierung: Es kann nach Organmanifestationsschwerpunkt versucht werden zu differenzieren, jedoch ist dieses Vorgehen im klinischen Alltag zu unpräzise.

Zeitlicher Manifestationsschwerpunkt

Als effektives Instrument hat sich die Einteilung nach zeitlichem Manifestationsschwerpunkt bewährt. Empfohlen sei an dieser Stelle die Publikation von Prietsch, V., et al. (2001), auf die sich im Weiteren wesentlich bezogen wird. Hierbei können 5 verschiedene Typen von zugrundeliegenden Stoffwechseldefekten unterschieden werden. Gemeinsam ist ihnen, dass sie bis auf den Typ der „Stoffwechselstörung komplexer Moleküle“ ihren Hauptmanifestationszeitpunkt in der Neonatalphase haben.

Die akute Stoffwechselentgleisung als Herausforderung: Seltene Inzidenz, große Heterogenität, sowie häufige Differentialdiagnose mit umgehender imperativer Handlungsnotwendigkeit

Als effektives Instrument hat sich die Einteilung nach zeitlichem Manifestationsschwerpunkt bewährt

Der Intoxikationstyp zeichnet sich charakteristisch aus durch ein kurzes (in der Regel 1–3 Tage) postnatal symptomfreies Intervall

• Der Intoxikationstyp

Der Intoxikationstyp zeichnet sich charakteristischerweise aus durch ein kurzes (in der Regel 1–3 Tage) postnatal symptomfreies Intervall, um dann in rascher Progredienz in ein metabolisches Koma überzugehen. Hier steht im Vordergrund das eingangs beschriebene enzephalopathische Krankheitsbild mit einem „sepsis like picture“, jedoch zumeist bei fehlenden Infektionsparametern. Als typische Beispiele können Harnstoffzyklusdefekte und Organoazidurien (gestörter Proteinabbau), Galaktosämie (gestörter Kohlenhydratabbau) und Fettsäureoxidationsstörungen gelten. Als Trigger ist das Zusammenkommen einer katabolen Stresssituation (Geburt), der exogenen/endogenen Belastung mit nicht weiter verstoffwechselbaren Metaboliten, sowie der fehlenden plazentaren / mütterlichen Detoxifikationsmöglichkeit zu nennen.

• Der Hypoglykämie-Typ

Beim Hypoglykämie-Typ kommt es nach einer krankheitsspezifischen Nüchternanzzeit zu Hypoglykämien, klinisch zumeist gekennzeichnet durch Vigilanzstörungen, Unruhe, Kaltschweißigkeit und zerebralen Krampfanfällen. Als Orientierung kann gelten, dass eine geringe Nüchternanzzeit für einen starken Glukoseverbrauch wie z.B. bei einem Hyperinsulinismus und eine längere Nüchternanzzeit für eine Störung in der Glukosebereitstellung wie z.B. bei der Glykogenose Typ I spricht. Typisch für den Hypoglykämie-Typ ist der zweigipflige Manifestationszeitpunkt innerhalb des ersten Lebensjahres. An dieser Stelle sei schon darauf hingewiesen, dass es elementar für die Diagnosestellung ist, dass innerhalb der Phase der Stoffwechselkrise (z.B.: Hypoglykämie) zeitgleich die differentialdiagnostisch relevanten Untersuchungsmaterialien asserviert werden müssen, da im metabolisch stabilen Zustand entsprechende Befunde zumeist nur nach Provokation (Fastentest) mit entsprechenden Risiken zu detektieren sind.

• Der Energiestoffwechselltyp / Hyperlaktatazidose-Typ

Dieser Typ – in der Regel Mitochondriopathien – ist zeitlich in seinem Manifestationszeitpunkt nur eingeschränkt zu konkretisieren, da sich je nach enzymatischer Funktionseinschränkung der Erkrankungen unterschiedlich schwere klinische Ausprägungen zu verschiedenen Zeitpunkten demaskieren (von intrauterin mit dem Leben nicht vereinbar bis hin zu Patienten mit Stroke-Episoden im 5. Lebensjahrzehnt). Betroffen sind in der Regel zuerst Organe mit hohem energetischem Umsatz, wie z.B. Gehirn (Enzephalopathie, Krampfanfälle), Herz (Kardiomyopathie), Muskel (muskuläre Hypotonie) oder Niere (Tubulopathie). Laborchemisch steht die Laktatazidose, welche nicht kardiozirkulatorisch oder septisch begründet ist und sich unter Glukosezufuhr verstärkt, im Vordergrund.

• Typ der gestörten Neurotransmission

Dieser Krankheitstyp hat seinen Manifestationsschwerpunkt in der Neonatalzeit und ist gekennzeichnet

durch ein therapierefraktäres Anfallsleiden und Enzephalopathie. Neben der klassischen nonketotischen Hyperglycinämie sind hier insbesondere durch verbesserte Detektionsmöglichkeiten und neuere Forschungsergebnisse entdeckte Cofaktordefekte wie Pyridoxin-abhängige (VitaminB6), Folsäure-abhängige und Pterin-abhängige (BH4) Erkrankungen zu berücksichtigen. Das Wissen um diese Erkrankungsformen ist entscheidend für das Outcome des Patienten, da suffiziente Therapieoptionen (insbesondere durch Cofaktorsubstitution) zur Verfügung stehen.

• Typ der Stoffwechselstörung komplexer Moleküle

Charakteristisch für diese Erkrankungsformen ist die Regressionserkrankung, welche sich fast immer unter dem Bild einer allmählichen klinischen Verschlechterung und seltener unter den Zeichen einer akut einsetzenden Stoffwechsellentgleisung manifestiert. Zumeist durch enzymatische Abbaustörungen kommt es zu einer progredienten Akkumulation von Stoffwechselprodukten als Speicherphänomen. Typische Vertreter sind die z.B. lysosomalen Speichererkrankungen.

Einteilung zur Bewältigung der Notfallsituation

Zur Einleitung der initialen Notfalltherapie hat es sich praktisch bewährt, drei Arten von Stoffwechselstörungen zu unterscheiden und danach die weiteren therapeutischen und diagnostischen Maßnahmen auszurichten (Tab. 1).

- I. Stoffwechselerkrankungen mit endogener/exogener Intoxikation
- II. Stoffwechselerkrankungen mit gestörter Bereitstellung von Glukose
- III. Stoffwechselerkrankungen mit gestörter Energiegewinnung aus Glukose.

Praktisches Vorgehen bei Verdacht auf Stoffwechselnotfall

Das Vorgehen gliedert sich in drei Abschnitte, die der Besonderheit der gleichzeitigen Therapieeinleitung und diagnostischen Zuordnung Rechnung tragen. Diese sind:

- (1) Akute Intervention bei Verdacht auf Stoffwechsellentgleisung.
- (2) Bestätigung des Verdachts.
- (3) Eingrenzung des Vorgehens anhand der Arbeitsdiagnose mit nachfolgender Diagnose.

(1) Akute Intervention bei Verdacht auf Stoffwechsellentgleisung

Wenn klinisch der Verdacht auf eine zugrunde liegende Stoffwechsellentgleisung vorliegt, gilt es rasch und konsequent parallel sowohl Diagnostik als auch Therapie einzuleiten. Hierbei sei empfohlen, analog zu anderen Notfallmaßnahmen konsequent einem rational festgelegten Algorithmus zu folgen:

Wenn klinisch der Verdacht auf eine zugrunde liegende Stoffwechsellentgleisung vorliegt, gilt es rasch und konsequent parallel sowohl Diagnostik als auch Therapie einzuleiten

Schritt 1		Erhärtung des Verdachts	Schritt 2		Präzisierung	Schritt 3
Dringender Verdacht auf einen zugrundeliegenden Stoffwechselsefekt			Arbeitsdiagnose	Anpassung der Therapie		Diagnosestellung
1. Proben-sicherung:	1. Basisdiagnostik: > Blut: • Blutgasanalyse; Glukose; Laktat; Ammoniak (auf Eis) • Blutbild; CRP; Gerinnung; CK; Transaminasen; Kreatinin; Harnsäure; Harnstoff; Elektrolyte > Urin: • U-Stix 2. Reserveproben: > Blut: • EDTA; Serum; Trockenblutfilterkarte > Urin: • Reserve (ca. 4-10 ml, im Kühlschrank aufbewahren) 3. Evtl. Lumbal-punktion: ○ Zytologie/ Status ○ Reserve (-80°C)	durch die Ergebnisse der initialen Basisdiagnostik	Typ I: Stoffwechselerkrankung vom Intoxikationstyp	Anabolismus erreichen: > > 100 kcal/kg Tag in Form von Glukose 15-20 mg/kg/min, > zusätzlich Insulin, beginnend mit 0,1 IE/kg Std. > ggf. Fett 1-2 g/kg Tag (nicht bei V.a. FS-Oxidationsdefekt) Entgiftung: > Spezifisch (z.B.: Na-Benzozat bei Hyperammonämie) > Diuresesteigerung > Bindung toxischer Substanzen (z.B.: Glycin, Carnitin) > Evtl. Dialyse	Nähere Eingrenzung anhand der spezifischen Untersuchungen aus den Reserveproben	Diagnosestellung durch • Gesamtprofil (Basisdiagnostik + Reserveproben) • Evtl. Belastungstest • Genetik
2. Anabolie erzwingen	○ Entsprechend der Glukoseproduktionsrate ○ In der Regel 10mg /kg KG/ min Glukoseinfusion mit adäquaten Elektrolyten. ○ Ggf. plus Insulingabe (z.B.: 0,1-1 IE/kgKG/h bei BZ>200mg/dl)		Typ II: Stoffwechselerkrankung mit gestörter Bereitstellung von Glukose	Glukosezufuhr: > Angepasst an Glukoseproduktionsrate: Glukose 7-8 mg/kg/min > bei Hyperinsulinismus >10 mg/kg min Spezifisch : > z.B.: Carnitin bei MCAD > Diazoxid bei Hyperinsulinismus		Spezifische Therapie: • Diätetik • Substitutionstherapie spezifisch • Adjuvante Therapie • Enzymersatztherapie
3. Stop exogener Zufuhr	○ Nahrungskarenz + isolierter DTI mit Glukose und Elektrolyten ○ Nicht länger als 24h dieses eingeschränkte Regime		Typ III: Stoffwechselstörung mit gestörter Energiegewinnung aus Glukose	Begrenzung der Glukosezufuhr: > Glukose 3-4 mg/kg min, > zusätzliche Energiezufuhr in Form von Fett 2-4 g/kg/d Spezifisch, z.B. : > Na-Bicarbonat / Na-Citrat > Coenzymsubstitution > Alpha-Liponsäure > Nephro- / Kardio-protektion		Anbindung an Spezialambulanz: • Schulung/Beratung • Verlaufskontrollen • Sozialpädiatrie

Tab. 1: Rationelles Vorgehen bei Verdacht auf einen metabolischen Notfall

1. Probensicherung

Zum Zeitpunkt der metabolischen Krise sind anhand spezifischer Stoffwechselfparameter gezielte Rückschlüsse auf die zugrunde liegende Erkrankung zu erhalten. Dagegen ist die Demaskierung der Parameter aus einem stabilen Stoffwechselzustand oft nur noch unter erschwerten und zum Teil mit erheblichem Risiko für den Patienten verbundenen Bedingungen mit kontrollierten Belastungssituationen zu erreichen. Die Herausforderung besteht darin, auf der einen Seite so viele Erkrankungsursachen wie möglich mit entsprechend vielen Untersuchungen zu berücksichtigen, auf der anderen Seite

unnötige Belastungen des Patienten und der ökonomischen Ressourcen zu vermeiden. Eine Aufteilung in Basisdiagnostik (obligate unmittelbare Befundung) und Zusatzdiagnostik (sogenannte „Reserveproben“, die entsprechend bei Bestätigung der Verdachtsdiagnose gezielt zur weiteren Diagnostik untersucht werden) hat sich bewährt (Tab. 2). Zu achten ist auf die Gewinnung nicht nur der Blutparameter, sondern auch der Urinparameter und gegebenenfalls der Liquorparameter. Die Basisdiagnostik aus dem Blut beinhaltet neben den „Routineparametern“ (Blutbild, CRP, Gerinnung, Creatinkinase, Transaminasen, Kreatinin, Harnsäure, Harnstoff und

Tab. 2: Empfohlene Proben-sicherung

	(I.) Routine	(II.) Stoffwechsel	(III.) Reserve
Blut	BB, CRP, Gerinnung, CK, Transaminasen, Krea, Harnsäure, Harnstoff, E'lyte	Blutgasanalyse, Blutzucker, Laktat, Ammoniak	EDTA-Probe, Serum, Trockenblutkarte
Urin	U-Stix: Infektionsparameter	U-Stix: U-Glukose, U-Keton, U-pH	Native U-Probe: 5–10 ml (Kühlschrank)
Evtl. Liquor	Zytologie / Status	Liquorzucker, L.-laktat; L.-eiweiß	Reserveprobe in EDTA-Röhrchen im Tiefkühlfach (besser – wenn vorhanden: –80°C-Spezialkühlschrank)

Elektrolytbestimmung) spezifisch unter metabolischen Gesichtspunkten lediglich **vier Parameter: Blutgasanalyse, Blutzucker, Laktat, sowie Ammoniak**. Als Urinuntersuchung sollte ein Urinstreifentest (U-Stix) zur Beurteilung insbesondere der Parameter von Ketonkörperausscheidung und Glukoseausscheidung erfolgen. Diese wenigen, aber gezielten Untersuchungen sind zur initialen Entscheidungsfindung bei Verdacht auf zugrunde liegende Stoffwechselentgleisung umfassend und ausreichend. Entscheidend ist aber die parallele Gewinnung der „Reserveproben“ zur näheren Eingrenzung im weiteren Verlauf. Hierbei sollten Blutproben asserviert werden in Form von EDTA-, Serumprobe sowie eine Trockenblutfilterkarte. Es sollten ca. 10 ml Urin, sowie, wenn eine Lumbalpunktion erfolgt ist, ebenfalls Liquor (direkt tiefrieren) asserviert werden.

2. Anabole Stoffwechsellaage erzwingen und
3. sofortiger Stopp potentiell toxischer Substrate

Insbesondere um eine weitere endogene Intoxikation durch körpereigenen Abbau z.B. von Aminosäuren aus Muskelgewebe in der katabolen Situation zu verhindern, ist es von entscheidender Bedeutung, eine anabole Stoffwechsellaage zu erzwingen. Da je nach zugrundeliegen-

dem Stoffwechseldefekt Fette, Aminosäuren sowie Fruktose und Galaktose potentielle Intoxikationsfaktoren darstellen, ist in der Regel die orale Nahrungszufuhr zu stoppen und eine parenterale Glukosegabe mit entsprechenden Elektrolyten anzusetzen. Dabei sind pathophysiologisch zwei Richtgrößen, nämlich die endogene Glukoseproduktionsrate (Glukoseproduktion des Körpers bei fehlender Nahrungszufuhr [ca. 2–4 mg/kgKG/min]) sowie die maximale Glukoseoxidationsrate (maximale im Energiestoffwechsel umsetzbare Glukosemenge [ca. 15 mg/kgKG/min]) in die Überlegungen einzubeziehen. So muss die Glukosegabe über der „Glukoseproduktionsrate“ liegen; als Richtgröße kann die Zufuhr von 10 mg/kgKG/min (entsprechend 15 g/kgKG/d) Glukose gelten. Bis auf zugrunde liegende mitochondriale Erkrankungen sind mit dieser Maßnahme vorübergehend alle Stoffwechseldefekte sicher zu kontrollieren.

(2) Bestätigung des Verdachts

Bestätigt sich anhand der Basisdiagnostik der Verdacht auf eine Stoffwechselentgleisung, so rechtfertigt sich das initiale Vorgehen (siehe 1.), und es bedarf jetzt einer weiteren Konkretisierung. Diese erfolgt anhand der

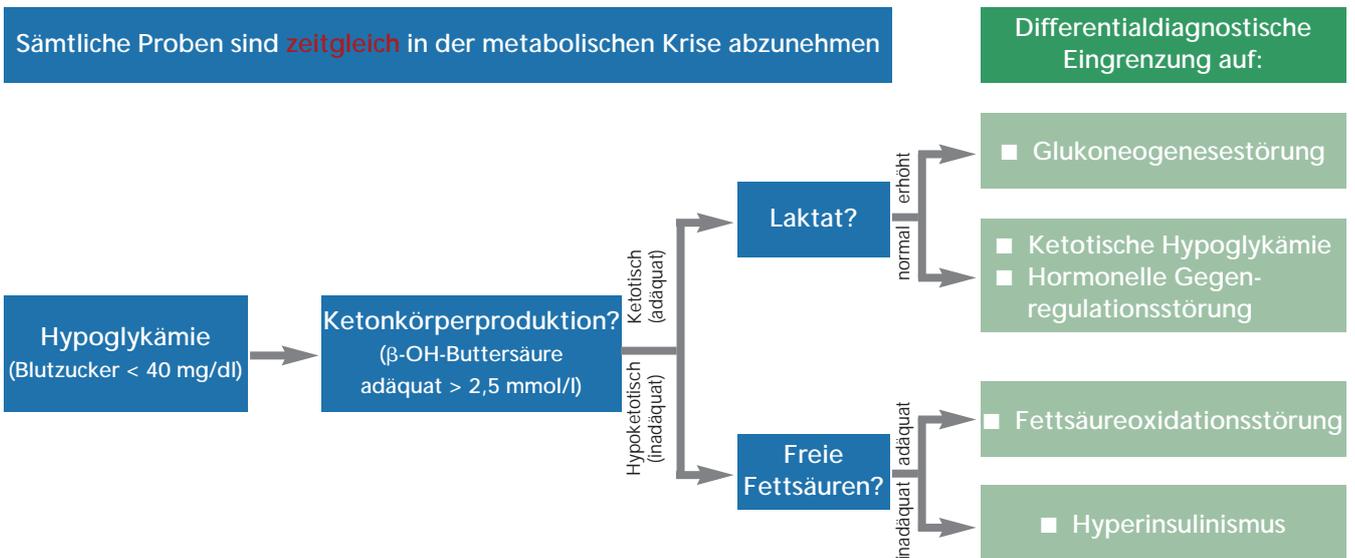


Abb. 1: Differentialdiagnostisches Vorgehen bei Hypoglykämie

(in Anlehnung an Böhles, H. „Hypoglykämie“, in: Michalk, Schönau: „Differentialdiagnose Pädiatrie“; U & S, Baltimore, 1999)

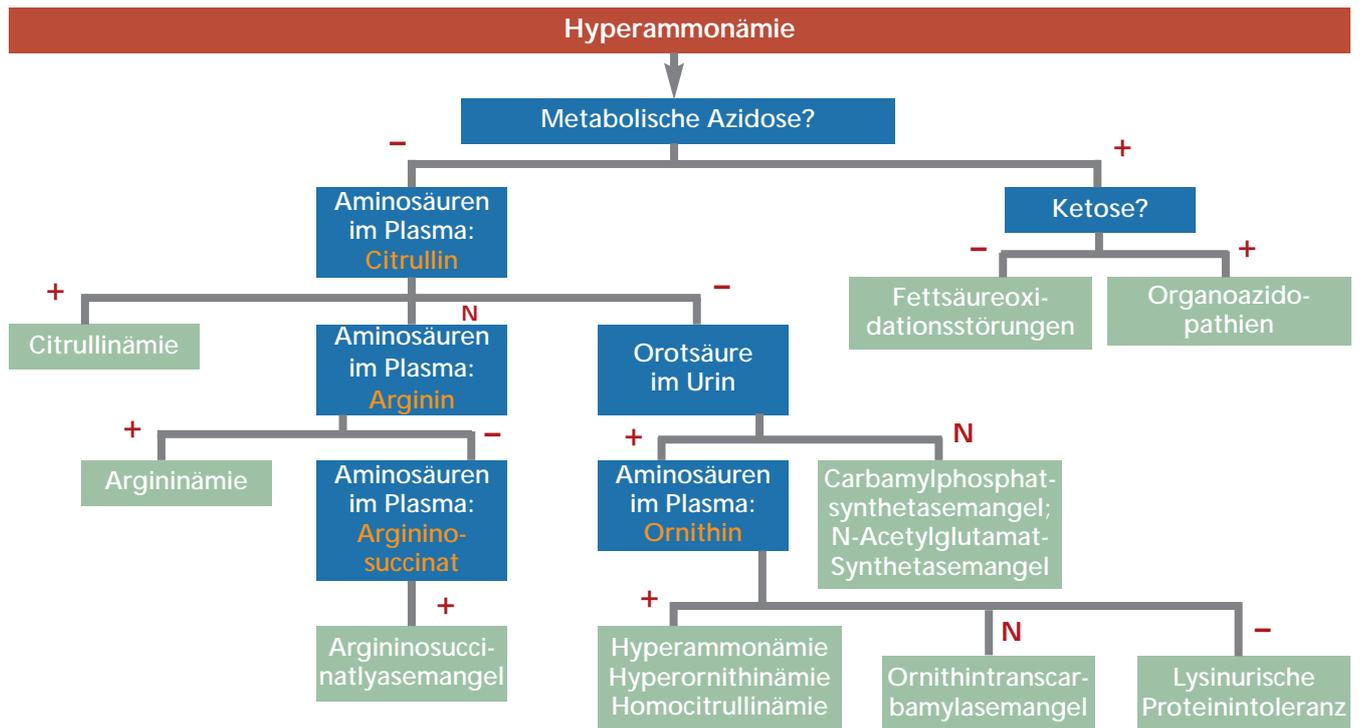


Abb. 2: Differentialdiagnose Hyperammonämie

(in Anlehnung an Mayatepek, E.: „Angeborene Stoffwechselkrankheiten – Früherkennung, Leitsymptome und Therapieoptionen“; Uni-Med, Bremen, 2006)

initial zeitgleich abgenommen „Reserveproben“, die nun gezielt entsprechend der sich eingrenzenden Differentialdiagnosen (z.B. DD.: Hypoglykämie, oder DD.: Hyperammonämie; siehe Abb. 1 und Abb. 2) zu untersuchen sind. Spätestens an diesem Punkt gilt es, sich mit dem kooperierenden Stoffwechsellzentrum in Kontakt zu setzen. Dies betrifft die rasche Probenmessung als auch die gezielte Steuerung des weiteren Vorgehens. Analog zur Schifffahrt sei hier das bildhafte Beispiel der Anforderung eines Lotsen in schwierigen Gewässern erwähnt. Anhand der Ergebnisse dieser Zusatzdiagnostik kann die Arbeitsdiagnose gestellt und damit das weitere Vorgehen eingeleitet werden.

(3) Eingrenzung des Vorgehens anhand der Arbeitsdiagnose mit nachfolgender Diagnose

Anhand der nun vorliegenden Befunde ist es möglich, eine Konkretisierung der bisherigen Maßnahmen einzuleiten entsprechend den drei übergeordneten Arbeitsdiagnosen (siehe „Einteilung zur Bewältigung der Notfallsituation“):

(A) Stoffwechselerkrankungen mit endogener/exogener Intoxikation,

(B) Stoffwechselerkrankungen mit gestörter Bereitstellung von Glukose,

(C) Stoffwechselerkrankungen mit gestörter Energiegewinnung aus Glukose.

(A) Konkretisierung der bisherigen Maßnahmen bei Stoffwechselerkrankungen mit endogener/exogener Intoxikation

Um den Intoxikationszustand zu durchbrechen, ist sowohl die weitere Intoxikation zu verhindern als auch

die Entgiftung rasch einzuleiten. Die Maßnahmen zur Erreichung des Anabolismus werden intensiviert mit einer Steigerung der Kalorienzufuhr auf > 100 kcal/kg Tag in Form von Glukose 15–20 mg/kg/min. Zusätzlich wird Insulin gegeben, beginnend mit 0,1 IE/kg Std. Wenn ein Fettsäureoxidationsdefekt ausgeschlossen ist, sollte zusätzlich mit der Gabe von Fett 1–2 g/kg Tag als Energieträger begonnen werden. Die Maßnahmen der Entgiftung sind sowohl unspezifisch über eine medikamentöse Diureseseigerung als auch spezifisch durch Beseitigung der Hyperammonämie (z.B.: durch Natriumbenzoat) oder auch durch die Bindung toxischer Substanzen zur besseren Ausscheidung (über z.B. Glycin und/oder Carnitin). Bei drohender Überschreitung entsprechender Grenzwerte (z.B.: $\text{NH}_3 > 600$ mmol/l) ist frühzeitig die Maßnahme einer Dialysebehandlung zu initiieren.

