

bvkJ.

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

Heft 01/11 · 42. (60.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Forum:

Das Interview
des Kindes

Fortbildung:

Reptilien-
assoziierte
Salmonellose

Berufsfragen:

Steuerliche
Anmerkungen
zum Jahreswechsel

Magazin:

Schwerpunkt:
Frühe Bildung

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT **bvkj.**



© Marzanna Syncerz - Fotolia



Welche Bildung brauchen Kinder?

Der Wert der frühen Jahre

S. 50

Inhalt 01 | 11

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

Forum

- 3 Viel lesen, wenig surfen
Regine Hauch
- 4 Vermischtes
- 6 Von Anfang an gemeinsam
Birgit Schmidt-Lachemann
- 7 Bundesweiter Leitfaden für
Kinderschutzgruppen in
Kliniken
Bernd Herrmann
- 8 Das Leser-Forum
- 9 Das Interview des Kindes
bei den Vorsorgen U10
und U11
*Danylo Kubryk,
Gunther Döring*
- 12 Aktion Lesestart!
geht weiter
Regine Hauch
- 13 Kinderkommission fordert
mehr Vorsorgeunter-
suchungen
- 14 Neue Wege in der präven-
tiven Kinderernährung
Mathilde Kersting

Fortbildung

- 15 Reptilien – assoziierte Sal-
monellose bei Säuglingen
Wolfgang Kunze
- 21 Der besondere Fall: Fall-
stricke bei der Diagnostik
einer Glykogenose Typ 1
Ulf Schulze-Sturm
- 26 Exanthema subitum
*Helmut Helwig,
Hansjörg Cremer*
- 29 Welche Diagnose wird
gestellt?
*Peter Müller,
René Schwarz*
- 29 Impressum
- 31 Impfforum
Ulrich Heining
- 32 Consilium Infectiorum:
Postexpositionsprophylaxe
bei einem 7 Monate alten
Masern-exponierten Klein-
kind?
Ulrich Heining
- 34 Review aus englisch-
sprachigen Zeitschriften

Berufsfragen

- 38 Ausgewählte steuerliche
Anmerkungen zum Jahres-
wechsel
Thomas Ketteler-Eising
- 40 Entwurf eines Kinder-
schutzgesetzes – was sagt
der BVKJ dazu?
Wolfram Hartmann
- 42 Datenschutz – Hemmnis
für die Kooperation bei
Frühen Hilfen?
Wolfgang Gempp
- 43 Wahlergebnis
- 44 Online-Abrechnungs-
pflicht ab 2011!
Joachim Hecht
- 47 Vertretung gesucht ...
Regine Hauch
- 48 Integrierte Versorgung
Frank Friedrichs
- 49 Vermischtes

Magazin

- 50 Welche Bildung brauchen
Kinder?
Regine Hauch
- 51 Frühe Bildung
Thomas Rauschenbach
- 53 Kinder mit Migrations-
hintergrund in Tages-
einrichtungen
Kirsten Fuchs-Rechlin
- 55 Bildungspaket für zwei
Millionen Kinder
- 56 Paediatric-Termine
- 57 Fortbildungstermine BVKJ
- 58 Buchtipps
- 59 Tagungen und Seminare
- 60 Personalien
- 61 Praxistafel
- 63 Nachrichten der Industrie
- 68 Wichtige Adressen des BVKJ

Beilagenhinweis:

Dieser Auflage liegen in voller Auflage ein Flyer des BVKJ „Zentraler Vertreter-nachweis“, als Teilbeilagen das Programmheft der 9. Pädiatrie à la carte, Bielefeld, das Programmheft des 34. Pädiatretreffs, Köln, und ein Flyer zur Jahrestagung der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, bei. Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

Reptilien – assoziierte Salmonellose bei Säuglingen

Kasuistiken mit Literaturübersicht

Wir berichten über fünf Patienten mit *Salmonella*-Enteritiden, die durch Kontakt mit Reptilien verursacht wurden. Epidemiologische Analysen der Salmonellose zeigten, dass trotz Rückgang der Salmonellosen der Anteil bei Kindern unter zwei Jahren durch andere *Salmonella*-Serovare steigt. Es wird ein Überblick über die Nomenklatur der Salmonellen, die Literatur zum Thema sowie Empfehlungen zur Verminderung des Risikos bzw. Vermeidung einer Salmonellenübertragung von Reptilien auf den Menschen gegeben.

Einleitung

Als Zoonosen bezeichnet man infektiöse Erkrankungen, die sowohl vom Tier auf den Menschen als auch vom Menschen auf das Tier (Antrophozoonosen) übertragen werden können.

Eine der wichtigsten und am besten untersuchten Zoonosen ist die Salmonellose. Die nicht-typhoiden Salmonellosen werden durch die sog. Enteritis-Salmonellen, die typhoiden Salmonellosen durch *S. Typhi* oder *S. Paratyphi* hervorgerufen.

Salmonellosen sind eine klassische Lebensmittelinfektion. Zunehmend wird jedoch auch über eine Übertragung durch im Haushalt lebende Tiere berichtet (3, 8, 20, 25, 28, 35, 36). Wir möchten nachfolgend über fünf Säuglinge bzw. Kleinkinder berichten, die an einer Enteritis in Verbindung mit in der häuslichen Umgebung lebenden Reptilien erkrankten.