(B) Konkretisierung der bisherigen Maßnahmen bei Stoffwechselerkrankungen mit gestörter Bereitstellung von Glukose

Bei gestörter Bereitstellung von Glukose ist die Glukosezufuhr der Glukoseproduktionsrate anzupassen (7–8 mg/kgKG/min, bei Vorliegen eines Hyperinsulinismus > 10 mg/kgKG/min). Entsprechend dem Profil der Basisdiagnostik und der Bestätigungsdiagnostik ist ein rasches Orientieren unter den in Frage kommenden Differentialdiagnosen (siehe Abb. 1) möglich und entsprechend der Eingrenzung die spezifische Therapie (z.B.: Carnitinsubstitution bei MCAD-Defekt; Diazoxidtherapieversuch bei Hyperinsulinismus) einzuleiten.

(C) Konkretisierung der bisherigen Maßnahmen bei Stoffwechselerkrankungen mit gestörter Energiegewinnung aus Glukose

Diese Erkrankungsformen stellen die einzigen Erkrankungen dar, die mit der im initialen Therapieschema vorgegebenen isolierten hochdosierten Glukosegabe eine Verschlechterung der metabolischen Ausgangssituation erfahren. Im Rahmen der Verlaufsdiagnostik wird aber der in der Regel zu erwartende Laktatanstieg zusammen mit evtl. Zusatzfaktoren wie z.B. dem Nachweis von 3-Metacronylsäure in den organischen Säuren eine entsprechende Zuordnung zu diesem Erkrankungstyp liefern. Als Maßnahme ist jetzt die Reduzierung der Glukosezufuhr auf 3–4mg/kgKG/min zu veranlassen und parallel die erforderliche Energiezufuhr für den Anabolismus durch die Gabe von Fett (2–4 g/kgKG/d) zu gewährleisten. Gerade bei den Erkrankungen der oxydativen Phosphorylierung / Mitochondriopathien sind nur wenige spezifische Evidenz-gesicherte Therapiemaßnahmen etabliert. Je nach betroffenem Komplexbereich kann spezifisch neben der Pufferung mittels Na-Bikarbonat/Na-Citrat, die Coenzymsubstitution (z.B.: Idebenone [CoenzymQ]), Alpha-Liponsäure, bis hin zur alternativen Energiesubstratgabe über eine Ketogene Diät für eine Optimierung der Stoffwechselsituation erforderlich sein.

Übergang der Phase der Notfallsituation zur endgültigen Diagnosestellung

Aus diesem standardisierten parallelen Vorgehen von Diagnostik und Therapie im Rahmen des akuten unbekanntes Stoffwechselnotfalls kann es dann möglich sein, über die Stabilisierung des Patienten diese Krisensituation zu überwinden und gleichzeitig die Basis für die differentialdiagnostische Eingrenzung zu legen, um dann im weiteren Verlauf (in der Regel in enger Absprache mit dem kooperierenden Stoffwechselzentrum) eine endgültige Diagnose über entsprechende (zumeist sehr aufwendige und nur an wenigen Referenzzentren durchführbare) molekulargenetische oder enzymatische Untersuchungen zu sichern. Sie liefert dabei neben dem wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn die gerade bei chronischen Erkrankungen wichtige Gewissheit der Diagnose, die entscheidend ist für die weitere Compliance der Krankheitsbewältigung und die Grundlage darstellt für die gemeinsame Zusammenarbeit zwischen Patient und Stoffwechselambulanz im Rahmen der zumeist speziellen Diätetik und Verlaufskontrollen.

Wie eingangs erwähnt, stellt die adäquate Bewältigung des unbekanntes Stoffwechselnotfalls daher neben der akuten Krisenintervention mit Bewahrung des Patienten vor potentiell letalem Ausgang bzw. schweren Residualschäden auch die Grundlage dar, für eine zumeist lebenslange auf gegenseitigem Vertrauen basierenden Therapieführung.

Zusammenfassung

Das Vorliegen eines akuten unbekanntes Stoffwechseldefekts stellt eine Notfallsituation dar, die insgesamt gesehen zwar ein seltenes Ereignis darstellt, jedoch ein rasches Erkennen der Situation und eine sofortige Einleitung entsprechender Notfallmaßnahmen erfordert. Neben der seltenen Inzidenz kommt erschwerend die große Heterogenität der möglichen Erkrankungsursachen hinzu. Dagegen ist ein zugrundeliegender Stoffwechseldefekt häufig in die differentialdiagnostischen Überlegungen im Rahmen von akut auftretenden Erkrankungen insbesondere in der Neonatologie und Neuropädiatrie zu berücksichtigen. Somit ist potentiell bei jedem klinisch arbeitenden Arzt die Konfrontation mit einer möglichen akuten unbekanntes Stoffwechselstörung gegeben. In dieser Notfallsituation ist ein rasches, entschiedenes und rationelles Vorgehen entscheidend für das spätere Outcome des Patienten. Charakteristisch ist das parallele Bewältigen der therapeutischen und diagnostischen Schritte. Als die drei wichtigen Säulen der initialen Handlungsschritte seien genannt: 1. die zeitgleiche Probensicherung in der Krise, 2. das unverzügliche Erzwingen einer anabolen Stoffwechsellage, sowie 3. der sofortige Stopp der potentiellen weiteren Intoxikationsmöglichkeit.

Bei der Bewältigung der Krisenintervention eines metabolischen Notfalls muss einem großen Spannungsfeld Rechnung getragen werden: Dies ist einerseits die Dringlichkeit eines schnellen und gezielten therapeutischen Handelns und andererseits die Beachtung einer großen heterogenen Gruppe von in Frage kommenden Stoffwechseldefekten. Dazu kommt das Bestreben der Reduzierung der Belastung des Patienten und die Vermeidung von ausufernden diagnostischen Kosten bei andererseits bestehendem Wunsch nach weitreichender allumfassender Diagnostik. Ziel dieses Beitrags ist daher der Versuch der strukturellen Hilfestellung zur rationalen Vorgehensweise bei Verdacht auf einen metabolischen Notfall.

Danksagung:

Der Autor dankt insbesondere Herrn Prof. Böhles und Dr. Sewell für die fruchtbare Diskussion und Hilfestellung zur didaktischen Aufarbeitung dieses Themas als auch für die kritische Durchsicht des Manuskriptes.

Literatur beim Verfasser

Korrespondierender Autor:
Dr. med. Stefan Vlaho
Abteilung für Pädiatrische Neurologie, Klinik I
Johann Wolfgang Goethe-Universität
Theodor-Stern-Kai 7
60596 Frankfurt/Main, Germany
Tel.: 0049-(0)69-6301-5161
Fax: 0049-(0)69-6301-7866
e-mail: stefan.vlaho@kgu.de

Red.: Christen

Charakteristisch ist das parallele Bewältigen der therapeutischen und diagnostischen Schritte

Otogene und sinugene intrakranielle Komplikationen bei Kindern – Eine interdisziplinäre Herausforderung*

Durch die Einführung potenter Antibiotika sowie bildgebender Verfahren sind Häufigkeit und Mortalität schwerer intrakranieller Komplikationen akut entzündlicher Erkrankungen im HNO-Bereich stark zurück gegangen [1]. Einige Autoren beschreiben jedoch eine Zunahme der Inzidenz akuter Mastoiditiden besonders durch *Strept. pneumoniae* [2]. Dies wird v.a. durch eine inadäquate Therapie der vorangehenden akuten Otitis, durch fehlende, zu kurze oder nicht Erreger gerechte und damit unzureichende Antibiotikagabe, begründet. Eine steigende Virulenz der Erreger wird von den Autoren nicht berichtet. Besonders häufig seien Kleinkinder betroffen [2], hier bestehen besondere Schwierigkeiten der korrekten Diagnosestellung.

Verschiedene Autoren berichten, dass bei akuten oder chronischen Ohrerkrankungen bei bis zu 10% aller Patienten intrakranielle Komplikationen auftreten [3, 4, 5, 6]. Die Mortalität wird beeinflusst durch den Zeitpunkt der Diagnosestellung und damit der Therapieeinleitung sowie durch das Stadium der Erkrankung [5].

Zur Morbidität im Kindesalter liegen nur wenige Daten vor.

Die vorliegende Arbeit beschreibt die jeweiligen Erkrankungsursachen, die operativen und medikamentösen Therapieverfahren, das Erregerspektrum und die Krankheitsverläufe von 15 Kindern, die zwischen 1/2000 und 12/2005 in der HNO-Abteilung des Kinderkrankenhauses „Auf der Bult“, Hannover, mit oto- bzw. sinugenen intrakraniellen Komplikationen behandelt wurden.

Zu den schweren oto- und sinugenen intrakraniellen Komplikationen zählen in erster Linie die Meningitis, die Sinusvenenthrombose, der Hirnabszess und das Empyem. Nicht selten treten diese Komplikationen kombiniert auf.

Meningitis

Die Meningitis ist mit bis zu 50% die häufigste Komplikation entzündlicher Ohrerkrankungen und tritt besonders oft bei Kindern bis zum 10. Lebensjahr nach akuter Otitis media auf [1, 3]. Als Haupterreger gelten Pneumokokken sowie *Hämophilus infl. Typ B*. Die Infektionspathogenese besteht in der Erregerausbreitung über vorgegebene Bahnen (Gefäße, Knochenlücken nach Traumata oder angeborene Fehlbildungen) oder über entzündliche Knochenstrukturen. Typisch ist das plötzliche Auftreten von Beschwerden aus scheinbar völligem Wohlbe-

finden sowie die Verschlechterung innerhalb weniger Stunden. Durch vorangegangene Antibiotikagabe werden diese typischen Symptome jedoch häufig verschleiert [3, 6].

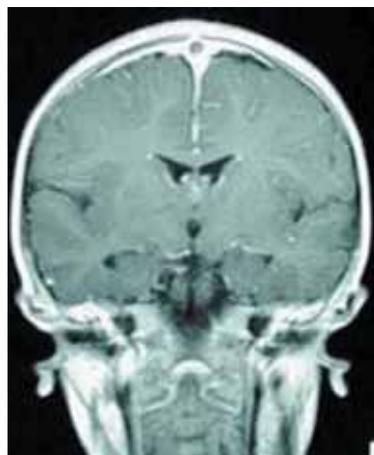


Abb. 1: Sinusvenenthrombose Sinus sagittalis, 2-jähriges Kind mit Mastoiditis bds., Kontrastmittelaussparung (MRT)

Sinusvenenthrombose (Abb. 1)

Die Sinusvenenthrombose zeichnet sich durch Cephalgien, subfebrile Temperaturen sowie Meningismus und Hirndruckzeichen aus [1]. Die Ausbreitung der Infektion erfolgt über entzündliche Knochenabschmelzungen im Bereich der hinteren Schädelgrube, welche zu einer perisinösen Abszedierung führt, oder über eine Thrombophlebitis der Mittelohrvenen. Die „klassischen“ Zeichen einer Sepsis sowie der zugrunde liegenden Ohrerkrankung werden jedoch nicht selten durch vorangegangene Antibiotikagaben maskiert, häufig klagten die Patienten lediglich über Cephalgien bei subfebrilen Temperaturen und Verschlechterung des Allgemeinzustandes [1]. Dadurch wird die Diagnosestellung erheblich erschwert [3]. Laborchemisch finden sich meist eine Erhöhung des CRP sowie eine Zellzahlerhöhung im Liquor. Kom-



Kristine Emmanouil¹

H.-J. Christen²

H.-J. Welkoborsky¹

1 HNO-Abteilung Kinderkrankenhauses „Auf der Bult“, Janusz-Korczak-Allee 12, 30173 Hannover, HNO-Klinik Klinikum Hannover Nordstadt, Direktor Prof. Dr. Dr. H.-J. Welkoborsky

2 Abteilung für Neuropädiatrie, Kinderkrankenhauses „Auf der Bult“

* auszugsweise vorgelesen auf der 75. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, 19. bis 23. Mai 2004, Bad Reichenhall



Abb. 2: Kleinhirnabszess re hintere Schädelgrube bei Cholesteatom rechts (Fallbeispiel 1) (CT)

Schwere intrakranielle Komplikationen sind Meningitis, Sinusvenenthrombose, Hirnabszess und Empyem

plikationen der Sinusvenenthrombose können neben einer Meningitis oder einem Hirnabszess auch die Ausbildung septischer Metastasen, z.B. in der Lunge, sein [7, 8, 9].

Hirnabszess (Abb. 2)

Hirnabszesse treten besonders häufig als Komplikationen chronischer Ohrerkrankungen mit akuter Exazerbation, z.B. bei Cholesteatomen, auf [3, 6, 10]. Einige Autoren postulieren sogar, dass bis zu 40% aller Hirnabszesse otogen seien [5]. Die Letalität beträgt laut Literatur-



Abb. 3: Mastoiditis links mit Verschattung des Mastoids, Empyem im Bereich der hinteren Schädelgrube sowie Sinusvenenthrombose nach akuter Otitis media links (Fallbeispiel 2) (CT)

Die okkulte Mastoiditis stellt als Spätstadium der akuten Otitis media eine Sonderform dar

angaben bis zu 47% [1, 3]. Die Entstehung erfolgt über verschiedene Mechanismen (per continuitatem, Osteothrombophlebitis, vorbestehende Defekte, Fehlbildungen, Labyrinthitis, hämatogen), welche zur Destruktion der Dura und zur herdförmigen Nekrose der Hirnsubstanz führen. Nach ca. 10 Tagen bildet sich eine Abszesskapsel aus. Die Patienten zeigen, neben den zugrundeliegenden Ohrsymptomen, wie z.B. einer Otagie oder Otorrhoe, Hirndruckzeichen, wie z.B. Cephalgien, Benommenheit, Bradykardien oder eine Stauungspapille, und Herdzeichen wie Hemiparesen, Hirnnervenläsionen oder Kleinhirnsymptome. Klinisch entscheidend ist der anamnestische Hinweis auf eine (oft chronische) Ohrerkrankung bei neu aufgetretender zentralnervöser Symptomatik [10]. Häufig treten Hirnabszesse kombiniert mit anderen intrakraniellen Komplikationen, wie z.B. Sinusvenenthrombosen, auf [5, 10].

Empyem (Abb. 3 und 4)

Das Empyem ist eine relativ seltene intrakranielle Komplikation, welche jedoch besonders häufig mit einem neurologischen Defizit und einer hohen Mortalität verbunden ist [3]. Das klinische Bild ähnelt dem der Meningitis, durch eine Antibiotikagabe ist jedoch keine Besserung zu erwarten [1]

Sonderform „Okkulte Mastoiditis“

Eine Sonderform stellt die okkulte Mastoiditis dar. Hierbei handelt es sich um das Spätstadium einer akuten Otitis media, bei der das Antrum durch Granulationsgewebe (oder ein Cholesteatom) blockiert ist. Das klinische Bild mit relativ blanden, aber



Abb. 4: Epidurales Empyem frontal bei akuter Pansinusitis (Fallbeispiel 3) (MRT)

rezidivierenden Symptomen, subfebrilen Temperaturen und häufig auch Gedeihstörungen bei z.T. reizlosem Trommelfellbefund entspricht nicht der gravierenden Pathologie des Mittelohrs. Meist werden keine ausreichenden Antibiotikawirkspiegel erreicht, gehäuft lassen sich Anaerobier nachweisen [11]. In unserer Fallserie waren 3 Kinder von diesem Krankheitsbild betroffen.

Patientengut und Fallbeispiele

Im Zeitraum zwischen 1/2000 und 12/2005 wurden in der HNO-Abteilung des Kinderkrankenhauses „Auf der Bult“, Hannover, 15 Kinder im Alter zwischen 8 Monaten und 14 Jahren mit intrakraniellen Komplikationen behandelt, davon 12 mit Komplikationen einer akuten oder chronischen entzündlichen Ohrerkrankung und 3 nach Sinusitis. Die Übersicht über Grunderkrankungen und Komplikationen ist Tabelle 1 zu entnehmen. Hierbei fällt auf, dass die Summe der Komplikationen die Gesamtzahl der Patienten übersteigt: Kombinationen zeitgleich oder auch

Grunderkrankung		Komplikationen	
Akute Mastoiditis	8	Meningitis	10
Okkulte Mastoiditis	3	Sinusvenenthrombose	5
Cholesteatom	1	Hirnabszess	4
Sinusitis	4	Empyem	3

Tab. 1: Patientenkollektiv (n=15; 1 Patient Sinusitis und Mastoiditis, einige Patienten wiesen zeitgleich oder zeitversetzt mehrere Komplikationen auf)

Keimspektrum	
Pneumokokken	7/15
Hämophilus infl. Typ B	1/15
Hämolys. Streptokokken Gr. A	1/15
Staph. aureus	1/15
Bacteroides	1/15
Meningokokken	1/15
Peptostreptokokken	1/15
Abstrich intraoperativ/ Liquorpunktat/ Blutkultur steril	5/15

Tab. 3: Keimspektrum in Liquor- und Blutkultur sowie intraoperativem Abstrich, in allen Fällen entsprach der Liquor- dem Blutkulturbefund, z.T. Mischinfektion

zeitversetzt waren bei unserem Patientengut nicht selten.

Die Krankheitsdauer vor stationärer Aufnahme betrug bis zu 14 Tagen, wobei keines der Kinder primär von einem HNO-Arzt gesehen worden war. Immerhin 3 Kinder waren in anderen Krankenhäusern über 5 bis 10 Tage antibiotisch unter dem Bild einer Meningitis vorbehandelt worden, ohne dass ein Infektfokus gefunden worden war. Nach HNO-ärztlicher Vorstellung erfolgte der operativ sanierende Eingriff mit einer Latenz von 0 bis 3 Tagen, wobei

die 3-tägige Latenzzeit ein Kind mit Meningitis bei okkulten Mastoiditis betraf. Hier war keine Besserung des Allgemeinzustandes des Kindes unter i.v. Antibiose eingetreten; der Befund zeigte ein nahezu reizloses Trommelfell bei einer Verschattung des Mastoids in der Röntgenaufnahme nach Schüller.

Bei der klinischen Symptomatik (Tab. 2) standen der reduzierte Allgemeinzustand sowie die Bewusstseinsstörung – in der Regel der Aufnahmegrund – im Vordergrund. Zwar hatten 10 von 15 Kindern bei Erstkontakt mit einem Arzt (ambulant, Notdienst, stationäre Aufnahme) Fieber (Temperatur >38,5°C), und bei allen Kindern waren BSG, CRP und Liquorzellzahl pathologisch. Diese Befunde geben jedoch nur einen unspezifischen Hinweis auf ein entzündliches Geschehen. Auch den „typischen“ Befund einer akuten Mastoiditis mit abstehendem Ohr und teigiger retroaurikulärer Schwellung bzw. Zeichen einer relevanten Sinusitis zeigten nur wenige Kinder: Lediglich bei 4 Kindern war eine Otorrhoe aufgetreten, bei 2 weiteren Patienten wurde ein Pyotympanon als Zeichen der akuten Otitis me-

dia diagnostiziert, bei den übrigen Patienten ergab die (Aufnahme-)Untersuchung unspezifische Befunde wie „Serotympanon“ oder „Trommelfell matt“ oder „o.B.“. Auf gezieltes Nachfragen gaben jedoch einige Eltern an, dass in den Tagen bis Wochen vor Aufnahme ein Infekt der oberen Atemwege mit Rhinitis oder eine Ohrentzündung aufgetreten waren.

Das Keimspektrum aus Abstrich, Liquor- und/oder Blutkultur (Tab. 3) war in unserer Fallserie breit gestreut und entsprach dem typischen Spektrum für HNO-Infektion im Kindesalter [2, 3, 4, 5, 6]. Bei den antibiotisch vorbehandelten Kindern war der intraoperative Abstrich steril, ebenso gelang kein Keimnachweis in Blut- und Liquorkultur.

Drei Kasuistiken sollen die besondere Problematik des Erkennens dieser Komplikationen bei Kindern verdeutlichen.

Fallbeispiel 1

Ein 12-jähriger Junge wurde mit zunehmender Somnolenz und Schwindel vorgestellt. Soweit bei Verständigungsschwierigkeiten mit den ausländischen Eltern zu eruierten, hatte das Kind im Laufe der letzten 2 Wochen vor Aufnahme zunächst Cephalgien, Übelkeit und Erbrechen entwickelt, wobei zunächst der Verdacht auf einen gastrointestinalen Infekt bestanden hatte. Nach einer weiteren Woche trat eine Nackensteifigkeit auf. Dieses führte zu der Verdachtsdiagnose „Torticollis spasticus“. Auf Grund einer weiteren Verschlechterung des Allgemeinzustandes erfolgte die stationäre Aufnahme. Die Temperatur bei Aufnahme betrug 38,3°C. Unter den Laborparametern fielen eine BSG-Beschleunigung auf 80 mm (1. Stunde), eine CRP-Erhöhung auf 11,8 mg/dl sowie im Differenzialblutbild eine relative Linksverschiebung mit 84% Segmentkernigen bei 8300 Leukozyten/µl auf. Bei der HNO-ärztlichen Untersuchung zeigten sich eine foetide Otorrhoe sowie ein Reiznystagmus. Auf genaues Nachfragen gab der Junge an, dass die Otorrhoe seit Jahren bestand und sich in den vorangegangenen Wochen verstärkt

Allgemeinsymptome		Ohrbefund	
Reduzierter AZ	14/15	Trommelfellbefund „o.B.“	2/12
Temperatur >38,5°C	10/15	Sero-/ Mukotympanon	4/12
		Pyotympanon	2/12
		Otorrhoe	4/12
Hirndruckzeichen/Herdsymptome		Laborbefunde	
Bewusstseinsstörung	11/15	CRP-Erhöhung (range: 1,1–38,8) (Norm <1mg/dl)	13/15
Meningismus	8/15	BSG-Beschleunigung (range: 33–115) (Norm <10mm/1.Stunde)	7/7
Erbrechen	7/15	Liquorpleozytose (range: 27–2200) (Norm <4/µl)	10/11
Kleinhirnsymptomatik	3/15	Leukozytose (Norm 6.000–17.000/µl)	5/15
Cephalgie	3/15		
Krampfanfall	2/15		

Tab. 2: Klinische Symptomatik und Laborbefunde von Kindern mit intrakraniellen Komplikationen einer Sinusitis und/oder Otitis (isolierte NNH-Beteiligung bei 3 Kindern); z.T. abweichende Gesamtzahl der Laborbefunde ergibt sich aus unvollständiger Bestimmung

hatte. Ohrmikroskopisch zeigte sich nach Gehörgangereinigung ein Cholesteatom, im Computertomogramm ein Kleinhirnsabszess (Abb. 2). Der Junge wurde noch am selben Tag einer kombiniert HNO-/neurochirurgischen Herdsanierung zugeführt.

Fallbeispiel 2

Ein 13-jähriger Junge wurde mit Opisthotonus in somnolentem Zustand vorgestellt. Etwa 5 Tage vor Aufnahme war die Diagnose einer Otitis media gestellt worden. Da der Patient zu diesem Zeitpunkt afebril war, erfolgte keine Antibiotikagabe. Zwei Tage vor Aufnahme war der Junge bei Gangunsicherheit gestürzt und gab Nackenschmerzen an. Diese Beschwerden wurden jedoch erst auf genaues Nachfragen angegeben. Bei Aufnahme war das Kind fieberfrei. Die Leukozytenzahl war mit 14.800/ μ l noch im Normbereich, das CRP mit einer Konzentration von 6,6 mg/dl mäßig erhöht. Im Liquor fand sich eine Zellzahlerhöhung auf 660/ μ l bei einer Liquoreiweißkonzentration von 141 mg/ml. Bei Otorrhoe links wurde ein Computertomogramm des Schädels veranlasst (Abb. 3), welches zu der Diagnose einer Mastoiditis mit Empyem der hinteren Schädelgrube, Sinusvenenthrombose und Hydrocephalus occlusus führte. Die operative Therapie bestand in der Mastoidektomie mit Empyem- und Ventrikeldrainage.

Fallbeispiel 3

Ein 8-jähriges Mädchen erlitt einen prolongierten fokalen Krampfanfall mit Intubationspflicht. Nach Extubation zeigte sie eine Halbseitensymptomatik bei reduziertem Allgemeinzustand. Auf Nachfrage wurde ein seit ca. 14 Tagen bestehender fieberhafter Infekt mit linksfrontalen Cephalgien angegeben, welcher bereits mit verschiedenen oralen Antibiotika behandelt worden war. Bei Aufnahme bestand Fieber mit einer Temperatur von 40°C, die BSG war auf 48 mm/1.Std. beschleunigt, das CRP auf 16,2 mg/dl erhöht. Die Leukozyten waren mit 17.000/ μ l noch grenzwertig normal,

der Liquor steril. Bei der Nasendoskopie zeigte sich lediglich eine diskrete Schleimhautverdickung mit mäßiger Verschleimung ohne eitriges Sekret. Zum Ausschluss einer Sinusvenenthrombose wurde zunächst eine Kernspintomographie durchgeführt, die den Befund eines epiduralen Empyems ergab (Abb. 4). Die anschließend durchgeführte Computertomographie stellte eine akut eitrige Pansinusitis bds. dar (Abb. 5). Die Therapie bestand in einer endonasalen Pansinusoperation sowie einer neurochirurgischen Empyemdrainage.

Diskussion

Die Fallbeispiele verdeutlichen die Schwierigkeiten der frühzeitigen Diagnose infektiöser Erkrankungen im HNO-Bereich als Ursache intrakranieller Komplikationen, die bei allen von uns betreuten Kindern aus verschiedenen Gründen verzögert war.

Die klinische Symptomatik dieser Kinder ist durch die neurologischen Symptome geprägt. Die in der Regel schweren Allgemeinsymptome, die meist den Aufnahmegrund bilden, stehen im Vordergrund, während die ursächliche Ohrerkrankung bzw. Sinusitis eher einen subklinischen Verlauf nimmt und deshalb leicht übersehen werden kann. Durch vorangegangene Antibiotikatherapie werden die für diese HNO-Erkrankungen typischen Befunde häufig maskiert. Da die HNO-Symptome in ihrer abgeschwächten Form häufig nicht als für das akute und dramatische Krankheitsbild relevant und erwähnenswert erkannt werden, bedarf es der gezielten Nachfrage, um die ursächliche HNO-Infektion anamnestisch zu erschließen und dann frühzeitig gezielte diagnostische Maßnahmen (CT, MRT) durchzuführen. Dies gilt insbesondere dann, wenn der direkte zeitliche Zusammenhang zu fehlen scheint. Zusätzlich war in unserem Patientengut die Erhebung der Anamnese in einigen Fällen durch sprachliche Verständigungsprobleme erschwert (3 von 15 Patienten).

Ein weiteres Problem für eine potentiell verzögerte Diagnosestellung

kann die vorausgegangene antibiotische Therapie bilden. Die Häufigkeit des Auftretens von Komplikationen wird bestimmt durch die Virulenz des Erregers, den Abwehrstatus des Patienten sowie die vorausgegangene Therapie. Einige Autoren postulieren jedoch, dass die verzögerte Diagnose beim Auftreten von Komplikationen daraus resultiert, dass typische Symptome der Komplikationen („Lehrbuch-Symptome“) durch die vorausgegangene Antibiotikatherapie nicht selten maskiert oder modifiziert werden [1, 2, 6]. So zeigen bis zu 10% der Kinder mit Mastoiditis einen reizlosen otoskopischen Befund, bis 20% lediglich eine Hyperämie des Trommelfells [2, 4, 11]. Auch bei unserem Patientengut zeigten (nach vorangegangener Antibiotikagabe) nur 6 von 12 Kindern einen Ohrbefund i.S. einer akuten Otitis media, davon nur 2 das „typische“ Bild der akuten Mastoiditis. Bei diesen diskrepanten Konstellationen besteht eine Analogie zur sog. „anbehandelten Meningitis“, die bekanntlich ebenfalls große diagnostische Probleme aufwerfen kann.

Auch die Labordiagnostik ist nicht immer hilfreich. BSG und CRP können, müssen aber nicht richtungsweisend verändert sein und bilden somit keine hinreichend zuverlässigen diagnostischen Parameter [2].

Schließlich wird die Indikation für diagnostische Maßnahmen (Bildgebung mittels MRT/CT) aus Sorge um die Strahlenbelastung oder

Ursächliche HNO-Erkrankungen werden durch vorangegangene Antibiotikagabe maskiert

Labor-diagnostik oft nicht wegweisend

Abb. 5: akute Pansinusitis mit kompletter Verschattung der Sinus ethmoidales bds. und S. maxillaris links (Fallbeispiel 3) (CT)



Die Therapie besteht in Fokussanierung und Antibiotikatherapie

den technischen Aufwand (Narkose, nüchternes Kind) oft zurückhaltend gestellt. Auch dies kann zu einer protrahierten Diagnosestellung und damit zu einer verzögerten Therapieeinleitung führen.

Die Therapieprinzipien dagegen sind im wesentlichen unstrittig, in erster Linie ist die Fokussanierung, ggf. kombiniert mit einem neurochirurgischen Eingriff zu nennen, weiterhin die postoperative, abstrichgerechte Antibiotikatherapie [3, 6, 10]. Sehr wichtig erscheint auch die postoperative Kontrolle mittels bildgebender Verfahren, um im Intervall auftretende Zweit- oder Spätkomplikationen, wie die Ausbildung eines Hirnabszesses, nicht zu übersehen [3, 10].

Fazit für die Praxis

- Genaue Anamnese; entscheidend ist die gezielte Nachfrage nach einer Erkrankung im HNO-Bereich (Otitis/Sinusitis, bek. chronische Ohrerkrankung) bei akuter neurologischer Symptomatik
- Fachkundige Hals-Nasen-Ohrenärztliche Untersuchung
- Vorsicht: Erschwerte Diagnosestellung wegen Kaschierung typischer Symptome der Grunderkrankung durch vorangegangene Antibiotikagabe

- Großzügige Indikation zu bildgebender Diagnostik
- postoperative Kontrolle der Bildgebung zum Ausschluss von Spätkomplikationen.

Zusammenfassung

Durch die Einführung potenter Antibiotika und verbesserter bildgebender Verfahren konnte die Häufigkeit sowie die Mortalität schwerer intrakranieller oto- und sinugener Komplikationen deutlich gesenkt werden. Zur Morbidität im Kindesalter liegen jedoch nur wenige Daten vor.

Für diese Arbeit wurden die Krankengeschichten von insgesamt 15 Kindern im Alter zwischen 8 Mon. und 14 Jahren ausgewertet, die zwischen 1/2000 und 12/2005 in der HNO-Abteilung des Kinderkrankenhauses „Auf der Bult“, Hannover, mit oto- bzw. sinuigenen intrakraniellen Komplikationen betreut wurden. Die jeweiligen Erkrankungsursachen, die operativen und medikamentösen Therapieverfahren, das Erregerspektrum und die Krankheitsverläufe werden dargestellt.

Alle Kinder wurden nach der Diagnosestellung unverzüglich einer operativen HNO- bzw. HNO-chirurgisch-neurochirurgischen Therapie zugeführt.

Der Zeitpunkt der Diagnosestellung selbst wurde jedoch durch verschiedene Faktoren verzögert: Zum einen ist häufig die Anamnese- und Befunderhebung bei Kindern erschwert. Zum anderen werden typische anamnestische Hinweise vom erstbehandelnden Arzt nicht erfragt sowie pathologische Befunde häufig nicht erkannt, fehl interpretiert oder durch eine Antibiotikagabe maskiert. Nicht selten wird zudem die Indikation zu bildgebenden Maßnahmen zögerlich gestellt.

Wesentlich erscheint uns daher, Leitsymptome herauszustellen, die den erstbehandelnden Arzt an eine oto- oder sinuogene Genese des meningitischen Krankheitsbildes denken lassen und einer engen interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Pädiatrie, HNO-Heilkunde und Neurochirurgie bedürfen.

Literatur bei der Verfasserin.

Federführender Autor
Dr. med. Kristine Emmanouil,
HNO-Klinik,
Klinikum Hannover Nordstadt,
Haltenhoffstr. 41, 30167 Hannover
e-mail: kristine-emmanouil@t-online.de
Tel. 0511-9704377 Red.: Christen

Praxiseinrichtungen seit 1976



Unsere Behandlungs-
"Luftikus" bieten wir
auch als Mietkauf
ohne Mehrkosten an

Unsere Produkte finden Sie
in mehr als 200 Kinderarztpraxen
und 30 Kinderkrankenhäusern

- Behandlungsliegen
- Wartezimmer-Spielobjekte
- Praxiseinrichtungen aus Holz

Auf Wunsch schicken wir Ihnen
gerne eine Bildmappe mit Preis-
und Referenzliste

Holzmanufaktur Eboldshausen GmbH

An der Schule 4 * 37589 Kalefeld * Tel. 05553 4488 * Fax 2228
www.holzmanufaktur.de * eMail info@holzmanufaktur.de

Welche Diagnose wird gestellt?

Heide Brandau und Jens Commentz

Anamnese

Ehemaliges Frühgeborenes der 32+1. Schwangerschaftswoche. Zwillingbruder mit primärem Lymphödem am rechten Arm, sonst leere Familienanamnese, keine chronischen Erkrankungen. Neonatalperiode sowie bisherige Entwicklung unauffällig. Keine schwerwiegenden Vorerkrankungen. Seit einigen Tagen rezidivierendes Erbrechen, Bauchschmerzen, Tachypnoe, Müdigkeit. Seit ca. 8 Monaten schleichende Minderung der körperlichen und schulischen Leistung, intermittierend Kopfschmerzen. Gewichtsabnahme 1 Kilogramm seit 3 Monaten.

Untersuchungsbefund

8 Jahre alter Junge in stabilem AZ, keine meningealen Reizzeichen, leicht prominente Bulbi bds, Konjunktivitis. Haut rein, kein Exanthem, sonnengebräunt. RR: 80/49 mmHg Weiterer Organstatus o.p.B. Kein Fieber. Auffällige Laborbefunde: Natrium 119 mmol/l, Kalium 5.4 mmol/l, Chlorid 88 mmol/l.



Abb.: Achtjähriger Patient (rechts im Bild) mit Zwillingbruder. Beide Kinder waren gemeinsam im Urlaub; nur bei dem Patienten ist eine leichte „Sonnenbräunung“ zu erkennen.

Wie lautet die Diagnose?

Neuropsychologische Seminare Prof. Esser

Diagnostik von Leistungsstörungen im Grundschulalter

Eintägige Seminare für Arzthelferinnen – Seminarleitung: Prof. Dr. Günter Esser
10 Unterrichtseinheiten mit praktischen Übungen, zur Auswahl stehende Termine:
24.01.09, 07.03.09, 09.05.09, 25.07.09

Seminarort: Potsdam, Teilnahmegebühr 145,- €

Anmeldungen/Anfragen unter Prof. Dr. Günter Esser
Friedrich-Ebert-Str. 112, 14467 Potsdam, telefonisch unter 0331/ 6472120
oder per Email Prof-Guenter-Esser@t-online.de

Diagnose: Morbus Addison

Der Morbus Addison ist im Kindes- und Jugendalter selten. Der Erkrankung liegt ein chronischer Entzündungsprozess zugrunde, der zu einer Destruktion der Nebennierenrinde führt. Die Diagnose wird aufgrund der subnormalen Gluko- und Mineralokortikoidproduktion oftmals erst im Rahmen einer akuten Stresssituation mit Dekompensation (Addison-Krise) gestellt. In 80% der Fälle handelt es sich um eine Autoimmunadrenitis mit Nachweis von Autoantikörpern gegen Nebennierenrindenstrukturen oder Enzyme der NNR-Steroidbiosynthese (z.B. 21-Hydroxylase). Seltener können Stoffwechselerkrankungen, Speicherkrankheiten, Pilzinfektionen, Tumormetastasen, erworbene Immundefizienzen, Tuberkulose (früher häufige Ursache) oder Medikamente ursächlich sein. Der Morbus Addison kann mit anderen Autoimmunendokrinopathien (Typ 1 mit Hypoparathyreoidismus, mukokutane Candidiasis, Lymphozytenfunktionsstörung; Typ 2 mit Autoimmunthyreopathie, Diabetes mellitus) einhergehen.

Klinik

Klinische Symptome treten in der Regel erst auf, wenn ca. 90% der NNR zerstört sind. Die Symptomatik variiert in Abhängigkeit von Dauer und Ausmaß der NNR-Unterfunktion. Oft bestehen unspezifische Symptome wie Adynamie, rasche Ermüdbarkeit, Konzentrationsschwäche, Abfall der schulischen und körperlichen Leistung, Gewichtsverlust, abdominelle Beschwerden (z.B. Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen, Durchfälle, Obstipation). Ferner liegt oft ein niedriger arterieller Blutdruck vor. Charakteristisch ist eine bronzefarbene Hautfarbe, die auf einer Hypersekretion des ACTH-Vorläufermoleküls POMC (Proopiomelanocortin), das in MSH (melanozytenstimulierendes Hormon) und ACTH gespalten wird, beruht. Insbesondere an unbelichteten Körperteilen, Handlinien und Narben kann es zu einer Hyperpigmentierung kommen. Die Kinder zeigen oft ein verlangsamtes Längenwachstum mit retardiertem Knochenalter und eine verzögerte Pubertätsentwicklung („hormonal overlap-Phänomen“).

Diagnostik

Laborchemisch zeigen sich metabolische Azidose, Hyponatriämie, Hypochlorämie, Hyperkaliämie und Hypoglykämie. Die Plasma-ACTH Spiegel sind stark erhöht (<1500 ng/l Norm bis <50 ng/l), Aldosteron und Cortisol (3,7 µg/dl, Norm 6,2–19,4 µg/dl) im Serum hingegen erniedrigt. Bei unserem Patienten ließen sich Antikörper gegen die Steroid-21-Hydroxylase nachweisen als Hinweis auf eine autoimmunologische Genese. In der 24h Blutdruckmessung zeigte sich eine milde arterielle Hypotonie.

Differentialdiagnostik

Bei einer primären Insuffizienz der Nebennierenrinde liegt ein Mangel an Glukokortikoiden, Mineralokortikoi-

den und Androgenen vor. Hingegen ist die Mineralokortikoidsynthese, die nicht ACTH-abhängig ist, bei der sekundären (Pathologie im Hypophysenvorderlappen) oder tertiären (Pathologie im Hypothalamus) NNR-Insuffizienz intakt. Bei Hypophyseninsuffizienz (Hypopituitarismus) sind oft weitere glandotrope Hormone vermindert, so dass komplexe endokrine Mangelerscheinungen auftreten. Im Gegensatz zum M. Addison ist bei diesen Kindern die Haut blass. Bei Kleinkindern sollte ein Adrenogenitales Syndrom mit Salzverlustsyndrom ausgeschlossen werden. Beim AGS vom 21-Hydroxylase Typ (ca. 95% aller Fälle) kommt es durch die vermehrte Androgenproduktion zur Virilisierung. Andere Autoimmunerkrankungen (Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes mellitus Typ 1, Zöliakie, Perniziöse Anämie) sollten ausgeschlossen werden.

Therapie

Die Therapie besteht aus einer lebenslangen Substitution mit Glukokortikoiden (Hydrocortison 10–16 mg/qm KOF/d in drei Dosen) und Mineralokortikoiden (9α-Fludrocortison 0,05 – 0,2 mg) unter Kontrollen von ACTH, Cortisol (Plasma/Speichel/Sammelurin als Complianceparameter), Plasmarenin, Elektrolyten, BZ. Anzustreben sind altersentsprechende Normalwerte von ACTH, Renin und Blutdruck. Eine Übertherapie, die zu einer Verschlechterung des Wachstums und zu einem Hypertonus führen kann, ist ebenso zu vermeiden wie eine Untersubstitution, die eine deutlich verminderte Leistungsfähigkeit und schlimmstenfalls eine Addison-Krise verursachen würde. Wichtig sind daher regelmäßige Kontrollen von Länge, Gewicht, der körperlichen Leistungsfähigkeit und des Blutdrucks.

Das Kind sollte durch einen pädiatrischen Endokrinologen regelmässig betreut werden. Patient und Eltern sind umfassend über Krankheit und Therapie in Stresssituationen (Anhebung der Hydrocortison-Dosis auf das 3–5-fache der Tagesdosis) zu informieren; in bedrohlichen Zuständen ist bis zu 100 mg/qm Hydrocortison alle 6–8 Stunden erforderlich. Die Rezeptierung von Prednisolon supp. 100 mg und Hydrocortison i.m. (25–100 mg) als Notfallmedikation wird empfohlen. Die Patienten sollten einen Notfallausweis erhalten.

Die Prognose des Morbus Addison ist bei adäquater Therapie gut.

Literatur bei den Verfassern

Dr. Heide Brandau und PD Dr. Jens Commentz
Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Liliencronstraße 130
22149 Hamburg

Red.: Höger

Identification of Type 1 von Willebrand Disease Patients with Reduced von Willebrand Factor Survival by Assay of the VWF Propeptide in the European Study: Molecular and Clinical Markers for the Diagnosis and Management of Type 1 VWD (MCMDM-1VWD)

Haberichter SL et al.: *Blood* 111, 4979-4985, Mai 2008

Das verminderte Überleben des von Willebrand Faktors (VWF) im Plasma ist eine von zahlreichen Ursachen des von Willebrand Syndroms (VWS) Typ 1. Die Gruppe von Autoren (darunter Prof. Budde und Prof. Schneppenheim, Hamburg) verglich die Menge an VWF-Propeptid (VWFpp) mit der Menge des reifen VWF-Antigens (VWF:Ag). Bei Patienten mit einer verminderten Überlebenszeit des VWF ist dieser Quotient von VWFpp zu VWF:Ag signifikant erhöht. Die Autoren zeigen die praktische Bedeutung der Identifikation von Patienten mit dieser Sonderform. Von 19 Patienten mit einer Mutation im VWF-Gen hatten 8 Patienten eine deutliche Verminderung des VWF:Ag unter 30 IU/dl. Sieben dieser 8 Patienten zeigten einen ausreichenden Anstieg des VWF nach Gabe von 0,3 mg/kg Desmopressin und eine signifikant verminderte Überlebenszeit des VWF im Plasma (erhöhtes VWFpp). Alle 7 Patienten haben Mutationen im VWF Gen, die mit einer verkürzten Halbwertszeit des VWF:Ag einhergehen. Damit ist der Zusammenhang zwischen einem pathologisch erhöhten Quotienten (VWFpp/VWF:Ag) und einer verminderten Halbwertszeit des VWF bewiesen. Die gleichzeitige Untersuchung des VWFpp und des VWF:Ag im Plasma identifiziert eine Subgruppe von Typ 1 VWF Patienten, die gut auf Desmopressin ansprechen.

Kommentar:

In der Praxis liegt häufigen Blutungsereignissen (Nasenbluten u.a.) nicht selten das VWS (ca. 1 % der Bevölkerung sind Anlage-träger) zugrunde. Der VWF ist sowohl an der primären wie sekundären Blutstillung beteiligt; seine Verminderung führt vor allem zu Schleimhautblutungen (schweres Nasenbluten, gastrointestinale und Uterusblutungen). Perioperativ kann es vor allem bei TE und AT zu schweren Blutungen kommen. Wesentlich für die Diagnose des klassischen VWS sind: Familienanamnese, verlängerte Blutungszeit, starke Erniedrigung des VWF:Ag sowie eine in unterschiedlichem Ausmaß erniedrigte Faktor VIII-Aktivität. Die Diagnose eines VWS Typ I gilt als „sicher“, wenn es 2 betroffene Familienmitglieder mit Blutungsneigung und hinweisenden Laborveränderung in einer Familie gibt. Ein mögliches VWS Typ 1 liegt bei 1 betroffenem Familienmitglied mit hinweisenden Laborveränderungen vor. In der Praxis kann die Diagnose schwierig sein, da der VWF wie ein Akute-Phase-Protein reagiert und bei Stress und Infektionen ansteigt. Dadurch können mehrere Untersuchungen erforderlich sein, um die Diagnose zu sichern. Bisher ist unklar, inwieweit der Anstieg des VWF während der Blutentnahme auch die oben beschriebene neue Bestimmung der Halbwertszeit beeinflusst und ob sich der Test für eine erweiterte Diagnostik des VWS eignet. Als Therapie stehen Tranexamsäure (Cyklokapon®) (bei leichten Blutungen) und DDAVP (Minirin®)



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

oder VWF-haltige Plasmapräparate zur Verfügung. DDAVP wirkt aber nicht bei allen VWS-Patienten. Um die Wirkung von DDAVP vorauszusagen, sollte ein sog. „Minirin-Test“ erfolgen. Dabei wird DDAVP (Desmopressin, Minirin®) i.v. gegeben und der Anstieg des VWF im Plasma über einen Zeitraum von 4 Stunden gemessen. In der Praxis ist der „Minirin-Test“ bei Kindern jedoch schwierig durchzuführen. Der Nachweis einer verkürzten Halbwertszeit bei VWS kann auf die Wirksamkeit von DDAVP bei denjenigen Patienten hinweisen, bei denen der „Minirin“-Test nicht praktikabel ist. Die genaue Diagnostik und Therapieplanung des VWS sollte am besten nach Vorstellung bei einem Kinderarzt mit spezieller Erfahrung im Umgang mit Gerinnungsstörungen erfolgen.

(Stefan Eber, München)

Intranasal Budesonide for Children With Mild Obstructive Sleep Apnea Syndrome

Kheirandish L, Gozal D; *Pediatrics* 122: e149-e155, Juli 2008

Das obstruktive Schlaf-Apnoe-Syndrom ist bei Kleinkindern ein häufiges Problem, meist bedingt durch vergrößerte Adenoide oder Tonsillen. In den letzten Jahren wurde auch immer deutlicher, dass Entzündungsprozesse im Naso-Pharynxraum zu der Symptomatologie beitragen. Hieraus resultierten Therapieversuche mit lokaler Steroidanwendung.

An der Universität von Louisville in Kentucky, USA, wurden 62 Kinder mit polysomnographisch diagnostiziertem milden obstruktiven Schlaf-Apnoe-Syndrom in einer doppelblinden randomisierten placebokontrollierten Cross-Over-Studie mit intranasalem Budesonid (32 µg/Nasengang abends) bzw. Placebo über jeweils 6 Wochen im Cross-Over-Verfahren behandelt, zwischengeschaltet war eine zweiwöchige Auswaschphase. Die Verum-Behandlung mit intranasalem Budesonid führte zur signifikanten Verbesserung diverser polysomnographischer Parameter, z.B. des Obstruktions-Apnoe- bzw. Hypopnoe-Index, des Arousal-Index und der tiefsten Sauerstoffsättigungswerte. Bei den 32 placebobe-handelten Patienten kam es zu einer leichten Verschlechterung des obstruktiven Apnoe-Hypopnoe-Index ohne Verbesserung in an-

deren Bereichen. Nach Beendigung der Studie wurden die Patienten über 8 Wochen verfolgt, in diesem Zeitraum wurde keine Verschlechterung des Schlafes oder der schlafmedizinischen Parameter beobachtet.

Kommentar:

Intranasale Steroide (Budesonid) kann somit bei mildem obstruktiven Schlaf-Apnoe-Syndrom zu einer signifikanten Verbesserung des Schlafes und der Schlafparameter führen, wahrscheinlich durch eine Verkleinerung des adenoiden Gewebes. Eine signifikante Nebenwirkung ist bei dieser Medikation auch nicht zu erwarten, eine Alternative wäre die Adenektomie oder Adenotonsillotomie. Nach dieser Studie wäre zumindest ein Versuch mit intranasalen Corticosteroiden in Fällen von mildem obstruktivem Schlaf-Apnoe-Syndrom vor einer operativen Intervention gerechtfertigt.

(Frank Riedel, Hamburg)

Infection and Sudden Unexpected Death in Infancy

Weber MA et al., *Lancet* 371:1848-1853; Mai 2008

Die Ursache des „Plötzlichen Kindstodes“ im ersten Lebensjahr ist weiterhin nicht bekannt. In Großbritannien werden alle plötzlichen Kindstodfälle gesetzlich von einem pädiatrischen Pathologen obduziert. Im Great Ormond Street Hospital for sick Children in London wurden retrospektiv 546 Obduktionen von an „Plötzlichen Kindstod“ verstorbenen Säuglingen analysiert. 39 Autopsien wurden ausgeschlossen wegen nachweislicher viraler Infektionen, Pneumocystis-Infektionen oder bakterieller sekundärer Besiedelungen nach Wiederbelegung. In den verbleibenden 470 Fällen wurden postmortal bakteriologische Abstriche durchgeführt, lediglich 27% dieser Kulturen waren steril, 32% zeigten eine positive Rein-Kultur, 68% ein gemischtes Wachstum. Signifikant mehr Bakterien mit potentieller Pathogenität wurden von Säuglingen, die am „Plötzlichen Kindstod“ verstorben waren, isoliert im Vergleich zu Kindern, deren Todesursache bekannt, aber nicht infektiöser Ursache war. Wichtige Erreger waren hierbei *Staphylococcus aureus* und *Escherichia coli* in der Gruppe des „Plötzlichen Kindstodes“, ein Zusammenhang mit diesem Ereignis könnte somit diskutiert werden.

Kommentar:

Diese hochinteressante Studie zeigt zwar eine höhere Besiedelung mit Bakterien in der am „Plötzlichen Kindstod“ verstorbenen Gruppe, unklar ist aber der Zeitpunkt der Kolonisation, eine Verunreinigung durch die Wiederbelegung kann nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Ebenso wenig ist aber auch auszuschließen, dass *Staph. aureus* und *E.coli* tatsächlich in einigen Fällen des plötzlichen Kindstodes ursächlich beteiligt sind. In der Zukunft wird man sicher mit molekulargenetischen Methoden noch sensibler nach Bakterien oder anderen Erregern suchen können. Ob man damit die Mysterie des „Plötzlichen Kindstodes“ lösen wird, ist allerdings zu bezweifeln.

(Frank Riedel, Hamburg)

Effect of Long-term Corticosteroid Use on Bone Mineral Density in Children

Kelly HW et al., *Pediatrics* 122: pe53-61, 2008

Systemisch verabreichte Corticosteroide führen langfristig bei Kindern und Erwachsenen zu einer Verminderung der Knochendichte und erhöhen das Frakturrisiko [1]. Cross-sectionale Langzeitstudien bei asthmakranken Kindern, in denen der Einfluss kurzer (über >2,5 Perioden pro Jahr) oraler Gaben und einer inhalativen Corticosteroid-Dauertherapie untersucht wurden, haben zu widersprüchlichen Ergebnissen geführt [2-5]. Die Autoren Kelly et al. haben jetzt in einer prospektiven Studie über mehrere Jahre den Einfluss kurzzeitiger oraler Steroidgaben und einer inhalativen Steroid-Dauertherapie auf die Knochendichte untersucht [6].

Methode: Das Patientenkollektiv (531 Jungen, 346 Mädchen) im Alter zwischen 5 bis 12 Jahren rekrutierte sich aus den Teilnehmern des Childhood Asthma Management Program Trials (CAMP). Alle Studienteilnehmer (84% der ursprünglichen Kohorte) litten unter leichtem bis mäßig ausgeprägtem Asthma. Während der CAMP-Studie erhielten die Studienteilnehmer bei Bedarf nach Protokoll 2 mg/kg Körpergewicht Prednison (max. 60mg) über zwei Tage, danach 1mg/kg (max. 30 mg) über weitere zwei Tage mit der Option über weitere Tage, falls keine Besserung im Peak-Flow beobachtet werden konnte. Bei allen Probanden wurden Knochendichtemessungen durchgeführt und die jährliche Zunahme der Knochendichte in der lumbalen Wirbelsäule gemessen.

Ergebnisse: Die kurzfristige, mehrfache (>5 Perioden) orale Gabe von Corticosteroiden führte über einen mittleren Zeitraum von 7 Jahren bei Jungen, aber nicht bei Mädchen, zu einer dosisabhängigen Reduktion der Knochendichte und einem erhöhten Osteopenie-Risiko. Auch die inhalativen Corticosteroide waren mit einem geringen Rückgang der Knochendichte bei Jungen, nicht aber bei Mädchen assoziiert. Im Mittel können 8,9 Perioden oraler Corticosteroid-Gaben über einen Zeitraum von 7 Jahren bereits zu einer verminderten Knochendichte führen.

Schlussfolgerungen: Mehrfache, kurzzeitige orale Corticosteroid-Gaben kumulieren in ihrer Wirkung über einen längeren Zeitraum und führen bei Kindern zu einer dosisabhängigen Verminderung der Knochenmineralisation und erhöhen das Risiko für eine Osteopenie. Warum die Auswirkungen der gepulsten oralen und inhalativen Steroidtherapie nur bei Jungen nachgewiesen werden konnten, bleibt in der Studie unklar. Auch die inhalativen Corticosteroide wirkten sich, wenn auch schwächer, auf die Knochenentwicklung aus.

Kommentar:

Die Ergebnisse von Kelly et al. entsprechen den von Matsumoto et al. über 4 Jahre an Erwachsenen gewonnenen Daten [6, 7]. Sie überraschen, weil offenbar schon geringe, nur kurzzeitig gegebene orale, aber auch inhalativ applizierte Corticosteroid-Dosen bereits Einfluss auf die Knochenentwicklung nehmen können. Die Knochenentwicklung im Kindes- und Jugendalter ist von entscheidender Bedeutung für das später erreichte Knochenvolu-

men, die Knochendichte und damit auch für das spätere Osteoporose- und Frakturrisiko [8]. Etwa 10–15% der Kinder in Deutschland leiden unter „wheezing“ (Giemen), was zumindest als Surrogat-Marker für eine erhöhte bronchiale Erregbarkeit gelten kann [9]. Diese Kinder müssen als potentielle Empfänger einer oralen oder inhalativen Corticosteroid-Therapie gesehen werden. Insofern ist die von Kelly et al. untersuchte Frage nach dem Einfluss einer kurzzeitigen gepulsten oralen Prednison-Therapie und/oder einer inhalativen Corticosteroid-Therapie auf die Knochenentwicklung wegen der zur Diskussion stehenden Langzeitfolgen, einem erhöhten Fraktur- und Osteoporose-Risiko, nicht trivial. Kelly et al. konnten in ihrer Studie im Gegensatz zu van Staa et al. allerdings keinen Anstieg des Frakturrisikos für die orale und inhalative Steroidtherapie nachweisen [2, 6]. Wir sollten mit Rücksicht auf die vorhandenen Ergebnisse für die tägliche Praxis den Schluss ziehen, nicht mehr orale oder inhalative Corticosteroide zu verordnen als für den Schweregrad der Erkrankung erforderlich ist.

1. Saag, K.G., Glucocorticoid-induced osteoporosis. *Endocrinol Metab Clin North Am*, 2003. 32(1): p. 135-57, vii.
2. van Staa, T.P., et al., Children and the risk of fractures caused by oral corticosteroids. *J Bone Miner Res*, 2003. 18(5): p. 913-8.
3. Harris, M., et al., Bone mineral density in prepubertal asthmatics receiving corticosteroid treatment. *J Paediatr Child Health*, 2001. 37(1): p. 67-71.
4. Jones, G., et al., Asthma, inhaled corticosteroid use, and bone mass in prepubertal children. *J Asthma*, 2000. 37(7): p. 603-11.
5. Ducharme, F.M., et al., Safety profile of frequent short courses of oral glucocorticoids in acute pediatric asthma: impact on bone metabolism, bone density, and adrenal function. *Pediatrics*, 2003. 111(2): p. 376-83.
6. Kelly, H.W., et al., Effect of Long-term corticosteroid use on bone mineral density in children: a prospective longitudinal assessment in the childhood Asthma Management Program (CAMP) study. *Pediatrics*, 2008. 122(1): p. e53-61.
7. Matsumoto, H., et al., Effects of inhaled corticosteroid and short courses of oral corticosteroids on bone mineral density in asthmatic patients: a 4-year longitudinal study. *Chest*, 2001. 120(5): p. 1468-73.
8. Hansen, M.A., et al., Role of peak bone mass and bone loss in postmenopausal osteoporosis: 12 year study. *Bmj*, 1991. 303(6808): p. 961-4.
9. Janson, C., et al., Physician-diagnosed asthma and drug utilization in the European Community Respiratory Health Survey. *Eur Respir J*, 1997. 10(8): p. 1795-802.

(Jürgen Hower, Mühlheim a.d. Ruhr)

Therapie des paranasalen Ekzems

CONSILIUM
INFECTORIUM

Dr. med.
Christina Schnopp

Frage: Die Behandlung des paranasalen Ekzems bei Kindern oder jungen Frauen mit Atopie erweist sich immer wieder als therapeutische „Crux“.

Welche aktuellen Therapieempfehlungen gibt es hierzu?

Antwort:

Paranasale Ekzeme treten vor allem bei älteren Schulkindern und jungen Erwachsenen auf, wobei der Anteil der Frauen überwiegt. Typischerweise besteht eine atopische Diathese, häufig eine Rhinokonjunktivitis allergica saisonalis, in der Regel jedoch keine ausgeprägte Neurodermitis. Es zeigen sich in symmetrischer Anordnung um die Nares unscharf begrenzte, wenig schuppene Erytheme, bei längerem Bestehen sieht man gelegentlich auch feine Teleangiektasien. Aufgrund ihrer Lokalisation sind diese paranasalen Ekzeme kosmetisch sehr störend, meist besteht auch Juckreiz. Die Therapie ist häufig unbefriedigend und langwierig.

Zunächst sollte man versuchen, aggravierende Faktoren zu identifizieren und nach Möglichkeit zu beseitigen. In diesem Zusammenhang spielt die chronische Irritation durch Nasensekrete und entsprechende Putzmaßnahmen insbesondere bei allergischer Rhinitis eine Rolle. Allerdings besteht das paranasale Ekzem meist über viele Monate – auch außerhalb der individuellen Allergiesaison, so dass es sich hier sicher nur um einen von mehreren ätiopathogenetischen Faktoren handelt.

Eine große Zahl von Atopikern sind im Bereich des Naseneingangs mit *Staphylococcus aureus* kolonisiert. Dieser Keim kann sich insbesondere auf ekzematös veränderter Haut paranasal vermehren und so zur Persistenz des Ekzems beitragen. Bei positivem Nachweis sollte daher der antibiogrammgerechte Versuch einer (zumindest

vorübergehenden) Elimination erfolgen. Dazu eignen sich in der Regel Fusidinsäure oder Mupirocin topisch.

Zur symptomatischen Behandlung eignet sich Pimecrolimus-Creme, einmal abends aufgetragen in Kombination mit weicher Zinkpaste oder Zinkcreme (Magistralrezeptur) über Nacht. Da in der Regel eine längere Behandlungsdauer notwendig ist, sind topische Glukokortikosteroide in dieser Lokalisation nicht zu empfehlen.

Für die Patienten, die auf diese Behandlung samt der flankierenden Maßnahmen nicht ansprechen, gibt es wenige erfolgversprechende therapeutische Alternativen. Bei Kindern führt manchmal die konsequente Anwendung von Hautschutzcremes (z.B. Alfason Repair Creme) zum Erfolg, bei Erwachsenen sieht man gelegentlich ein Ansprechen auf die Kombination der oben genannten antiinflammatorischen Behandlung mit Ketoconazol- oder Ciclopiroxolamin-haltigen Cremes.

Literatur bei InfectoPharm

Dr. med. Christina Schnopp
Klinik und Poliklinik für Dermatologie
und Allergologie am Biederstein
Technische Universität München
Biedersteiner Str. 29
80802 München

Das „CONSILIUM INFECTORIUM“ 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.

Präsident Dr. Wolfram Hartmann zur berufspolitischen Situation der Kinder- und Jugendärzte beim 36. Herbst-Seminar-Kongress in Bad Orb

Eine gute Versorgung von Kindern muss auf Dauer gewährleistet werden



Dr. Christoph Kupferschmid

„Wir Kinder- und Jugendärzte wollen wissen, welche Aufgaben uns die Politik in Zukunft im Gesundheitswesen in Deutschland zugesteht. Wo sieht die Politik unsere Aufgabe im ambulanten und stationären Versorgungsbereich und ist sie bereit, die notwendigen Mittel dafür zur Verfügung zu stellen, wenn die Selbstverwaltung das nicht schafft?“

Es ist ein Ärgernis, dass der Präsident des Berufsverbandes der Kinder und Jugendärzte Jahr für Jahr dieselben Fragen und Forderungen stellen muss und dass sich so wenig tut. Die Botschaft ist doch schon lange in der Politik angekommen. Von neuen Morbiditäten, von Kindesmisshandlung- und Vernachlässigung, von den Problemen von Kindern bildungsferner und erziehungsinkompetenter Familien, von den Folgen der Armut und eines Migrationshintergrundes. Die Politik weiß auch, dass Kinder- und Jugendärzte fähig und willens sind, an Lösungen mitzuwirken. Dennoch bedurfte es beispielsweise der drängenden Intervention des BVKJ, damit in die Änderung des § 73 SGBV („Hausarztverträge“) die Möglichkeit eines direkten Zugangs von Kindern und Jugendlichen zu ihren Fachärzten aufgenommen wurde. Gegen alle Vernunft wurden der neuen U7a innerhalb des offiziellen Früherkennungsprogramms all jene Inhalte genommen, die der BVKJ als wesentlich ansieht, um psychosozialen Problemen primär vorzubeugen und beispielweise schwere Sprachentwicklungsstörungen wirklich früh zu erkennen. Das restliche Vorsorgeprogramm wurde unverändert belassen. Eine über 30 Jahre alte „Krankheitsfrüherkennung“ ohne jeden Anteil an primärer Prävention. Ein Präventionsgesetz wird in dieser Legislaturperiode nicht mehr verabschiedet. Chancen vertan!

Wolfram Hartmann stellte für den BVKJ klar, dass verpflichtende Vorsorgeuntersuchungen nur kleine Bausteine innerhalb der gesamtgesellschaftlichen Anstrengungen sind, um jene 150 Kinder zu retten, die jedes Jahr an Misshandlung und Vernachlässigung sterben. Auch um der riesigen Zahl, die bedroht sind, zu einer guten Betreuung und Förderung zu verhelfen. Er weist ferner darauf hin, dass der Gesetzgeber sich Gedanken machen muss, wie jene verpflichtenden Vorsorgen bezahlt werden, zu denen die Kinder aufgrund der Verpflichtung zwar gebracht werden, jedoch außerhalb des GKV Toleranzzeitraumes. Es kann nicht sein, dass die Ärzte einen gesetzlichen Auftrag zu einem Teil honorarfrei erfüllen.

Ärmere bekommen weniger

Als weiteres Ärgernis monierte der Präsident, dass es immer noch Zweiklassenmedizin für Kinder und Jugendliche gibt. Jährliche Vorsorgen gesteht der Gesetzgeber den privat Versicherten zu, er enthält sie aber der großen Zahl der GKV-Versicherten vor. Der BVKJ fordert, dass bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres jeder einen Anspruch hat auf „ärztliche Untersuchungen zur primären Prävention und Früherkennung von Störungen der psychischen und physischen Gesundheit, die ihre Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden“. Zweiklassenmedizin ist auch, wenn die Kinder reicherer Eltern alle rezeptfreien Medikamente von ihren Privatkassen erstattet bekommen, während die ärmeren diese aus eigener Tasche bezahlen müssen.

Neiddebatte mit falschen Zahlen

Es war auch ein Ärgernis für den Präsidenten, dass Politiker mit der Behauptung, die Ärzte hätten im Durchschnitt ein zu versteuerndes Einkommen von 120.000 € im Jahr, in der Bevölkerung eine Neiddebatte anheizen. Tatsächlich bezahlen Kinder und Jugendärzte Steuern, Versicherungen, Zinsen und Tilgung ihrer Praxiseinrichtung aus durchschnittlich 70.600 € im Jahr. Das sind pro Monat knapp 5.900 €. Dass diese Summe wenig attraktiv ist, zeigen unsere Nachwuchsprobleme, insbesondere in dünner besiedelten Regionen.

Hartmann verwies darauf, dass jene 2,5 Milliarden Euro, die für die ambulante vertragsärztliche Versorgung zur Verfügung gestellt werden sollen, nur scheinbar eine große Summe sind. Ob das Geld angesichts der staatlichen Rettungsaktionen für das marode Bankwesen am Ende wirklich im Haushalt freigegeben wird, bleibt abzuwarten. Man muss dabei berücksichtigen, dass im ambulanten Versorgungsbereich seit Jahren etwa 30 % aller Leistungen nicht vergütet werden. Der jetzige Beschluss gleicht diese Unterfinanzierung auch nicht annähernd aus. Die Arzthonorare der Pädiater waren zudem über Jahre hin falsch kalkuliert. Denn die Studie der Praxis-

kosten, die der Bewertungsausschuss auf Druck des Bundesministeriums für Gesundheit in Auftrag gegeben hat, zeigt, dass die Kosten in den hausärztlichen pädiatrischen Praxen um etwa 10% höher sind als bisher angenommen. In den vorwiegend fachärztlich tätigen sogar um 20%.

Die gleichen Leistungen für GKV-Patienten werden in den einzelnen Regionen trotz eines einheitlichen Beitragssatzes für alle Krankenkassen weiterhin unterschiedlich vergütet, monierte Wolfram Hartmann. Das gibt es weder im Arzneimittelbereich noch im Krankenhaus. Entgegen den ursprünglichen Versprechungen erhalten die Kolleginnen und Kollegen in den neuen Bundesländern auch 2009 nicht das volle Honorar, sondern nur 95%. Der BVKJ fordert ein gleiches Honorar für alle Leistungen, egal wo sie erbracht werden.

Neben den finanziellen Problemen in der ambulanten Versorgung sieht der BVKJ auch große Probleme im klinischen Sektor. Die zugesagten 3 Milliarden Euro werden kaum ausreichen, um die bestehenden Defizite und die gestiegenen Kosten zu decken. Besonders die Schwerpunktambulanzen in den Kinderkliniken sind massiv unterfinanziert und stehen, wenn nicht umgehend etwas geschieht, am Ende des Jahres vor dem Aus.

Hartmann fürchtete, dass die Bürokratiekosten durch den Gesundheitsfonds und durch die individuelle Verwaltung fälliger Zusatzbeiträge von 51 Millionen Krankenversicherter kräftig ansteigen werden. Zusatzbeiträge, die den Konkurs von Kassen abwenden müssen, wenn die Beiträge 2009 nicht ausreichen.

Der Verband ist geschlossen und gerüstet

Wo bleibt das Positive? Auf allen berufspolitischen Veranstaltungen während des Kongresses war zu sehen und zu spüren, dass der Vorstand und die Mitglieder des BVKJ die Einschätzungen und die Forderungen ihres Präsidenten ohne Einschränkungen teilten. Der Verband ist an Mitgliedern stark gewachsen. Auch viele Allgemeinmediziner haben neuerdings Aufnahmeanträge gestellt. Er ist finanziell gesund und die Mitglieder wären notfalls bereit, einen höheren Beitrag zu bezahlen. Sie wissen, dass der BVKJ das Geld zum Nutzen der Pädiater und zum Nutzen der Kinder und Jugendlichen in Deutschland einsetzt.

Das Wichtigste ist vielleicht, dass die Mitglieder bereit waren, die politischen Forderungen des Präsidenten nach einer qualifizierten Betreuung von Kindern und Jugendlichen durch Qualität in den Praxen mitzutragen. Pädiater sind die fortbildungsfreudigste Arztgruppe. Passend zum Thema des 36. Herbst-Seminar-Kongresses: „Sehen Hören Fühlen“ formulierte der Medizinjournalist Raimund Schmid Prinzipien der politischen Verbandsarbeit: „Hinsehen, zuhören und ein Gefühl für die richtige politische Strategie entwickeln“. Da auch die Sprache ein Kernthema des Kongresses war, wäre dem hinzuzufügen: „Die Stimme erheben, mahnen, warnen und auch ermutigen, neue Wege zu gehen“.

Delegiertenversammlung 11. und 12. Oktober 2008 in Bad Orb

Wieder gab es strahlendes Herbstwetter als sich die Delegierten auf die themenschwere Tagesordnung konzentrieren mussten und manch sehnsüchtiger Blick ging zwischendurch nach draußen in den Bad Orber Indian Summer.

Die Sitzung wurde von Dr. Martin Bolay, Münster, und Dipl.-Med. Jens-Uwe Köhler, Erkner, souverän geleitet. Zur Versammlungsleiterin für die Delegiertenversammlung 2009 wurde Frau Dr. Sylvia Schuster, Düsseldorf, gewählt.

Der Bericht des Präsidenten Dr. Wolfram Hartmann zeigte eindrucksvoll die große Spannweite der Arbeit des BVKJ, die sich wahrlich nicht nur auf die unerfreuliche Auseinandersetzung mit dem Hausärzterverband konzentrierte. Die gesundheitspolitische Szene ist in rasante Bewegung geraten und der Präsident musste häufig kurzfristig auf den verschiedenen Ebenen präsent sein. Dem Verband ist es gelungen, zum wichtigsten Ansprechpartner bei Fragen der Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu werden. Darauf können wir stolz sein. In diesem Zusammenhang stimmten die Delegierten einen Antrag für ein schriftliches Umlaufverfahren zu, dass ihnen eine Abstimmung für Eilentscheidungen auch außerhalb der jährlichen Delegiertenversammlung ermöglicht.

Die Aktivitäten des nun seit einem Jahr tätigen Vize-Präsidenten Prof. Ronald-G. Schmid, Altötting, zeigen erste Früchte. Die Zahl der Assistentinnen und Assistenten unter unseren Mitgliedern ist deutlich angestiegen und markieren ein Trend zur besseren Wahrnehmung des BVKJ in den Kliniken. Ein Chefärztetreffen und ein Assistentenkongress im Jahre 2009 sollen dazu beitragen, den BVKJ als Vertretung aller Kinder- und Jugendärzte und -ärztinnen in Praxis, Klinik und ÖGD zu sehen.

Position der Kinder- und Jugendärzte in der hausärztlichen Versorgungsebene

Die inzwischen ausreichend bekannte Auseinandersetzung mit dem Hausärzterverband über die Frage der Versorgung von Kindern und Jugendlichen musste auch auf der Delegiertenversammlung thematisiert werden. Es ging wie 1996 um eine Richtungsentscheidung. 1996 hatte sich der damalige Vorstand mit Rückendeckung der Delegiertenversammlung für die Zuordnung der Kinder- und Jugendärzte zur hausärztlichen Versorgungsebene entschieden. Eine Klärung der unterschiedlichen Aufgabenbereiche innerhalb der hausärztlichen Versorgungsebene konnte über die Jahre hinweg zwischen Pädiatern und Allgemeinärzten nicht zufriedenstellend gelöst werden. Da die Allgemeinärzte zuletzt mit dem Schlagwort, Familienarzt für die ganze Familie zu sein, faktisch die Pädiater aus der hausärztlichen Versorgung zu verdrän-

gen begannen, musste der BVKJ eine klare Positionierung der Kinder- und Jugendärzte innerhalb der hausärztlichen Versorgungsebene finden.

Dazu legte der Vorstand der Delegiertenversammlung ein Positionspapier vor.

Grundsätzlich wird darin festgestellt, dass die Regelversorgung von Kindern und Jugendlichen durch Kinder- und Jugendärzte erfolgt. Dieser Grundsatz wird weder von den Kassen noch von der Politik infrage gestellt, da er die Allgemeinärzte auf der hausärztlichen Versorgungsebene nicht ausschließt. Die differenzierte Behandlung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen erfordert weiterhin eine abgeschlossene Weiterbildung in Kinder- und Jugendmedizin. Mit der Definition pädiatrischer Kernkompetenzen wird es gelingen die Versorgung von Kindern und Jugendlichen auch im hausärztlichen Bereich nicht zu verwässern. Um dieses Ziel zu erreichen, strebt der BVKJ unverändert eigene Verträge mit den Krankenkassen an.

Auch in den Hausarztverträgen nach Paragraph 73 b muss die besondere Qualifikation von Kinder- und Jugendärzten für die Versorgung pädiatrischer Patienten gewährleistet sein. Dies kann zum Beispiel durch sogenannte Add-on Leistungen für besondere pädiatrische Aufgabenbereiche erreicht werden. Es muss aber auch in den Hausarztverträgen Versorgungsbereiche geben, für die eine abgeschlossene pädiatrische Weiterbildung Voraussetzung ist.

Alle Teilnehmer an diesen Verträgen, Pädiater und Allgemeinärzte, müssen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen

- einen Mindeststandard an kindgerechter Praxisausstattung vorhalten
- Impfungen gemäß den aktuellen Beschlüssen des G-BA durchführen und
- das gesamte soziale Umfeld eines Kindes durch Zusammenarbeit mit ÖGD, Kinder- und Jugendhilfe, Kindergärten und Schulen in ein Therapiekonzept mit einbeziehen.

Nach lebhafter Diskussion wurde das Positionspapier des Vorstandes einstimmig angenommen.

Über Finanzen

Auf der Delegiertenversammlung wurde auch über Geld gesprochen und abgestimmt.

Die Reisetätigkeit ist durch die neue Vertragslandschaft deutlich gestiegen und hat insbesondere in den Landesverbänden zu einer massiven Belastung der dort berufspolitisch tätigen Kolleginnen und Kollegen geführt. Eine Anpassung nicht nur der Praxisfehlzeiten sondern auch der sogenannten „Familienfehlzeiten“ wurde beschlossen. Die Früchte dieser Arbeit können alle Mitglieder im Rahmen der vom BVKJ abgeschlossenen Verträge genießen, sodass eine leise angekündigte Anhebung der Mitgliederbeiträge ab dem Jahr 2010 hoffentlich nicht auf allzu viel Widerstand stoßen wird.

Netiquette für PädInform

Um einen Wildwuchs in unserem eminent wichtigen Kommunikationsmedium Pädinform zu vermeiden, er-

hielt der Vorstand den Auftrag, Regelungen für die Moderation auszuarbeiten. Dies ist ein schwieriges Unterfangen, da sich die Moderatoren sehr schnell den Vorwurf der Zensur einhandeln können.

Die Delegierten gaben sich alle Mühe, nach Abarbeitung einer großen Zahl weiterer Tagesordnungspunkte, die Versammlung pünktlich zu einem guten Ende zu bringen. Bis zur festlichen Eröffnung des 36. Herbst-Seminar-Kongresses am Abend war ihnen nur eine kurze Verschnaufpause gegönnt. Über die Eröffnungsfeier und den Kongress selbst werden wir in der nächsten Ausgabe des Kinder- und Jugendarztes berichten.

Natürlich wird Bad Orb auch im Jahre 2009 Tagungs-ort sein, natürlich wird es wieder strahlendes Herbstwetter geben und das Schlurfen durch das Herbstlaub Kinderträume in uns wecken ...

Wolfgang Gempff

Alles in Euro, oder?

Ein Versuch, die neue Honorarwelt zu verstehen

Wer glaubte, ab 1. Januar 2009 beginne eine Ära ohne jegliches Budget, sieht sich getäuscht. Und wer glaubte, ab 1. Januar 2009 gehe das Morbiditätsrisiko endlich auf die Kassen über, wird ebenfalls enttäuscht sein, es sei denn, er hoffte auf in Deutschland ziemlich unbekannte Naturkatastrophen oder Epidemien.

Das neue Budget heißt **arztindividuelles Regelleistungsvolumen**.

Zuerst muss aus der in mehreren komplizierten Rechenschritten ermittelten Gesamtvergütung der **morbiditätsbedingte Leistungsbedarf** in Form von Punktzahlen pro Arzt als **arztgruppenspezifischen Fallwert** errechnet werden. Er bestimmt im Wesentlichen das **Regelleistungsvolumen (RLV)**.

Das **arztindividuelle Regelleistungsvolumen** errechnet sich aus der jeweiligen **Patientenzahl des Vorjahresquartals** multipliziert mit der nach sachlicher Richtigstellung angeforderten **arztgruppenspezifischen Fallwert mal 3,5058 Cent**. Als Beispiel: arztgruppenspezifischen Fallwert 40 EUR. Bei 1000 Fällen im Vorjahresquartal ergibt sich ein Regelleistungsvolumen von 40.000 EUR im laufenden Quartal. Nur die kurativ-ambulanten Behandlungsfälle sind für das RLV relevant, Notdienstfälle zählen nicht dazu.

Und jetzt kommt das Fallbeil für Praxen mit überdurchschnittlicher Fallzahlen: Feste Preise werden nur bis zu einer Grenze von 150 % der **durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe** gezahlt, von 150–170 % erfolgt eine Abstufung um 25 % von 170–200 % eine Abstufung von 50 % und bei über 200 % Überschreitung wird um 75 % abgestuft.

Bei der Bemessung des Regelleistungsvolumen wird das Alter der Patienten berücksichtigt und in drei Altersklassen aufgeteilt: Patienten bis zum vollendeten fünften Lebensjahr, Patienten zwischen fünf und 59 Jahren und

Patienten, die über 60 Jahre alt sind. Und damit wird es kompliziert, denn jetzt wird es, je nach Altersstruktur der Patienten, für Ärzte einer Fachgruppe unterschiedliche Regelleistungsvolumina geben.

Ein Antrag auf Erhöhung des individuellen RLV ist im Falle von Krankheit und anderen Unwegsamkeiten möglich.

Eine ganze Reihe von Leistungen fällt nicht in den begrenzten morbiditätsorientierten Leistungsbedarf. Für Pädiater wichtig ist die **Herausnahme der Früherkennungsuntersuchungen** einschließlich der neuen U7a, aber auch der Vergütung für Verträge nach Paragraph 73 b und c, der DMP-Verträge und der Verträge zur integrierten Versorgung. Wie hoch der sogenannte **Präventionspunktwert** sein wird, ist zurzeit noch unklar. Da in einigen KVen der Punktwert für extrabudgetäre Leistungen deutlich höher liegt, als der gesetzlich vorgegebene Orientierungspunktwert von 3,5 Cent, kann ein massiver Einnahmeverlust, gerade bei den Präventionsleistung der Pädiater, nur durch eine Erhöhung der Punktzahl der infrage kommenden präventiven Leistungen erreicht werden.

Wenn Ihnen dann **Ende November Ihr persönliches arztindividuelles Regelleistungsvolumen** von der KV mitgeteilt wird, dann wissen Sie auf den Euro genau, wie viel Sie im 1. Quartal 2009 höchstens von der KV erwarten können, in Euro und nicht in Punkten. Hinzu kommen dann noch die extrabudgetierten Leistungen.

Ich bin aber sicher, dass Ihnen auch auf Nachfrage keiner wird erklären können, wie Ihr Regelleistungsvolumen zu Stande gekommen ist. Ein Trost für die allermeisten, die bisherige Abrechnung war auch schon ein Buch mit sieben Siegeln. Bei der neuen Honorarwelt kommen selbst die ausgebufften Honorarausschussfreaks ins Grübeln.

Wolfgang Gempp

Politik bestätigt die besondere Qualifikation von Kinder- und Jugendärzten und beschließt für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen eine Sonderregelung

Obwohl der Deutsche Bundestag mit seinem Beschluss vom 17.10.2008 gegen den Widerstand vieler Ärzteverbände und ärztlichen Körperschaften dem Hausärzteverband quasi ein Monopol zum Abschluss von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V eingeräumt hat, ist der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) erleichtert, dass der Gesetzgeber für Kinder und Jugendliche eine Sonderregelung getroffen hat.

Dr. Wolfram Hartmann, Präsident des BVKJ, zeigte sich zufrieden, dass der Gesetzgeber auf Intervention des BVKJ festgelegt hat, die direkte Inanspruchnahme eines Kinder- und Jugendarztes auch weiterhin zu zulassen, auch wenn Kinder und Jugendliche bei einem Allgemeinarzt eingeschrieben sind. Außerdem müssen beim Abschluss von Verträgen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen auch andere Anbieter als der Hausärzteverband von den Krankenkassen berücksichtigt wer-

den. Hier ist der BVKJ aufgrund seines Organisationsgrades von 95 % aller ambulant tätigen Pädiater erster Ansprechpartner der Krankenkassen.

Weiterhin hat der Gesetzgeber die im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung grundsätzlich bestehende Verpflichtung zur Inanspruchnahme nur eines Hausarztes für versicherte Kinder und Jugendliche aufgehoben. Damit können Kinder und Jugendliche im Einzelfall den für die Behandlung besonders qualifizierten Kinder- und Jugendarzt ohne Überweisung in Anspruch nehmen.

Der BVKJ begrüßt diese eindeutige politische Stellungnahme insbesondere vor dem Hintergrund der zunehmenden Versuche des Hausärzteverbands, die Grundversorgung der Kinder und Jugendlichen durch den ausschließlich allgemeinmedizinisch ausgebildeten Hausarzt zu übernehmen.

ge

Hörscreening für Neugeborene wird GKV-Leistung

Ab 1. Januar 2009 wird das Hörscreening für Neugeborene in die Kinderrichtlinien aufgenommen. Damit haben alle Neugeborenen einen Anspruch auf die Teilnahme am Neugeborenen-Hörscreening.



Dr. Wolfgang Gempff

Die Verantwortung für die Durchführung des Neugeborenen-Hörscreening liegt bei Geburt im Krankenhaus bei den für die geburtsmedizinische Einrichtung verantwortlichen Ärzten oder Ärztinnen. Bei Geburt außerhalb des Krankenhauses trägt die Hebamme oder der Arzt, der die Geburt geleitet hat, die Verantwortung für die Veranlassung der Untersuchung.

Bei im Krankenhaus geborenen Kindern erfolgt das Hörscreening vor der Entlassung und soll bis zum dritten Lebensstag durchgeführt werden. Für Frühgeborene, kranke oder mehrfachbehinderte Kinder sind zeitliche Ausnahmen zugelassen. Bei Geburt außerhalb des Krankenhauses oder dort nicht erfolgter Untersuchung, findet das Hörscreening spätestens im Rahmen der U2 statt.

Zugelassene Untersuchungsmethoden sind die transitorischen evozierten otoakustischen Emissionen (TEOAE) und/oder die Hirnstammaudiometrie (AABR), wenn sie „den einschlägigen technischen Anforderungen genügen“. Eine Gewährleistungsgarantie des Herstellers muss vorliegen.

Ein auffälliges Testergebnis der Erstuntersuchung mittels TEOAE oder AABR soll möglichst am selben Tag, spätestens bis zur U2 durch eine AABR kontrolliert werden. Falls in der Geburtsklinik ausnahmsweise nach auffälliger Erstuntersuchung keine Kontroll-AABR bis zur U2 durchgeführt wurde, wird die AABR bis spätestens zur U3 von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärzten für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten oder Fachärzten für Sprach- Stimmen- und kindliche Hörstörungen vorgenommen, „soweit sie berufsrechtlich dazu berechtigt sind“. Jeder auffällige Kontroll-AABR muss die umfassende pädaudiologische Konfirmationsdiagnostik bis zur 12. Lebenswoche folgen.

Viele Kinder- und Jugendärzte werden die Investitionen für die entsprechenden Geräte scheuen, zumal die Hauptverantwortung für die Erstuntersuchung und die Kontrolluntersuchung auffälliger Kindern beim Krankenhaus liegt. Als Qualitätsziele wird im Beschluss (§ 8) gefordert, dass mindestens 95 % der in der Erstuntersuchung auffälligen Kinder **vor der Entlassung**

Vor der Seite „U3“ wird folgende Seite eingefügt:

Dokumentation zur Früherkennungsuntersuchung von Hörstörungen bei Neugeborenen (Neugeborenen-Hörscreening)

Durchführung der Untersuchung nach Aufklärung von den Eltern oder Personensorgeberechtigten abgelehnt am:	Unterschrift des Personensorgeberechtigten	Stempel/Unterschrift des Arztes																
Erstuntersuchung mittels TEOAE oder AABR, in der Regel in den ersten 3 Lebenstagen durchgeführt am: <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align:center;">beidseitig unauffällig</td> <td style="text-align:center;">auffällig</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TEOAE</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;">rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>oder</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>AABR</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;">rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:right;">Stempel/Unterschrift</td> </tr> </table>		beidseitig unauffällig	auffällig		TEOAE	<input type="checkbox"/>	rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/>		oder				AABR	<input type="checkbox"/>	rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/>	Stempel/Unterschrift		
	beidseitig unauffällig	auffällig																
TEOAE	<input type="checkbox"/>	rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/>																
oder																		
AABR	<input type="checkbox"/>	rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/>	Stempel/Unterschrift															
Kontroll-AABR bei auffälliger Erstuntersuchung, in der Regel bis U2 durchgeführt am: <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align:center;">beidseitig unauffällig</td> <td style="text-align:center;">auffällig</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AABR</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;">rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:right;">Stempel/Unterschrift</td> </tr> </table>		beidseitig unauffällig	auffällig		AABR	<input type="checkbox"/>	rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/>	Stempel/Unterschrift										
	beidseitig unauffällig	auffällig																
AABR	<input type="checkbox"/>	rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/>	Stempel/Unterschrift															
Pädaudiologische Diagnostik bei auffälliger Kontroll-AABR veranlasst am: 		Stempel/Unterschrift																
Ergebnisse der pädaudiologischen Diagnostik , in der Regel bis zur 12. Lebenswoche durchgeführt am: <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align:center;">unauffällig</td> <td style="text-align:center;">auffällig</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ergebnis: rechts</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ergebnis: links</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:right;">Stempel/Unterschrift</td> </tr> </table>		unauffällig	auffällig		Ergebnis: rechts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Ergebnis: links	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stempel/Unterschrift						
	unauffällig	auffällig																
Ergebnis: rechts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
Ergebnis: links	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stempel/Unterschrift															
Untersuchungsergebnisse und ggfs. erforderliche Therapie mit den Eltern oder Personensorgeberechtigten besprochen am: 		Stempel/Unterschrift																



aus der Klinik eine Kontroll-AABR erhalten haben sollen.

Eine wichtige Rolle kommt den Kinder- und Jugendärzten aber beim so genannten Tracking zu, da sie sich bei der U3, U4 und U5 zu vergewissern haben, dass das Hör-screening durchgeführt und dokumentiert wurde. Falls keine Dokumentation vorliegt, muss die Untersuchung veranlasst und das Ergebnis im Gelben Heft vermerkt werden. Dem Gelben Heft wird vor der Seite der U3 ein neuer Dokumentationsbogen eingefügt. Zusätzlich zum Dokumentationsbogen müssen die „Leistungserbringer“ des Neugeborenen-Hörscreenings ab 1. Januar 2009 einmal im Kalenderjahr eine Sammelstatistik erstellen, „die den für die Evaluation bestimmten Stellen“ zur Verfügung gestellt werden muss. Der G-BA hat auch eine Elterninformation herausgegeben, die dem Beschluss als Anlage beigelegt ist.

Obwohl das Neugeborenen-Hörscreening nun ab 1.1.2009 eine gesetzliche Leistung der GKV ist und die Patienten damit einen Rechtsanspruch haben, wollen die Kassen hierfür keine zusätzlichen Mittel bereitstellen, wie sie es noch im Sommer für die neue U7a und das Haut-screening getan haben. Die KBV hat daraufhin die Verhandlungen mit den Kassen abgebrochen und es wird keine EBM-Abrechnungsziffer geben. Kinder- und Jugendärzte können die Leistung weiterhin nach GOÄ als IGeLeistung anbieten, sofern sie die technischen Voraussetzungen des Screenings erfüllen.

*Der Beschluss des G-BA ist im Internet nachzulesen unter:
<http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/681/>*

Wolfgang Gempp

Betriebswirtschaftliche Beratung für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

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

Der Countdown läuft

Wird das Geld im Gesundheitsfonds reichen?

Am 1. Oktober trat der Schätzerkreis beim Bundesversicherungsamt zusammen. Er besteht aus Experten des Bundesgesundheitsministeriums, des GKV-Spitzenverbandes und des Bundesversicherungsamtes (BVA), welches als Entscheidungsgrundlage verschiedene Simulationsrechnungen aus den Daten von mehr als drei Millionen Versicherten der GKV lieferte. Die Experten „schätzen“ den vermuteten Finanzbedarf des Gesundheitsfonds für das kommende Jahr.

Die Einnahmen der GKV sind normalerweise recht gut vorhersagbar. Unsicherheitsfaktor ist hier nur die gesamtwirtschaftliche Entwicklung, die allerdings durch die weltweite Finanzkrise kaum noch einzuschätzen ist. Eine Prognose für die GKV-Ausgaben ist deutlich schwieriger. Nur eins ist sicher: sie werden weiter steigen. So im ersten Halbjahr 2008 um 5,7 %, damit wird in diesem Jahr die Marke von 160 Milliarden EUR fast erreicht.

Die Krankenkassen bekommen dann ihre Geldzuweisungen monatlich nach Alter, Geschlecht und Sozialstatus zugeteilt. Zuschläge erhalten sie aufgrund des Morbi-RSA auf die Grundpauschale je nach der Morbidität ihrer Mitglieder.

Krankenkassen, die mit diesem Geld nicht auskommen, müssen Zusatzbeiträge erheben, Überschüsse können als Prämien an ihre Mitglieder ausgezahlt werden.

Eine Kontrolle der Mittelzuweisungen des BVA durch die Krankenkassen ist nur durch eine eigene, schnelle und zuverlässige Datenerhebung möglich. Krankenkassen, die ihre Arzneimittel und Krankenhauskosten erst dann angeben können, wenn Apotheker oder Krankenhäuser mit ihnen abgerechnet haben, erhalten RSA-Zuschläge, die zunächst als Abschlagzahlungen erfolgen, deutlich später und sie müssen zuviel bezahltes Geld zurückerzahlen.

Besonders wichtig sind die Arzneimitteldaten, da sie für das Merkmal „chronische und schwerwiegende Erkrankungen“ im Risikostrukturausgleich herangezogen werden. Damit kommt dem Management der Arzneimittelversorgung eine Schlüsselrolle zu. Das erklärt auch den Aufwand, den zum Beispiel die AOK Baden-Württemberg für das Online-Praxissystem in ihrem Hausärztervertrag betreibt.

Am 7. Oktober wurde nun ein einheitlicher Beitragssatz von 15,5 % vom Bundeskabinett beschlossen und trat dann, nachdem den Abgeordneten des Deutschen Bundestag drei Wochen Zeit zu einer Stellungnahme gegeben wird, als Rechtsverordnung am 29. Oktober in Kraft.

Die Kassen haben mit allen Mitteln um einen möglichst hohen Beitragssatz (15,8 %) gekämpft und verloren. Aber auch eine Erhöhung der Krankenkassenbeiträge um durchschnittlich 0,6 % ist den Beitragszahlern und zukünftigen Wählern schwer zu vermitteln, auch wenn die Erhöhung durch die Senkung des Arbeitslosenbeitrags etwas abgefedert wurde.

Hat das Bundeskabinett den Beitragsbedarf aus „übergeordneten politischen Gründen“ zu niedrig angesetzt, zahlen letztlich die GKV-Versicherten die Rechnung. Die Kassen werden von ihren Versicherten Zusatzbeiträge zum Ausgleich ihrer Defizite einziehen müssen. Da die Kassenmitglieder ein außerordentliches Kündigungsrecht mit Monatsfrist haben, falls ihre Kasse einen Zusatzbeitrag erhebt, haben die Kassen, die als erstes wackeln, schon verloren. Eine Korrektur des Beitragssatzes ist frühestens in zwei Jahren möglich, denn erst wenn die Fondszuweisungen über zwei Jahre weniger als 95 % der benötigten Kosten deckt, muss die Bundesregierung einen höheren Beitragssatz festlegen.

ge/äz/gid

Zentraler Vertreternachweis des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:

eine
Vertretung

einen
Weiterbildungsassistenten

einen
Nachfolger

einen
Partner

oder suchen Sie als angehender oder ausgebildeter Pädiater:

eine Vertretungsmöglichkeit

eine Weiterbildungsstelle

eine Praxis/Gemeinschaftspraxis
bzw. ein Jobsharingangebot

dann wenden Sie sich bitte an die

Geschäftsstelle des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.,
Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Telefon (02 21) 6 89 09 10-23, Telefax 02 21 / 68 32 04
E-Mail: bvkJ.buero@uminfo.de

Serie:
**Aus der
 Sprechstunde**

Einmal im Monat haben BVKJ-Mitglieder Gelegenheit, sich in juristischen Fragen von dem Düsseldorfer Fachanwalt für Medizinrecht, Gerrit Tigges, beraten zu lassen. Der Jurist gehört zur Anwaltskanzlei Möller und Partner. Möller und Partner arbeiten als Justitiare des BVKJ. Wir veröffentlichen in loser Folge die interessantesten Fragen und Antworten aus der Telefonsprechstunde.



Gerrit Tigges

Ich habe ein Arbeitsverhältnis mit einer Arzthelferin, das bereits zum zweiten Mal bis zum Ende des Jahres befristet ist. Die Helferin ist dann zwei Jahre bei mir beschäftigt. Kann ich der Helferin ein weiteres Mal eine befristete Vertragsverlängerung anbieten?

Im Rahmen des Abschlusses befristeter Arbeitsverhältnisse ist zu unterscheiden zwischen einer Befristung mit sachlichem Grund bzw. ohne sachlichen Grund.

Ein sachlicher Grund für eine Befristung liegt unter anderem vor, wenn der Bedarf einer Arbeitsleistung nur vorübergehend besteht, die Beschäftigung zur Vertretung eines anderen Arbeitnehmers (etwa Urlaubs- und Krankheitsvertretung) erfolgt, die Eigenart der Arbeitsleistung die Befristung rechtfertigt oder die Befristung zur Erprobung er-

folgt. Ein Arbeitsverhältnis kann daher bei jeweiligem Bestehen eines sachlichen Grundes nahezu beliebig befristet werden.

Liegt ein sachlicher Grund für eine Befristung nicht vor, ist eine kalendermäßige Befristung bis zur Dauer von zwei Jahren zulässig. Beschränkt auf diese Gesamtdauer von zwei Jahren ist auch die höchstens dreimalige Verlängerung eines kalendermäßig befristeten Arbeitsverhältnisses zulässig. Ein befristetes Arbeitsverhältnis kann auch ohne Sachgrund im Anschluss an ein Ausbildungsverhältnis abgeschlossen werden, da das Ausbildungsverhältnis kein Arbeitsverhältnis im Sinne des Teilzeit- und Befristungsgesetzes (TzBfG) darstellt. Demgegenüber ist es nicht möglich, nach einer sachlich nicht begründeten Befristung eines Arbeitsverhältnisses erneut ein befristetes Arbeitsverhältnis

ohne sachlichen Grund abzuschließen.

Ist daher, wie im geschilderten Fall, eine zweimalige Befristung des Arbeitsverhältnisses bei einer Gesamtdauer von zwei Jahren erfolgt, ist eine nochmalige Befristung des sich anschließenden Arbeitsverhältnisses ohne sachlichen Grund nicht mehr möglich. Die nochmalige Befristung wäre nur dann möglich, wenn die Gesamtdauer des Arbeitsverhältnisses den Zeitraum von zwei Jahren noch nicht erreicht hätte.

Allgemein ist noch darauf hinzuweisen, dass jede Befristung eines Arbeitsverhältnisses der Schriftform bedarf. Die Befristungsabrede muss vor Vertragsbeginn getroffen werden. Ist eine Befristung unwirksam oder wird das Arbeitsverhältnis auch über das Fristende hinaus fortgesetzt, gilt das Arbeitsverhältnis als unbefristet.

Red: ReH



bvkj.

Berufsverband der
 Kinder- und Jugendärzte e.V.

Wahlaufruf für den Landesverband Berlin

Termingerecht findet vom **24.11.2008** bis **15.12.2008** die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Delegierten, der Ersatzdelegierten, der Beisitzer sowie des Schatzmeisters statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum **15.12.2008** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Dr. med. Elke Jäger-Roman, Berlin
 Landesverbandsvorsitzende

Reha-Sport für Kinder

Reha-Sport für Kinder ist ein gezieltes und regelmäßiges Bewegungsangebot von entsprechend qualifizierten Turn- und Sportvereinen für Kinder mit motorischen Teilleistungsschwächen und Koordinationsproblemen. Die Möglichkeit ist in § 43 Satz 1 SGB V in Zusammenhang mit § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX gesetzlich vorgegeben. Die Durchführung und Finanzierung erfolgt auf der Grundlage von „Rahmenvereinbarungen über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining“.

Ängstlichkeiten abbauen

Durch den Reha-Sport wird das Ziel verfolgt, behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder auf Dauer an regelmäßige körperliche Aktivität heranzuführen, Sportängstlichkeit und Bewegungsdefizite abzubauen und dadurch auch das Selbstvertrauen zu stärken. Das Kind mit seinen Fähigkeiten und Bedürfnissen steht im Mittelpunkt der Fördermaßnahme. Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit und die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung sind medizinisches und pädagogisches Anliegen des Reha-Sports für Kinder.

Inhalte und Ziele

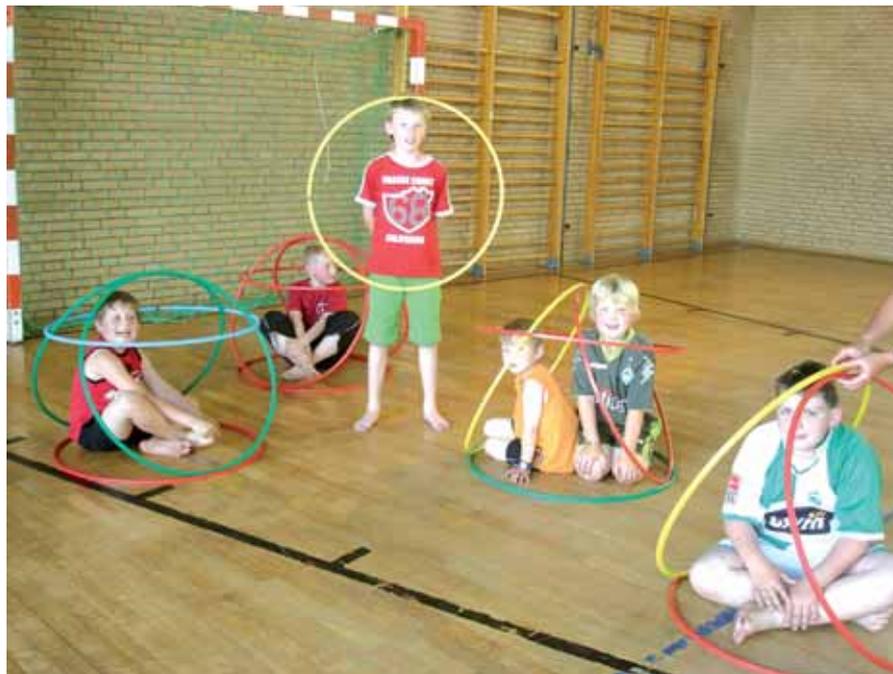
- Im motorischen Bereich wird mit entsprechenden Spiel-, Übungs- und Trainingsformen, die Koordinationsdefizite reduziert und Haltungsschwächen ausgeglichen. Es werden Anregungen für dauerhafte spielerische und sportliche Aktivität geboten und es sollen Wege zur Teilnahme an geeigneten Regel-Sportgruppen geebnet werden.
- Im psychisch-emotionalen Bereich wird die Bewegungsfreude der Kinder geweckt und erhalten. Durch motorische Erfolgserlebnisse können Hemmungen und Ängste abgebaut werden und das Selbstvertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit gestärkt werden.
- Im sozialen Bereich wird durch Partner- und Gruppenübungen soziale Verhaltensweisen eingeübt oder unterstützt. Dadurch werden die Chancen für eine Integration des Kindes in Gruppen, wie auch in der Schulklasse vergrößert.

Somit können u.a. Kinder mit folgenden Diagnosen vom Reha-Sport profitieren:

- Haltungsschwäche
- Grobmotorischen Teilleistungsschwäche und -störung, Gleichgewichtsstörung
- Entwicklungsverzögerung und Wahrnehmungsstörung
- Übergewicht und Adipositas
- Verhaltensstörung, AD(H)S

Sportvereine als Anbieter

Reha-Sport für Kinder ist in der Regel ein Bewegungsangebot von Sportvereinen. Zuständig für die praktische Durchführung sind speziell ausgebildete Fachkräfte. Eine Lizenz „Gesundheitsförderung für Kinder“ ist hierfür Voraussetzung. Die kleine Gruppenstärke erlaubt eine individuelle Förderung des einzelnen Kindes.



Kostenübernahme durch die Krankenkassen

Die Maßnahme wird als Rehabilitationssport für Kinder von den gesetzlichen Krankenkassen als Leistung übernommen und ist für die Eltern kostenlos. Die Verordnung erfolgt mittels des Musters 56 „Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport“. Die Verordnung wird in der Regel bei o.g. Diagnosen genehmigt. Die Kostenübernahme erfolgt für 50 Therapieeinheiten über einen Zeitraum von maximal 18 Monaten. Für Kinder mit Auffälligkeiten, die eine Verordnung von Ergotherapie oder Krankengymnastik noch nicht oder nicht mehr erforderlich machen, bietet der Reha-Sport für Kinder eine weitere niederschwelligere Förderungsmöglichkeit. Da diese Verordnungen nicht dem Heilmittelbudget zugerechnet werden, hat man die Möglichkeit, ein Förderangebot für das Kind anzubieten, ohne Probleme mit dem Heilmittelbudget befürchten zu müssen.

Flankierende kinder- und jugendärztliche Betreuung

Wie bei anderen Reha-Sportarten auch ist eine ärztliche Betreuung vorgesehen. Die Ärztin bzw. der Arzt sollte der Übungsleiterin als Ansprechpartner für medizini-

sche Fragen und Probleme zur Verfügung stehen. Eine regelmäßige Anwesenheit ist, anders als z.B. bei Herzsportgruppen, nicht notwendig. Leider finden manche Sportvereine nur schwer eine zur Mitarbeit zu motivierende Kinder- und Jugendärztin oder einen Kinder- und Jugendarzt. Wir sollten diese Aufgabe aber als Aufgabe unserer Fachrichtung begreifen und die Betreuung der Gruppen nicht anderen Fachgruppen überlassen.

Ich selbst betreue drei Kinder-Reha-Sportgruppen mit jeweils acht bis zehn Kindern, Übungsleiterin ist eine Medizinische Fachangestellte. Diese Gruppen nennen sich „Lufthüpfer“ und sind unter der offiziellen Bezeichnung „Reha-Sport für Kinder“ anerkannt. Der Name wurde gewählt, weil Luftsprünge Ausdruck von Freude und Fröhlichkeit sind. Aber nicht jedem gelingen große Sprünge. Kleine Hüpfen – und seien sie noch so winzig –

kann aber jeder. Durch wachsendes Selbstvertrauen und Übung werden die Hüpfen oft mutiger und größer. Die Kinder kommen mit großer Begeisterung in die Gruppe und finden so einen Zugang zum Sport. Nach abgeschlossener Förderung findet sich in der Regel ein geeignetes Sportangebot für unsere „Lufthüpfer“, die dann schon größere Sprünge vollführen können.

Nähere Informationen und ein Verzeichnis der Vereine, die eine solche Maßnahme anbieten, findet man z.B. für Niedersachsen im Internet über den Niedersächsischen Turnerbund www.ntb-infoline.de (Pluspunkt Gesundheit).

Dr. Ulrike Gitmans
Mühlenstraße 12
26817 Rhaderfehn

Red.: ge

Ausbildungsstipendium

Die Sächsisch-Thüringische Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie schreibt für 2009 Ausbildungsstipendien bis zu einer Höhe von 3000,00 € aus. Es sollen damit Qualifizierungsmaßnahmen, Hospitationen, der Erwerb spezieller Kenntnisse, Kompetenzen und fachliche Spezialisierung gefördert werden, die vordergründig die Verbesserung von Versorgungsleistungen für Patienten bewirken. Die Stipendien werden auf Antrag gewährt. Der Antrag muss eine Kalkulation der finanziellen Ausgaben enthalten. Die **Antragsmodalitäten** sind auf der Homepage der Gesellschaft www.stgkjm.de abzurufen. Der Antrag ist **bis 31.12.2008** an den Vorsitzenden der Gesellschaft (Herrn Prof. Dr. Th. Richter, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH, Delitzscher Straße 141, 04129 Leipzig) zu richten. Über den Antrag wird im Vorstand der Gesellschaft entschieden. Als Bewerber kommen Assistenten in Weiterbildung zum Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin sowie Kinderchirurgie und Fachärzte in qualifizierender Fortbildung in Betracht. Die Bewerberinnen/der Bewerber sollten Mitglied der STGKJM sein. Anmeldungen für die Mitgliedschaft können über die Homepage der Gesellschaft www.stgkjm.de vorgenommen werden. Die Entscheidungen werden auf der Jahrestagung am 03./04.04.2009 in Dresden bekannt gegeben.

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



Jungenarbeit – Jungenförderung

Die Notwendigkeit einer geschlechtersensiblen Pädagogik

© Alexander Hauk / PIXELIO



Tilmann Gempp-Friedrich

Seit einigen Jahren geraten Jungen auf immer vielfältigere Weise in den Blick der Öffentlichkeit. Von den kleinen Helden in Not zu den Jungen auf der Verliererstraße bis zu den „Sorgenjungen“ der Nation machen sie von sich reden. Wie kommt es, dass Jungen häufiger in der Schule versagen, wie aus den PISA-Studien hervorgeht, und häufiger gewalttätig sind? Jungen sind anfälliger für psychische Erkrankungen und orientierungsloser in ihrer Lebensplanung, Jungen erregen häufiger Aufmerksamkeit durch gewalttätiges und unangepasstes Verhalten und stehen damit oft einer verständnislosen Umwelt gegenüber. Aber nicht nur die Umwelt schaut sie verständnislos und resignierend an, sondern die Jungen lassen auch ihre Eltern und Pädagogen irritiert bis ratlos zurück.

Genauso wie die Medien nach jeder PISA-Studie eine geradezu angsterregende Darstellung vom Bildungsstand der Jungen publizieren, genauso sind auch Schuldige schnell ausgemacht. Der Zerfall der Idealfamilie, die gestiegenen Anforderungen des Berufslebens, die Emanzipation der Frau, die gescheiterte Integration, die Zurückdrängung von traditionellen Werten oder der Medienkonsum je nach

Verortung der Autoren und dem Fokus der jeweiligen Studie sind in diesen Bereichen die Gründe für die Auffälligkeit von Jungen zu suchen. Sicherlich liegt in alledem auch ein Körnchen Wahrheit und so hilfreich es ist, die Ursachen zu kennen, so schwierig ist es aber auch, an diesen etwas zu verändern.

War das Mädchen vom Lande mit durchschnittlicher Bildung ab den 1960er Jahren „pädagogisch förde-

rungsbedürftig“, so ist es heute der Junge (mit oder ohne Migrationshintergrund), der am Rande einer Großstadt lebt. Entscheidend ist aber, dass dem Mädchen alle Sympathien der Gesellschaft gehörten und immer noch gehören, genau das kann man aber von den Jungen nicht sagen. Und so wie es den Jungen an Sympathie fehlt, fehlt der Jungenarbeit noch die gesellschaftliche Akzeptanz. Jungenarbeit fängt erst an,

sich über die Grenzen von den klassischen Sportvereinen hinweg zu etablieren. Seit gut zehn Jahren wird an pädagogischen Konzepten gearbeitet, Jungen in ihrer Lebenswelt besser zu verstehen, zu fördern und zu unterstützen. Diese Arbeit ist aber noch nicht flächendeckend in den Konzepten der Kinder- und Jugendarbeit aufgenommen. So wird sie in einigen Bundesländern, wie beispielsweise Sachsen, nur als Modellprojekt gefördert und führt in vielen anderen Regionen immer noch ein Schattendasein.

Dass was in der Mädchenarbeit Konsens ist, die gleichgeschlechtliche Betreuung, stößt bei der Jungenarbeit noch auf Unverständnis. Was aber niemand bestreitet: Die Lebenswelt von Jungen hat sich in den letzten Jahrzehnten fundamental verändert. Das Thema „Jungenarbeit“ kann im pädagogischen Alltag sicher nicht alleine im Vordergrund stehen, aber als Querschnittsbereich spezieller Fragestellungen wie Migration, Bildung oder demografischer Wandel ist es drängender denn je.

Die meisten Jungen werden auch heute noch ohne gravierende Störungen groß, aber ein immer größerer Teil kommt immer schlechter mit sich und der Gesellschaft zurecht. Gerade männliche Vorbilder in der Jungenarbeit, die nicht irgendwelchen Scheinrealitäten aus Filmen und Medien entsprechen, leisten hier den wichtigsten Beitrag, um als Junge in einer sich ständig verändernden Umwelt eine Männlichkeit zu entwickeln, die nicht als sozial unverträglich angesehen wird.

In der Geschichte der Jungen und der Jungenarbeit haben sich im 20. und zu Beginn des 21. Jahrhunderts immer wieder abgrenzbare Jungenbilder und auch Vorstellungen über Jungen (und Mädchen) ausgeprägt. An diesem „doing-gender“-Konstruktionsprozess bzw. der gesellschaftlichen „Erzähl- und Bilderfabrik“ sind im jeweiligen Zeitbezug und in einer komplexen Gemengelage immer unterschiedliche Akteure beteiligt und miteinander verwoben. Einrichtungen wie Schule und andere Sozialisationsangebote entwerfen solche Bilder von Jungen, wie sie

sein sollten, was sie sein dürfen und vor allem was sie nicht sein sollen. Auch in der öffentlichen Debatte und in den medialen Angeboten, sei es nun die Werbung oder auch die Unterhaltungsformate, werden Bilder von Männlichkeit und deren Inszenierungen entworfen und popularisiert. Gerade bei dieser medialen Inszenierung darf nicht vergessen werden, dass Bilder von Jungen auf die korrespondierenden Mädchenbilder bezogen werden, denn die geschlechtsspezifischen Bilder werden immer mit ihrer Differenz in sozialer Praxis hergestellt. Das gilt sowohl für die Kinder und Jugendlichen selbst, wie auch für die Generierung von Vorbildern durch Medien und Werbung.

Die Moderierung dieser sozialen Praxis und das Prüfen von Vorbildern und Vorstellungen über Männlichkeit durch Rollenspiele, Gesprächsrunden, Natur- und Selbsterfahrungsabenteuer oder einfach auch nur durch das Verbringen von gemeinsamer Zeit, das soll Jungenarbeit leisten. Sie bietet den Raum, um Rollen und Bilder ausprobieren zu können, selbst zu erfahren und in Frage zu stellen, ohne einer tatsächlichen oder auch nur vermeintlichen Beobachtung und Bewertung der Umwelt bzw. der Mädchen ausgesetzt zu sein. Sich selbst ohne den Spiegel des anderen Geschlechts erleben zu können, ist im Prinzip ein Konzept, das in der Mädchenarbeit schon lange angewendet wird. (Als



© Honisch / PIXELIO

sichtbarstes Beispiel der bundesweit durchgeführte „girls day“). Da die Frage, ob eine soziale Situation ein Schauplatz für Geschlechterkonstruktion ist oder nicht, von den Teilnehmenden ausgehandelt wird, können in einer gleichgeschlechtlichen Gruppe eher klare Absprachen getroffen werden und somit der oben besprochene Raum geschaffen werden, um sich zu inszenieren.

An erster Stelle muss die Erkenntnis und Anerkennung der jungenspezifischen Probleme stehen, um den Weg zu einer geschlechterbewussten Jungenarbeit zu bereiten. Dies kann nicht nur durch eine Modifizierung der bisherigen (Mädchen-) Konzepte erfolgen, sondern macht eine stärkere Übernahme der Verantwortung der Männer dringend erforderlich. Deren Anteil an der Erziehungsarbeit zu erhöhen, ist für Jungen wie für Mädchen wichtig und durch pädagogische Maßnahmen alleine nicht zu ersetzen. Um

das Ziel eines ausgewogeneren Geschlechterverhältnisses im gesamten Alltag von Kindern und Jugendlichen zu erreichen, sind jedoch auch sozialpolitische Maßnahmen erforderlich. Damit könnten Männer sich ab dem Elementarbereich stärker an der Erziehungsarbeit beteiligen. Es muss darum gehen, Jungen nicht mehr (nur) als Problem wahrzunehmen, sondern ihre Potenziale zu erkennen, bewusst auf sie zuzugehen und gemeinsam mit ihnen Wege zu finden, wie sie auch in der heutigen Zeit eine eigene unverkrampte Männlichkeit entwickeln können. Hier leistet Jungenarbeit einen nicht unerheblichen Beitrag und sollte in der Zukunft weiter unterstützt und ausgebaut werden.

Für ein Gelingen sind die Akzeptanz in der Gesellschaft und der Anreiz für Männer wichtig, in die Jungenarbeit einzusteigen. Keinesfalls kann die Jungenarbeit die Mädchenarbeit ablösen, allerdings ist in den

letzten Jahrzehnten deutlich geworden, dass nicht nur für Mädchen, sondern eben auch für Jungen eine spezielle und geschlechtersensible Förderung notwendig ist. Und Jungenarbeit kann, wenn sie weiter gefördert wird und ihren legitimen Platz in der pädagogischen Praxis erhält, genau das leisten.

Weiterführende Literatur:

„K(l)eine Helden? Förderung von Jungen in Schule und außerschulischer Pädagogik“ zu beziehen über die Hessische Landeszentrale für politische Bildung, www.hlz.hessen.de

Wolfgang Bergmann: „Kleine Jungs große Not“, Düsseldorf 2005.

Tilmann Gempp-Friedrich
Unterlindau 67
60323 Frankfurt
Tel. 069 / 25 75 23 12

Red.: ReH

Inhaltsangabe Heft 11/08

Klinische Fortbildung

Toxoplasma gondii, ein ungewöhnlicher Organismus mit dem Menschen als Zwischenwirt

Prävention

Hausbesuche bei jungen Familien

Klinische Fortbildung

Ein Plädoyer für mehr Langeweile

Kind und Gesellschaft

Zur Entwicklung der kindlichen Persönlichkeit

Aus Wissenschaft und Forschung

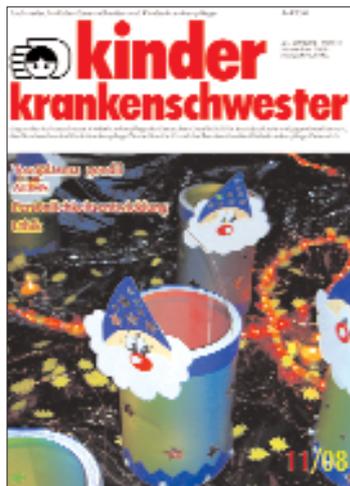
Medikamentendosierung in der Pädiatrie

Kind und Gesellschaft

Rechnen, Schreiben, Joghurt essen – Mit Down-Syndrom durch den Alltag

Ethik

Ethik und ärztliche Rolle in der Pränatalmedizin



Ferner: Psychotherapie, Ernährung, Hinweise, Aktuelles, Neues aus dem Net, Aus Wissenschaft und Forschung, Berufsverband, Gesundheitspolitik, Pädagogik, Weiterbildung, Tagungsberichte, Büchertipps, Terminkalender und Stellenmarkt

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

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

VORSCHAU

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

Kinderkrankenpflege

Eine Annäherung an die Craniosacral-Arbeit

Pflegeforschung

Das Geschwisterbett

Intensivpflege

Die Erstversorgung extrem unreifer Frühgeborener

Pädagogik

Zum Lernen geboren

Aus Wissenschaft und Forschung

Impfung gegen nosokomiale Infektionen

Psychotherapie

Körperpsychotherapeutische Krisenbegleitung bei frühkindlichen Regulationsstörungen

Fortbildungstermine des BVKJ

November 2008

22.–23. November 2008

6. Pädiatrie zum Anfassen

des bvjk e.V., LV Bayern, Bamberg

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

2009

Januar 2009

28.–30. Januar 2009

Seminar für Klinikärzte

des BVKJ e.V. in Altötting

Auskunft: BVKJ, Tel.: 0221/68909-16, Fax 0221/6890978

März 2009

6.–8. März 2009

15. Kongress für Jugendmedizin

des bvjk 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 (bvjk.kongress@uminfo.de) ②

20.–22. März 2009

Pädiatrie zum Anfassen

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

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

April 2009

18. April 2009

Pädiatref 2009

des bvjk e.V., LV Nordrhein, Köln

Auskunft: Dr. Thomas Fischbach, 42719 Solingen, Fax 0212/315364; Dr. Antonio Pizzulli, 50679 Köln, Fax 0221/818089; Dr. Herbert Schade, Mechernich, Fax 02443/171403 ⑤

23.–26. April 2009

6. Assistentenkongress

des bvjk e.V., Nürnberg

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und

Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221 / 6 89 09 15/16, Fax: 0221 / 6 89 09 78 (bvjk.kongress@uminfo.de) ②

Mai 2009

15.–17. Mai 2009

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

in Karlsruhe unter der Leitung von Prof. Dr. Joachim Kühr ③

16.–17. Mai 2009

Pädiatrie zum Anfassen

des bvjk e.V., LV Thüringen, Erfurt

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

Juni 2009

13.–14. Juni 2009

Pädiatrie zum Anfassen

des bvjk e.V., LV Baden, Freiburg

Auskunft: Dr. Barbara Lütticke, Elsa-Brandström-Str. 4, 79111 Freiburg, Tel. 0761/43771, Fax: 0761/472154 ①

19.–21. Juni 2009

Kinder- und Jugendärztetag 2009

39. Jahrestagung des bvjk e.V., Berlin

Neue diagnostische Verfahren in der Kinder- und Jugendmedizin – vom Labor zur Bildung

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

20.–21. Juni 2009

4. Praxisfieber Live Kongress für MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen

in Berlin

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

51069 Köln, Tel. 0221 / 6 89 09 15/16, Fax: 0221/6 89 09 78 (bvjk.kongress@uminfo.de) ①

27. Juni 2009

22. Fortbildungsveranstaltung mit praktischen Übungen der LV Rheinland-Pfalz und Saarland im BVKJ e.V.

in Worms

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

September 2009

26.–27. September 2009

12. Seminartagung des LV Hessen

des bvjk e.V., Bad Nauheim

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

Oktober 2009

11.–16. Oktober 2009

37. Herbst-Seminar-Kongress

des bvjk e.V., Bad Orb

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

November 2009

13.–14. November 2009

Pädiatrie zum Anfassen / ESAP 2009 (European Society of Ambulatory Paediatrics)

des bvjk e.V., in Berlin

Auskunft: Dr. Burkhard Ruppert, Zabel-Krüger-Damm 35-39, 13469 Berlin, Tel. 030/4024922, Fax: 030/40397254 Industrie ① / Teilnehmer ⑤

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

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

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

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

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

Wir gratulieren zum Geburtstag im Dezember 2008

65. Geburtstag

Frau Dr. med. Elke *Weber*, Dresden, am 01.12.
 Frau Dr. med. Ursula *Degen*, Meiningen, am 04.12.
 Frau SR Dr. med. Doris-Maria *Lang*, Eisenberg, am 05.12.
 Frau Annette *Theising*, Duisburg, am 07.12.
 Frau Dr. med. Heidrun *Gruner*, Chemnitz, am 08.12.
 Herr Dr. med. Klaus *Böttcher*, Köln, am 09.12.
 Herr Dr. med. Harald *Hoffmann*, Nürnberg, am 10.12.
 Herr Dr. med. Matthias *Röskau*, Münster, am 12.12.
 Herr Dr. med. Bernd *Tillessen*, Warendorf, am 13.12.
 Frau Dr. med. Christa *Dittmer*, Cottbus, am 15.12.
 Frau Prof. Dr. med. Christel *Hülße*, Rostock, am 15.12.
 Herr Dr. med. Jürgen *Wallstein*, Wertheim, am 15.12.
 Herr Dr. med. Manfred *Doering*, Köln, am 16.12.
 Frau Sigrid *Völpel*, Krefeld, am 16.12.
 Frau Dr. med. Elke *Mirsch*, Schleusingen, am 18.12.
 Frau Dr. med. Petra *Marby*, Dessau, am 20.12.
 Frau Dr. med. Frauke *Schulze*, Bremen, am 21.12.
 Frau Almut *Rüter-Jungfleisch*, Mannheim, am 23.12.
 Frau Dr. med. Angelika *Schmidt*, Chemnitz, am 24.12.
 Herr Dr. med. Hans-Eberhard *Heuer*, Hamburg, am 25.12.
 Herr Dr. med. Reinhard *von Kietzell*, Lüneburg, am 25.12.
 Herrn Eduardo *Nelli*, Gelsenkirchen, am 25.12.
 Herr Dr. med. Hans-Georg *Dey*, Schwarzach, am 27.12.
 Herr Dr. med. Michael *Richter*, Fuldabrück, am 27.12.
 Herr Dr. med. Ulf *Graebner*, Bandelstorf, am 28.12.
 Herr Dr. med. Gunter *Hüttig*, Ansbach, am 29.12.
 Herr Dr. med. Hans-Georg *Eibs*, Berlin, am 30.12.

70. Geburtstag

Frau Dr. med. Gerlinde *Lehle*, Geislingen, am 02.12.
 Herrn Dr. med. Paul *Paninka*, Asbach-Bäumenheim, am 02.12.
 Herrn Dr. med. Tilo *Rumann*, Northeim, am 08.12.
 Frau Dr. med. Beate *Irek*, Alsfeld, am 09.12.
 Herrn MR Dr. med. Erich *Pohl*, Bad Kissingen, am 12.12.
 Frau SR Dr. med. Raissa *Teichert*, Berlin, am 12.12.
 Frau Dr. med. Lore *Köppen*, Marbach, am 14.12.
 Frau Dr. med. Renate *Werwigk-Schneider*, Berlin, am 17.12.
 Herrn Dr. med. Niels *Callsen*, Buxtehude, am 19.12.
 Frau Dr. med. Barbara *Mueller*, Potsdam, am 20.12.
 Frau Dr. med. Ingeborg *Tselepis-Semmler*, Offenbach, am 21.12.
 Herrn Dr. med. Naser *Abdel-Hadi*, Amman, am 26.12.
 Frau Dr. med. Gisela *Brinkmann*, Bad Driburg, am 26.12.

75. Geburtstag

Frau SR Dr. med. Christel *Drechsel*, Gornsdorf, am 02.12.
 Herrn Dr. med. Günter *Mann*, Dietzenbach, am 14.12.
 Frau Olga *Suhren*, Bremen, am 19.12.

80. Geburtstag

Frau Marlene *Zacharias*, Berlin, am 17.12.
 Herrn Dr. med. Frederico *Biefang*, Bremen, am 19.12.

82. Geburtstag

Herrn Dr. med. Heinz *Kramer*, Saarbrücken, am 29.12.

83. Geburtstag

Herrn Dr. med. Cazim *Kiliccioğlu*, Wolfsburg, am 01.12.
 Frau Dr. med. Isis *Elbern*, München, am 10.12.

84. Geburtstag

Herrn Dr. med. Hans *Hager*, Köln, am 08.12.
 Herrn Dr. med. Ernst *Peres*, Koblenz, am 08.12.
 Frau Dr. med. Edeltraut *Fritz*, Reinbek, am 11.12.
 Frau Dr. med. Steffi *Küpper*, Mayen, am 14.12.

Frau Dr. med. Gertrud B. *Mlynarski*, Monheim, am 19.12.

85. Geburtstag

Frau Dr. med. Inge *Baader*, Köln, am 01.12.
 Frau Dr. med. Angela *Bahr*, Münster, am 12.12.
 Herrn Dr. med. August *Witte*, Mülheim, am 15.12.
 Frau Dr. med. Marianne *Kremer*, Essen, am 22.12.
 Frau Dr. med. Renate *Stefan*, Ingolstadt, am 22.12.
 Herrn Dr. med. Gerhard *Warnek*, Bielefeld, am 29.12.

86. Geburtstag

Frau Dr. med. Ursula *Eulner*, Göttingen, am 11.12.
 Herrn Dr. med. Gerhard *Artzt*, Köln, am 18.12.
 Frau Dr. med. Hildegard *Geiger*, Offenburg, am 20.12.

87. Geburtstag

Frau Dr. med. Fany *Kupferberg*, Neu-Isenburg, am 17.12.
 Herrn Dr. med. Andreas *Löffler*, Gifhorn, am 30.12.

88. Geburtstag

Frau Dr. med. Lore *Kunkel*, Krefeld, am 05.12.
 Frau Dr. med. Gisela *Detmold*, Ganderkesee, am 21.12.
 Herrn Dr. med. Kurt *Meyer*, Schwabach, am 27.12.
 Herrn Dr. med. Ferdinand *Müller*, München, am 27.12.

89. Geburtstag

Herrn Dr. med. Gerhard *Helm*, Prien, am 06.12.
 Herrn Dr. med. Otto *Meuser*, Hannover, am 21.12.
 Frau Dr. med. Maria *Werner*, Mannheim, am 26.12.

90. Geburtstag

Herrn Dr. med. Hellmut *Schmid-Burgk*, Herrsching, am 19.12.
 Frau Dr. med. Berta *Schnieder*, Lüdinghausen, am 24.12.
 Frau Dr. med. Marianne *Andersen*, Pullach, am 27.12.

91. Geburtstag

Frau Dr. med. Anne *Weikert*, Grünwald, am 17.12.

Frau Dr. med. Rosemarie *Klauer*,
Salzgitter, am 21.12.

93. Geburtstag

Frau Dr. med. Ulrike *Buchwald*,
Flensburg, am 15.12.

94. Geburtstag

Frau Dr. med. Slava *Ocko-Forcan*,
Oberursel, am 20.12.

95. Geburtstag

Frau Dr. med. Christa *Blumenbach-Hasbach*,
Vögelsen, am 20.12.

97. Geburtstag

Frau Dr. med. Hildegard *Classen*, Eching,
am 14.12.

99. Geburtstag

Herrn Dr. med. Erwin *Keyser*,
Bad Reichenhall, am 31.12.

Wir trauern um:

Herrn Dr. med. Hellmut *Hahn*,
Kronberg
Herrn Dr. med. Dietrich C. *Zschocke*,
Köln

Als neue Mitglieder begrüßen wir

Ausland

Frau Dr. med. Gaby *Stegmann-Wössner*

Landesverband Baden-Württemberg

Frau Dr. med. Sabine *Karsten*

Herrn Frank *Seidenspinner*

Herrn Dr. med. David *Hartmann*

Frau Dr. VAK. Oxana *Dovzhanskayer*

Landesverband Bayern

Frau Bettina *Mutzel*

Herrn Gerald *Beier*

Herrn Dr. med. Sven Frederik *Lienert*

Herrn Dr. med. Christof *Land*

Frau Vreni *Kuisle*

Landesverband Brandenburg

Frau Dipl. Med. Edelgard *Noske*

Landesverband Hamburg

Frau Dr. med. Susanne *Dutzki*

Herrn Achim *Zierke*

Landesverband Hessen

Frau Alexandra *Rose*

Landesverband Niedersachsen

Frau Sarah *Spielmann*

Frau Dr. med. Candan *Basoglu*

Landesverband Nordrhein

Frau Dr. med. Heidi *Irsfeld*

Frau Nadine *Dierksen*

Frau Eva *Jablonski*

Herrn Dr. med. Reimund *Hoheisel*

Frau Dr. med. Sabine *Schneider-Dacowitz*

Herrn Honorar Prof. Dr. med. Alireza

Ranjbar

Landesverband Sachsen-Anhalt

Frau Dr. med. Ute *Schwitalla*

Landesverband Schleswig-Holstein

Frau Dr. med. Silke *Elsesser-Glaab*

Frau Wiebke *Niere*

Frau Susan *Karstens*

Herrn Christian *Trocha*

Herrn Dr. med. Dirk *Hillebrand*

Landesverband Thüringen

Frau Dr. med. Stefanie *Albertus*

Landesverband Westfalen-Lippe

Frau Christine *Stolk*

Herrn PD Dr. med. Dominik *Schneider*

Frau Dr. med. Heike *Weismüller*

Herrn Martin *Dercks*

GPGE-Ausschreibung Ernährungsstipendium

Die Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e.V. (GPGE) vergibt ein von der Fa. Milupa GmbH Deutschland gesponsortes Stipendium in Höhe von 15.000,- Euro an junge Ärztinnen und Ärzte, die Mitglied in der GPGE sind oder die Mitgliedschaft beantragt haben, Vorkenntnisse und/oder wissenschaftliches Arbeiten im Bereich der Ernährungsforschung nachweisen können und mittel- bis langfristig eine berufliche Perspektive an der entsendenden Klinik haben. Das Stipendium dient der Förderung der wissenschaftlichen Ausbildung im Bereich der Ernährung gesunder und kranker Kinder und Jugendlicher. Es wird vorzugsweise als Zuschuss zur Finanzierung eines drei- bis sechsmonatigen Studienaufenthaltes der entsendenden Klinik (oder Universität) in einer internationalen Institution (Klinik oder Forschungslabor) im Rahmen eines zweckgebundenen Forschungsprojektes vergeben.

Einreichungsfrist ist der 31.12.2008. Das Stipendium soll zeitnah angetreten werden. Die vollständige Ausschreibung mit den genauen Bedingungen unter: <http://www.gpge.de>, „Anträge“.

Praxistafel



Die Gemeinde Kernen im Remstal mit ca. 15.000 Einwohnern sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt für den Ortsteil Rommelshausen eine/einen

Kinder- und Jugendärztin bzw. Kinder- und Jugendarzt,

da der bisher praktizierende Arzt in den Ruhestand tritt. Die gut eingeführte Praxis kann übernommen werden. Es handelt sich um eine sehr schöne, kinderfreundliche und großzügig eingerichtete Einzelpraxis mit einem großen Einzugsgebiet (gesperrter Bereich). Der Privatpatientenanteil ist sehr hoch.

Wir sind eine Gemeinde 14 km östlich von Stuttgart im reizvollen Weinbaugebiet Remstal gelegen und haben eine sehr günstige Infrastruktur. Die Gemeinde Kernen ist eine wirtschaftlich florierende Kommune mit hohem Zuzugspotenzial und verfügt über eine weit überdurchschnittliche Kaufkraft.

Wenn wir Ihr Interesse geweckt haben, setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung. Für nähere Auskünfte steht Ihnen Herr Bürgermeister Altenberger, Stettener Straße 12, 71394 Kernen im Remstal, Tel.: 07151/4014-149, E-Mail: stefan.altenberger@kernen.de, oder Herr Dr. Munke, Tel.: 07151/47079, E-Mail: dr.bernd.munke@onlinemed.de, zur Verfügung.

● Tagungen

19.–21. November 2008

Frankfurt/Main

53. Tagung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft in der Pädiatrischen Hämatologie und Onkologie (PSAPOH)

Info: www.kinderkrebsinfo.de/psapoh

21.–22. November 2008

Hannover

17. Neuropädiatrie-Seminar „Der ungelöste Fall“

Info: Seebode.Martina@mh-hannover

21.–22. November 2008

Heidelberg

Kongress „ADHS – Kritische Wissenschaft und therapeutische Kunst“

Info: info@syshd.de, www.erfindungsgeist.de

22.–23. November 2008

Wangen/Allgäu

Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer 2008

Info: www.aabw.de

6.–7. Dezember 2008

Wangen/Allgäu

Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer 2008

Info: www.aabw.de

11.–13. Dezember 2008

Siegburg

Pädiatrietage

Info: conventus.de

12.–13. Dezember 2008

Tübingen

Symposium Tübinger Kinderchirurgie

Info: www.conventus.de/tns2008

17. Januar 2009

Berlin

Pädiatrische und kinderchirurgische Notfälle in Klinik und Praxis

Info: <http://ohc-charite.de/fw/shtml>

5.–8. Februar 2009

Landshut

Spezialseminar: Sonographie, Echokardiographie u. Dopplersonographie in der Neonatologie und Pädiatrischen Intensivmedizin

Info: herterich@st-marien-la.de

20.–21. März 2009

Neu-Ulm

23. Jahrestagung der Vereinigung für Kinderorthopädie

Info: info@kmb-lentzsch.de, www.kinderorthopaedie.org

1.–4. April 2009

Hamburg

24. Jahrestagung der GPGE

Info: k.muenzberg@uke.de

15.–17. Mai 2009

Karlsruhe

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

Info: Digel.F@t-online.de

19.–20. Juni 2009

Mannheim

28. Jahrestagung der Sektion Kindertraumatologie in der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.

Info: www.conventus.de/skt2009

23.–26. Juli 2009

Landshut

Spezialseminar: Sonographie, Echokardiographie u. Dopplersonographie in der Neonatologie und Pädiatrischen Intensivmedizin

Info: herterich@st-marien-la.de

Die Welt der Kinder im Blick der Maler

Darstellungen von Kindern kommen bei Goya relativ selten vor und dann eher als Randfiguren. Unser Bild wirkt auf den ersten Blick nicht besonders aufregend. Scheinbar gelangweilt, richtet sich der Blick des Jungen in eine unbestimmte Ferne. Doch die hintergründige Spannung der Szenerie ergibt sich aus dem Verhalten der Tiere zu seinen Füßen. Drei Katzen schauen gierig nach der am Bein angebundnen Elster und würden sich wohl gern auf sie stürzen, aber der Respekt vor den Schnabelhieben des Vogels und eventuellen Fußtritten des sitzenden Jungen hält sie noch zurück. Auch die Elster fühlt sich nicht wohl in ihrer Position, da sie jeden Augenblick mit einem Angriff rechnen muss. Vielleicht spüren auch die Kleinvögel in dem Käfig etwas von der Bedrohung.

Der Gegensatz zwischen der gleichgültigen Mimik des Kindergesichts und der Aggressivität der Katzen ist offensichtlich. Die Spannung wird noch vertieft durch das leuchtende Rot des Kinderanzugs und die auffallende Schärpe im Verhältnis zu den im übrigen zurückhaltenden Farbtönen.

Sicher weiß der Junge, was sich zu seinen Füßen abspielt. Jeden Moment kann es zu einer Explosion kommen. Er wartet ab, mögen sich die Tiere aufeinander stürzen, vielleicht wird er dann eingreifen oder auch nicht. Diese Passivität, die Gleichgültigkeit gegenüber dem Schicksal der Tiere, vielleicht auch ein unbewusst vorhandenes Sensationsbedürfnis des Knaben machen uns betroffen.

Goya wurde 1746 in einem armseligen aragonesischen Nest geboren. Der Vater war Landarbeiter, der sich später als Vergolder betätigte. Durch seine Tätigkeit bekam er Kontakt zu vielen Künstlern und konnte so wohl erste künstlerische Anregungen für den Sohn vermitteln. Der junge Francisco wird als ein unruhiger Mensch beschrieben. Er begeisterte sich für Stierkampf und Stierkämpfer, spielte Gitarre, sang, tanzte, war aber auch in verschiedene Raufereien verwickelt.

Zu Beginn seiner malerischen Tätigkeit orientierte er sich an Werken von Tiepolo, Mengs und Velázquez. Seine frühen Genreszenen atmen den heiteren Geist des Rokoko. Aber in seiner künstlerischen Ent-



Francisco de Goya, Kleiner Knabe mit Vogel und Katzen, 1784, Metropolitan Museum, New York

Foto: akg-images

wicklung suchte er stets neue Wege, so distanzierte er sich früh von der akademisch-klassizistischen Malerei. Er versuchte, die Oberfläche seiner Objekte zu durchdringen und die innere Wahrheit aufzudecken. Die engagierte Anteilnahme am Zeitgeschehen führte zu unverhüllter, ausdrucksgeladener Darstellung. Vom Standpunkt des Aufklärers kritisierte er Laster und Abwege der Menschheit. In seinem Spätwerk verarbeitete er die Faszination durch das Unheimliche, Abgründige, Dämonische und fand visionäre Bilder in einer surrealistischen Darstellungsweise, vorwiegend in düsteren Farben.

Auch nach seiner schweren Erkrankung 1792, die zum Verlust des Gehörs führte, arbeitete er unermüdlich weiter, geriet zunehmend in kritische Distanz zu dem politischen System und emigrierte schließlich 1824 nach Bordeaux.

Aufgrund seiner tiefgründigen Analyse, die die Bodenlosigkeit der menschlichen Existenz aufdeckte, und der surrealistischen Züge in seiner Malerei kann man Goya als ersten Maler der Moderne betrachten.

Dr. Peter Scharfe
Rauensteinstr. 8
01237 Dresden
Tel. (0351) 2561822

Red.: ge

Buchtipp

Therapie der Krankheiten im Kindes- und Jugendalter

D. Reinhardt

Springer Medizin Verlag Heidelberg, 8. Auflage 2007, ISBN 978-3-540-71898-7, 1.949 Seiten, 199 zum Teil farbige Abb., 179,95 €



Das von Prof. Dr. Gustav-Adolf von Harnack 1976 erstmalig herausgegebene Therapiebuch der Krankheiten des Kindes- und Jugendalters erscheint nun schon in der 8. überarbeiteten Auflage. Betreut und herausgegeben wird es seit der 4. Auflage von seinem ehemaligen Schüler Dietrich Reinhardt, Professor für Kinderheilkunde am Dr.

von Haunerschen Kinderspital in München. Hierbei standen dem Herausgeber an die 100 weitere Fachkollegen und Kollegen aus verschiedenen Spezialgebieten aus dem deutschsprachigen Raum als Autoren zur Verfügung. Auf über 2000 Seiten versuchen die Autoren, das aktuelle Wissen über die Therapieansätze und -prinzipien in der Kinderheilkunde in einem Lese- und Nachschlagewerk für Ärzte in der Facharztbildung, klinisch tätige Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst und niedergelassene Kinder- und Jugendärzte umfassend und prägnant darzustellen.

Trotz der erheblichen Zunahme des Buchumfangs gelingt es den Autoren durch eine klare und nachvollziehbare Strukturierung des Buches und der einzelnen Kapitel, dem suchenden Arzt schnellen Zugang zu den für ihn wichtigen Informationen zu bieten. Die Kapitel über die unterschiedlichen Krankheiten beginnen jeweils mit einem kurzen Absatz über die Grundlagen der Erkrankungen. Über Hinweise zur Klassifikation und Diagnostik der einzelnen Erkrankungen geht es zum eigentlichen Inhalt des Buches, zu den Therapiemöglichkeiten. Am Anfang jedes Therapiekapitels steht die sehr wichtige (und oft vergessene) Definition eines Therapieziels, gefolgt von der eigentlichen Beschreibung der Therapie. Wo nötig

wird diese unterteilt in eine Akut- und Langzeittherapie, ebenso in eine medikamentöse, operative oder sonstige Therapie. Erläutert wird die Therapie in dem Absatz „Vorgehen“. Hierin versuchen die Autoren, dem Arzt den Therapieablauf und die Anwendung der verschiedenen Therapieoptionen am Patienten darzulegen. Sehr hilfreich, um Irrwege und Fehler zu vermeiden, sind hier die „Tipps für die Praxis“ und vor allem die farblich abgesetzten „CAVE!“ Einträge. Hervorragende Tabellen und übersichtliche Schaukästen fassen die Informationen zusammen.

Immer schneller ist der Wandel der Therapieprinzipien, immer neue Consensus-Statements prasseln auf den Kinder- und Jugendarzt nieder, neue Qualitätsmanagementprogramme erreichen in immer kürzeren Abständen die Praxen. Anders als vielfach behauptet und geglaubt reichen hier zur Information das allzeit verfügbare Wissen im Internet oder die Fortbildung beim Ärztentammtisch nicht. Beide vermögen nicht zu leisten, was Bücher wie das hier beschriebene vermögen. Der Vorteil des Buches liegt in der schnellen Verfügbarkeit der Informationen an einer einzigen Stelle. Langwieriges und umständliches Suchen in vielen Internetsites wird damit überflüssig. Weit wichtiger noch: das Buch bietet die Wertung der vielen Therapieansätze von Fachleuten auf ihrem Spezialgebiet, den Wissensstand der Therapie nach dem „State of the art“-Prinzip.

Kritisch anzumerken aus Sicht des niedergelassenen Kinder- und Jugendarztes ist die Gewichtung von Krankheiten. Sie entspricht nicht immer den alltäglichen Erfordernissen in der Praxis: Etwas kürzere Darstellungen der Therapie seltener Krankheiten, dafür die etwas ausführlichere Darstellung von Therapien der für den niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt wichtigen Krankheitsbilder wäre gut gewesen. So finden sich in dem dicken Buch z.B. nur ein kurzer Absatz über die Hashimoto-Thyreoiditis im großen Kapitel der Schilddrüsenerkrankungen und nicht ein-

mal zwei Seiten zur Behandlung der verschiedenen Sprachstörungen. Hier muss der Suchende an Hand der guten Literaturübersicht am Ende eines jeden Kapitels weiter nachforschen.

Dr. Michael Hauch

Red.: ReH

Gisela Szagun:

Das Wunder des Spracherwerbs

So lernt Ihr Kind sprechen

Beltz, Weinheim, 2007, ca. 200 Seiten, einschließlich Glossar, ISBN 978-3-407-85770-5, € 14,90



Was sonst erst am Ende einer Buchbesprechung zu finden ist, soll hier am Anfang stehen: Wer sich über den Spracherwerb rundum informieren will, kann kein besseres Buch finden. Also: Kaufen und Lesen, wer verstehen und mitreden möchte. Obwohl für Eltern geschrieben, gelang der Autorin ein Buch für alle, die sich für den Spracherwerb interessieren. Flüssig zu lesen, witzige Skizzen, punktgetreue Zusammenfassungen der Inhalte: Das Buch besticht durch den Ansatz, die Entwicklung der Sprache aus ihren biologischen und evolutionären Wurzeln abzuleiten und zu verstehen. Individualität und Variabilität als Grundbegriffe eines generell neuen Entwicklungsverständnisses sind selbstverständlich und weit weg von der immer noch unterstellten starren Hierarchie der kindliche Sprachentwicklung. Der Begriff der Spracherwerbsstörungen wird kritisch hinterfragt und praxisnah interpretiert, z.B.: Was ist (noch) normal? Wann muss ich aufpassen? Gibt es frühe Zeitfenster, die unwiderruflich verpasst werden könnten?

Prof. Dr. R. Michaelis
Beethovenweg 33, 72076 Tübingen
Mail: michaelis-tueb@t-online.de

Red.: ReH

Sehtest

Praxiseinrichtungen

Sehtest U7a

Zum Sommer 2008 wurde in Deutschland die U7a als zusätzliche Vorsorgeuntersuchung eingeführt. Die Untersuchung wird zwischen dem 34. und 36. Lebensmonat durchgeführt. Ein Schwerpunkt dieser beim Kinderarzt durchzuführenden Untersuchung stellt unter anderem die Untersuchung der Augen dar. Dabei sollen Kinder auf Schielen, Nystagmus und Sehschwäche mit vom Gesetzgeber vorgegebenen Testen untersucht werden. Diese Vorsorgeuntersuchung dient der Früherkennung von Störungen der Sehfunktionsent-

wicklung in einem frühen Alter, um daraufhin in enger Zusammenarbeit mit Augenärzten, Orthoptistinnen und Orthoptisten weiterführende Diagnostik und ggf. Therapie einzuleiten. Die Kinderärzte stehen nun vor der Aufgabe, die Vorsorgeuntersuchung U7a entsprechend der Vorgaben durchzuführen.

Um in einem frühen Alter von zwei bis drei Lebensjahren die Mitarbeit eines Kindes sicherzustellen, sind in den letzten Jahren gezielt Sehteste entwickelt worden, die spielerisch durchgeführt werden können

und zudem auch wissenschaftlichen Anforderungen gerecht werden. Als bekannter Spezialist für Artikel des orthoptischen Bedarfs bietet die TRUSETAL VERBANDSTOFFWERK GMBH hierzu seit einigen Jahren eine Vielzahl unterschiedlicher Tests und Instrumente als auch eine fachlich fundierte Beratung an.

Nach Informationen von TRUSETAL VERBANDSTOFFWERK GMBH, Schloss Holte-Stukenbrock

Endlich auch reale Daten aus Deutschland:

Kopflausbefall bei Kindern

Kopflausbefall – Inzidenz steigend. Die häufigste Parasitose im Kindesalter nimmt auch in Deutschland zu, wie nun auch endlich eine erste epidemiologische Untersuchung des Gesundheitsamtes Braunschweig zeigen kann: Fast 6 Prozent der untersuchten 6-Jährigen waren im Laufe eines Jahres infestiert. In einer separaten Auswertung mit insgesamt 300 Kindern hatten in der Gruppe der 9- bis 10-Jährigen sogar bis zu 26% innerhalb dieses Zeitraumes Kopfläuse.

Dr. med. Claudia Jahnke, Leiterin des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes des Braunschweiger Gesundheitsamtes, präsentierte auf einer Pressekonferenz von Pohl-Boskamp in München die aktuellen Zahlen. Im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung der Stadt Braunschweig wurden alle Kinder des Einschulungsjahrganges 2007 (n = 1890) auf die Präsenz von Kopfläusen hin untersucht. Die Inzidenzrate in dieser Untersuchung lag bei 6% innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten. Besonders betroffen waren dabei die 9- bis 10-Jährigen. Auch waren Mädchen häufiger infestiert als Jungen. Eine Übertragung erfolgt hauptsächlich direkt von Mensch zu Mensch bei engem Kontakt durch Überwandern der Parasiten von Haar zu Haar.

Demgegenüber scheint die Ansteckungsgefahr durch Mützen, Kuscheltiere oder Polstermöbel wesentlich geringer als gedacht. Viel wichtiger ist es bei Entdeckung eines Indexfalles auch die direkten Kontaktpersonen, z. B. Eltern und Geschwister, gezielt zu kontrollieren.

Die hohe Prävalenz der Pediculosis capitis führte Dr. Jahnke auf folgende Gründe zurück: Zum einen wird die Infestation vielfach übersehen (im Rahmen der Studie wusste lediglich eine von neun Müttern vom Kopflausbefall ihres Kindes). „Die sichere Diagnose durch den Nachweis von Nymphen, adulten Läusen oder vitalen Eiern lässt sich nicht durch die alleinige visuelle Inspektion, sondern nur durch feuchtes Auskämmen mit einem Läusekamm gewährleisten“.

Zum anderen verläuft die Erstbehandlung der Pedikuloze häufig erfolglos. In der aktuellen Studie lag die Rate der Therapieversager bei mehr als 20%.

Kopfläuse sind stationäre Ektoparasiten des Menschen. Die Kopflaus (*Pediculus humanus capitis*) ist ein flügelloses, ausgewachsen dann etwa 2,1–3,3 mm großes Insekt. Sie lebt meist im Kopfhaar ihres Wirtes. Der Lebenszyklus der Kopflaus verläuft in mehreren Stadien vom Ei (Nisse) über drei Larven- bzw. Nymphenstadien (0,8–2,1 mm groß) bis zur adulten Laus (Imago). Aus entwicklungsfähigen Nissen, die in der Regel bis höchstens 1 cm von der Kopfhaut entfernt an den Haaren haften, schlüpfen etwa eine Woche nach der Eiablage Larven.

Ein Kopflausbefall habe jedoch nichts mit fehlender Hygiene zu tun, da Kopfläuse durch das Waschen der Haare mit gewöhnlichem Shampoo nicht beseitigt werden können.

Ganz im Gegenteil: Die erfolgreiche Behandlung der Pedikuloze grenzt an eine therapeutische Herausforderung. So werden die Kopfläuse aufgrund eines massenhaften Einsatzes der traditionellen, chemisch definierten Pedikulozide weltweit zunehmend resistent.

Viele traditionell angewendete Pedikulozide enthalten als Wirkstoff neurotoxisch wirksame Insektizide, wie z.B. Pyrethrum, Allethrin und Permethrin. Doch es gibt wirksame Alternativen, wie kürzlich in mehreren Studien belegt werden konnte.

Das 2-Stufen-Dimeticon NYDA® enthält zwei unterschiedliche Dimeticone – eine dünnflüssige, auch bei Raumtemperatur leicht flüchtige und eine viskose, schwer flüchtige Komponente. Das niedrig viskose Dimeticon verleiht dem Läusemittel eine sehr geringe Oberflächenspannung und damit besonders hohe Kriech- und Spreiteigenschaften, um tief über die Atemöffnungen in das Tracheensystem der Parasiten einzudringen und dort die Luft zu verdrängen. Dann verdampft das flüchtigere Dimeticon – NYDA® verdickt und verschließt das Atemsystem. Die Läuse ersticken und sterben.

In einer aktuell publizierten und pub med-gelisteten klinischen Studie an einer Population mit hochintensivem Kopflausbefall zeigte NYDA® L eine hohe klinische Wirksamkeit (Heukelbach J. et al. (2008): BMC Infect Dis 2008, Sep 10,8 (1)115).

145 brasilianische Probanden wurden am ersten und achten Tag einer topischen Behandlung mit den jeweiligen Präparaten unterzogen, zur Kontrolle des Behandlungserfolges wurde am zweiten und neunten Tag nass ausgekämmt. Die Ergebnisse zeigten eine signifikante Heilungsrate von 97,2% (p<0.0001) – im Vergleich zu 67,6% unter 1% Permethrin in wässrigen Lösung.

Quelle:
Pressekonferenz „Neue Trends in der Kopflaus therapie“ der Pohl-Boskamp GmbH & Co. KG, 19. September 2008, Expopharm, München

Autor: G. Fischer von Weikersthal

Große Fortschritte in der Forschung:

ADHS ist eine höchst genetische Erkrankung

ADHS-Forschung – Riesenfortschritte macht die Genetik zur Erforschung des Aufmerksamkeitsdefizitsyndroms: Die Genforschung kennt inzwischen einige der Gene, die für ADHS verantwortlich zeichnen – anhand derer man nicht nur sagen könne, dass ein Kind ADHS entwickeln werde, sondern auch eine Prognose in Richtung Komorbiditäten, Anfälligkeiten für harte Drogen, Rauchen oder Alkohol oder das Ansprechen auf verschiedene medikamentösen Therapien. Dies ist laut Prof. Dr. Russell A. Barkley aus Charleston äußerst wichtig, um endlich mit bestehenden Vorurteilen aufzuräumen: „ADHS-Kinder sind nicht so, weil ihre Eltern sie falsch erzogen/ falsch ernährt haben – ADHS ist eine höchstgradig genetisch bedingte psychische Erkrankung!“

Der amerikanische Wissenschaftler präsentierte auf dem von der Firma Medice unterstützten Fachworkshop ein Feuerwerk an Neuerungen: Neueste Forschungserkenntnisse zu Genetik und Neurophysiologie, neue Therapieoptionen, Umgang mit Komorbiditäten, oder auch Antworten auf längst fällige Problemstellungen wie die Tatsache, dass auch Erwachsene mit ADHS sozial extrem belastet sind.

Gestörtes Arbeitsgedächtnis – nicht nur Kinder sind betroffen

Neuropsychologisch gesehen, handelt es sich bei ADHS um eine Störung mentaler Exekutivfunktionen und nicht um die simple Frage einer gestörten Aufmerksamkeit. Die „working memory“ - das Arbeitsgedächtnis - sei gestört, gerade also der Teil des menschlichen Hirnes, das für das Reflektieren des eben Geschehenen verantwortlich ist und den nächsten Handlungsschritt bestimmt. Dass dies nicht nur die Kinder mit ADHS beeinflusst, wird schon lange beobachtet.

Die klassischen ADHS-Symptome treten nicht nur im Schulalter auf, sondern auch bei 65 bis 80 Prozent der erwachsenen ADHS-Patienten, so die Erfahrungen der Behandler.

In seiner „Milwaukee-Studie“ untersuchte Barkley nun 158 Kinder im Alter bis zu elf Jahren und beobachtete sie bis hin zum 27. Lebensjahr (1). Nur zwischen einem Sechstel und einem Drittel der Patienten waren als Erwachsene symptomfrei bzw. annähernd im Normalbereich.

„Auffällig war, dass im Zeitraum zwischen dem 21. und 27. Lebensjahr die Selbstwahrnehmung der Erkrankung durch die Patienten sprunghaft anstieg“, fasste Barkley die Ergebnisse zusammen.

Methylphenidat nach wie vor Goldstandard

Neue Transportsysteme für lang wirksame Stimulantien wie ein Pflaster, aber auch neuere Wirkstoffe wie das Amphetamin-Prodrug Vyvanse sind laut Barkley weitere Optionen, jedem Kind eine speziell zugeschnittene Therapie zu bieten. „MPH bleibt für mich jedoch der Goldstandard, in den meisten Fällen beginne ich die Therapie mit einem MPH-Präparat, das ich dann auf ein lang wirksames MPH wie beispielsweise Medikinet® retard umstellen kann.“

Interessant als Modell fand Barkley das in den USA auf dem Markt befindliche transdermale Pflaster Daytrana DOT Matrix™ mit MPH. MPH werde hier durch die Haut adsorbiert.

Leider berichten einer von fünf Patienten über eine Hautreaktion im Sinne einer Rötung. „Dies hängt direkt mit dem Wirkstoff zusammen - wir wissen schon länger, dass MPH, direkt auf die Haut aufgetragen, bei 18 bis 20% der Anwender zu einer Hautreaktion führt.“

Ist die MTA-Follow-up aussagekräftig?

Auf eine Frage aus dem Auditorium zur landläufigen Interpretation der MTA-Follow-up-Studie gab Barkley eine ganz eindeutige Antwort und appellierte, auch weiterhin medikamentös zu therapieren: „Die MTA-Studie ist sicher die größte und eine der historisch bedeutendsten Studien, die in der Kinderpsychiatrie bisher gemacht wurden. Trotzdem muss man festhalten, dass diese Studie nichts über das aussagt, was nach dem Abschluss einer ADHS-Behandlung passiert“. Und weiter: „Kürzlich wurden ja die 3-Jahres-Ergebnisse publiziert und erklärt, dass die medikamentöse Behandlung nicht mehr wirkt. Das ist eine seltsame Schlussfolgerung, da 60% der Patienten in allen Gruppen zu dieser Zeit medikamentös behandelt worden waren und es im Follow-up keine Unterbrechungsphase gab. Eine Unterbrechung der Therapie wäre aber doch die Voraussetzung gewesen, um daraus schließen zu können, dass die Medikamente nicht mehr wirken.“

„Wir müssen früher mit effektiven Therapiemaßnahmen beginnen und sie über den Tag wie auch die Entwicklungsperioden hinweg länger aufrecht erhalten – bis weit ins Erwachsenenalter hinein! - so könnte ich den heutigen Workshop auf den Punkt bringen“, griff Barkley seinen Vorträgen in Berlin vor.

(Foto: FvW)



Literatur

(1) Barkley RA et al. J Child Psychol Psychiatry 2004; 45 (2): 195-211]

Quelle: Workshop „Quo Vadis? ADHS Visionen 2008. Berlin, 3. September 2008. Mit freundlicher Unterstützung der Medice Arzneimittel Pütter GmbH&Co.KG

Autor: G. Fischer v. Weikersthal, München

Größte SIT-Studie der Welt zu einer der größten Volkskrankheiten der Welt: Pollenallergie

Schnelligkeit und Wirksamkeit von POLLINEX® Quattro bei der Spezifischen Immuntherapie (SIT) bestätigt

Großes Forum für die bisher größte DBPC-SIT-Studie der Welt. Bencard Allergie präsentierte auf dem 3. Deutschen Allergie Kongress in Erfurt die Ergebnisse seiner doppelblind-placebokontrollierten SIT-Studie (G301) mit POLLINEX® Quattro Grass, einem Präparat zur Kurzzeit-SIT mit nur 4 Injektionen pro Jahr. Die Basis: 1.028 randomisierte Patienten aus 84 internationalen Prüfzentren. Damit handelt es sich um die größte Studie ihrer Art – und die einzige, die den strengen Anforderungen der Food and Drug Administration (FDA) entspricht und erfolgreich ihr primäres Studienziel erreicht hat. Das Ergebnis ist ein Beweis für die Wirksamkeit von POLLINEX® Quattro und belegt, was Allergiker immer wieder fordern: eine schnelle Allergietherapie, die hochwirksam ist, dabei maximal anwenderfreundlich aufgrund einer Mindestanzahl notwendiger Injektionen.

Nach aktuellsten Statistiken gehören Allergien zu den häufigsten Volkskrankheiten:

- 30 % aller Deutschen leiden an Allergien (66 % davon an Heuschnupfen)
- 250.000 Neuerkrankungen kommen jährlich hinzu.

Nur etwa ein Viertel aller Betroffenen wird behandelt. Die SIT – auch Hyposensibilisierung genannt – spielt mit einer Verordnungshäufigkeit von 7 % im Therapiespektrum eine untergeordnete Rolle. Sie gilt als kompliziert, langwierig und wenig erfolgversprechend, zu Unrecht.

„Powerimpfung“: die Alternative zur klassischen SIT

Die G301-Studie zeichnet ein neues Bild der SIT, das Ärzten und Patienten gleichermaßen entgegenkommt. Durch den Wirkverstärker Monophosphoryl-Lipid A (MPL®) ermöglicht POLLINEX® Quattro eine Kurzzeit-Therapie mit nur 4 Injektionen in-

nerhalb von 3 Wochen bei gleichzeitiger hervorragender Wirksamkeit.

SIT-Studie G301 von höchster interner Validität

Die POLLINEX® Quattro-Studie G301 wurde unter strengsten Kriterien durchgeführt:

- Einschluss aller randomisierten Patienten in die Ergebnisauswertung (Intention-To-Treat-Analyse, ITT)
- doppelblind-placebokontrolliertes Studiendesign
- „Real-Life“-Bedingungen während der Pollenflugsaison 2007
- > 1.000 Patienten weltweit, durchschnittliche Krankheitsdauer über 20 Jahre
- elektronische Patiententagebücher für stringente Einhaltung des Studienprotokolls.

Praxisrelevante Wirksamkeit

In der Gruppe der Patienten, die alle 4 Injektionen erhielten, zeigte sich eine statistisch hoch signifikante Verbesserung des kombinierten Symptom-Medikationsscore von 27 % (zusätzlich zum Placeboeffekt, der zwischen 40 % und 50 % anzusiedeln ist). Dabei wurden nur Patienten mit vollständig ausgefülltem Tagebuch berücksichtigt.

Höchste Compliance-Rate aller SIT-Studien

Die G301-Studie weist die beeindruckende Compliance-Rate von 95,7 Prozent aus, bedingt durch die einfache und schnelle Anwendung von POLLINEX® Quattro.

Gute Verträglichkeit

Die geringe Abbruchrate aufgrund von lokalen Nebenwirkungen von 1,4 Prozent spiegelt zudem die geringen Nebenwirkungen von POLLINEX® Quattro wider.

POLLINEX® Quattro – die Zukunft der SIT

POLLINEX® Quattro verkürzt die SIT ohne Verlust von Wirksamkeit und Verträglichkeit. Bisher veröffentlichte Daten dokumentierten bei über 90 % der Patienten einen langfristigen Erfolg nach 3 aufeinander folgenden Therapiejahren.

„Für viele Allergiker, die die Langzeit-SIT mit langwierigen Behandlungsterminen über 12 Monate scheuen, ist POLLINEX® Quattro mit dem MPL®-Booster eine echte Alternative“, so Dr. K. J. Fischer von Weikersthal-Drachenberg, International Medical Director bei Bencard Allergie.

Nach Informationen von Bencard Allergie GmbH, München

Windpocken: Erhöhtes Komplikationsrisiko bei Kindern mit atopischem Ekzem

Effektive Wirkung der Windpocken-Impfung bei atopischer Dermatitis

Kinder mit atopischer Dermatitis können effektiv und gut verträglich vor Windpocken geschützt werden. Daten einer aktuellen Studie zeigen, dass ihnen dadurch bakterielle Superinfektionen und ein erhöhtes Komplikationsrisiko erspart bleiben könnten. Die Vorbehalte gegenüber einer Impfung gegen Varizellen bei Kindern mit atopischer Dermatitis erwiesen sich als unbegründet: Es war keine Verschlechterung des Ekzems zu erkennen.

Kinder mit atopischer Dermatitis haben ein erhöhtes Komplikationsrisiko bei einer Infektion mit dem Varizella-Zoster-Virus (VZV). Sie leiden unter einer längeren Krankheitsdauer, häufiger und länger unter Fieber und weisen ausgedehntere Läsionen auf (Tab.). Sie sind außerdem stärker durch Juckreiz beeinträchtigt und etwa jedes dritte Kind entwickelt eine bakterielle Superinfektion – überwiegend verursacht durch Streptokokken. Die Kinderärzte Dr. Antonia Kienast und Prof. Dr. Peter Höger vom Katholischen Kinderkrankenhaus Wilhelmstift in Hamburg sprechen sich daher in ihrer vor kurzem im „Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft“ publizierten Arbeit deutlich für eine konsequente Impfung von Kindern mit atopischem Ekzem aus.

VZV-Impfung senkt die Komplikationsrate und zeigt keine Nachteile

Die Varizellen-Impfung ist eine effektive und gut verträgliche Methode, Kinder mit atopischer Dermatitis vor einer schweren Windpocken-Erkrankung und den damit verbundenen Komplikationen zu bewahren. In der prospektiven, randomisierten, multizentrischen Studie mit 133 Kindern zwischen einem und neun Jahren konnte gezeigt werden, dass die bei Eltern verbreitete Sorge, das atopische Ekzem könne sich durch die Impfung verschlechtern, unbegründet ist. Die Kinder litten seit mindestens einem Jahr an einem atopischen Ekzem und wurden entweder im ersten oder im zweiten Studienjahr einmalig gegen Varizellen geimpft (Varilrix®). Bei beiden

	Kinder mit atopischem Ekzem	Kinder ohne atopisches Ekzem
Persistierendes Fieber	38 %	6 %
Ausgedehnte Läsionen	31 %	6 %
Starker Juckreiz	88 %	18 %
Superinfektionen der Haut	31 %	6 %
Krankheitsdauer	16 d ± 3,6 d (10–18 d)	11 d ± 3,4 d (8–14 d)

Tab.: Varizellen-Erkrankung bei Kindern mit und ohne atopischem Ekzem (nach Kienast et al.)

Gruppen konnte ein vergleichbarer, kontinuierlicher Abfall des SCORAD-Wertes (SCORing Atopic Dermatitis) beobachtet werden, es wurden also keine Verschlechterungen des atopischen Ekzems in Folge der Impfung gesehen.

Die Kinder reagierten auf die Impfung genauso wie Kinder ohne atopische Dermatitis (17,1 Prozent mit lokalen Symptomen, 10,3 Prozent mit Fieber und 16,2 Prozent mit einem Exanthem). Acht Wochen nach der Impfung wiesen 94 Prozent der Kinder eine Serokonversion auf, die bei 88,9 Prozent auch nach einem Jahr noch bestand. Während des zweijährigen Follow-Ups entwickelte keines der geimpften Kinder Windpocken – trotz enger Kontakte zu erkrankten Personen.

Vierfach-Kombinationsimpfstoff für eine effektive Impfung gegen MMRV

Die aktuellen Empfehlungen der STIKO, Kinder im Alter von 11 bis 14 Monaten gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen (MMRV) zu impfen, lassen sich mit einem Vierfach-Kombinationsimpfstoff (z.B.

Priorix-Tetra®) komfortabel umsetzen. Der Impfstoff ist für Kinder ab dem Alter von neun Monaten einsetzbar. Unter bestimmten Umständen, beispielsweise bei Aufnahme in eine Kinderkrippe, kann also die Impfung frühzeitig durchgeführt werden. Eine zweite Impfdosis gegen VZV – wie in das zugelassene Impfschema des Vierfach-Kombinationsimpfstoffs bereits integriert – führt zu einem starken Boostereffekt des Varizellen-Antikörper-Titers mit einem mehr als 20-fachen Antikörperanstieg. Durchbruchserkrankungen können damit in vielen Fällen voraussichtlich verhindert und damit die Akzeptanz der Impfung erhöht werden.

Zertifizierte Online-Fortbildungen für medizinisches Fachpersonal rund um das Thema Impfen können unter www.impfakademie.de absolviert werden.

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

Nach Informationen von Glaxo SmithKline GmbH, München

Wichtige Telefon- und Telefax-Nummern

www.kinderaerzte-im-netz.de

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mitgliederverwaltung

Kongressabteilung

Präsident

Dr. med. Wolfram Hartmann

Vizepräsident

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Ulrich Fegeler

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Christen

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

Prof. Dr. med. Frank Riedel

Dr. med. Wolfgang Gempp

Regine Hauch

Honorarausschuss

Dr. med. Roland Ulmer

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

DISA / DISU

Beratungsstellen der Kinderumwelt gGmbH der DAKJ

Richtlinien für Autoren abzufordern unter:

Elektronisches Archiv „Kinder- und Jugendarzt“:

E-mail: bvkj.buero@uminfo.de

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

Tfx.: (02 21) 68 32 04

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

Tfx.: (02 21) 6 89 09 78

Tel.: (0 27 32) 76 29 00

Tfx.: (0 27 32) 8 66 85

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

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

Tel.: (0 30) 3 62 60 41

Tfx.: (0 30) 3 61 17 13

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

Tfx.: (05 11) 81 15-3325

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

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

Tfx.: (0 75 31) 69 07 85

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Tfx.: (0 91 23) 97 70 45

PädInform: Ulmer_Lauf

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

(Betreff bitte BVKJ)

Tel.: (0 30) 40005880

Tfx.: (0 30) 40005888

Tel.: (05 41) 97 78-900

Tfx.: (05 41) 97 78-905

Tel.: (02 01) 81 30-104

Tfx.: (02 01) 81 30-105

PädInform/Archiv

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

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

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

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

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

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

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

Druckauflage 11.267

lt. IVW I/2008

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft
Kommunikationsforschung im
Gesundheitswesen



LA-MED

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

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

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

Anzeigenpreisliste: Nr. 41 vom 1. Oktober 2007

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

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

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