Eigene Beobachtungen

Patient 1

Anamnese: Etwa eine Woche vor stationärer Aufnahme erkrankte der 10 Monate alte Säugling an Durchfall. Als Fieber und Nahrungsverweigerung hinzukamen, erfolgte die Einweisung.

Klinischer Aufnahmebefund: Graziler, altersgerecht reagibler, kräftig schreiender Säugling mit Fieber (40°C), gerötetem Rachen, eitrigem Schnupfen und geröteten Trommelfellen.

Laborbefunde: CRP 61,1 mg/l. Leukozyten 27,5 Gpt/l. Differenzialblutbild unauffällig. ALAT 3,55 µmol/lxs, ASAT 1,68 µmol/lxs.

Im Stuhl Nachweis von *Salmonella* Paratyphi B, Varietät *S. Java*. 4,5, 12, : b : 1,2; d - Tartrat positiv; LZ : ut/nc.

Therapie und Verlauf: Nach Anlegen einer Infusion trat Entfieberung nach 2 Tagen ein, die Stuhlbeschaffenheit normalisierte sich innerhalb weniger Tage. Das CRP stieg am 2. Behandlungstag auf 153,8 mg/l und fiel nach einer Woche auf 11,8 mg/l ab. Leukozyten und Transaminasen normalisierten sich. Nach Vorliegen des Stuhlbe-

fundes und Antibiotogramms erfolgte eine Therapie mit Cefotaxim / Cefixim über 2 Wochen. Der Patient wurde beschwerdefrei mit normaler Stuhlkonsistenz nach acht Tagen entlassen. Als Ernährung wurden wieder 3 x 200 ml Milasan 2® und zwei Fertigbreie empfohlen.

Bei der Ursachensuche ergab sich, dass im elterlichen Haushalt 2 Tiger-, 2 Königs-, ein Teppich-, ein Baumpython, ein Chamäleon und 2 Kaninchen gehalten wurden. Eine konsequente Trennung der Tiere vom familiären Wohnraum war nicht erfolgt.

Tiger-, Königs- und Teppichpython, Chamäleon und Kaninchen wurden mit folgenden Ergebnissen bakteriologisch untersucht:

Tigerpython (Albino): *Salmonella* Gruppe B, Varietät *S. Java*; 4,5, 12, : b : 1,2; d - Tartrat positiv; LZ : ut/nc.

Königspython 1: *Salmonella enterica*, subsp. *diarizonae* (IIIb), *S. bongori*.

Königspython 2: *Salmonella enterica* subsp. *arizonae* (IIIa). Die Salmonellen der Königspythons waren resistent gegenüber Tetracyclinen, Cefotaxim, Chloramphenicol, Piperacillin und Amikacin. Die Untersuchungen bei den übrigen Tieren erbrachten negative Ergebnisse. Die vom Patienten und dem Tigerpython angezüchteten *Salmonella*-Stämme erwiesen sich als identisch.

Patient 2

Anamnese: Der zwei Monate alte Säugling erkrankte mit Fieber bis 39,8°C und nachlassender Trinkleistung. Es wurde ein Paracetamol-Zäpfchen (125 mg) verabreicht. Da auch am Folgetag Fieber bestand, erfolgte stationäre Aufnahme. Dabei wirkte der Säugling schreckhaft, fieberte bis 39,4°C, machte einen deutlich kranken Eindruck.

Laborbefunde: CRP 19,7 mg/l. Blutbild: Leukozyten 14,3 Gpt/l. Ausgeprägte Neutrophilie mit Linksverschiebung (22% Stabkernige, 62% Segmentkernige), toxische Granulationen. Blutkultur: kein Wachstum. Eine Lumbalpunktion ergab keinen pathologischen Befund.

Ultraschalluntersuchung des Abdomens: teilweise verdickte Darmwände.



Dr. med. habil.
Wolfgang Kunze¹

Ines Hofmann²
Christa Arnold³
Regina Scheller³
Angelika Fruth⁴
Wolfgang Rabsch⁴
Michael Pees⁵
Katrin Gröger¹

1 Muldentalkliniken, Krankenhaus Wurzen, Abteilung Kinder- und Jugendmedizin

2 MVZ Labor Dr. Reising-Ackermann & Kollegen, Leipzig

3 Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen Sachsen, Standorte Dresden und Leipzig

4 Robert Koch-Institut, Nationales Referenzzentrum für Salmonellen und andere Enteritiserreger, Bereich Wernigerode

5 Universität Leipzig, Veterinärmedizinische Fakultät, Klinik für Vögel und Reptilien

Im Stuhl wurde *Salmonella* höherer Subspezies durch polyvalentes Anti-Salmonella II-Serum nachgewiesen. Die Typisierung ergab *Salmonella* subsp. IIIa; 44 : z4, z23, z32 :-.

Therapie und Verlauf: Der Säugling entleerte 8 bis 10 dünn-breiige Stühle pro Tag. Es wurde eine Infusionstherapie begonnen, worunter sich die Stuhlkonsistenz normalisierte und Entfieberung eintrat. Nach Vorliegen des Stuhlbefundes wurde über fünf Tage mit Cefotaxim behandelt. Nach insgesamt unauffälligem Verlauf konnte der Patient am achten Behandlungstag in gutem Allgemeinzustand entlassen werden. Die Ernährung war mit sechs Flaschen Pregomin® (wegen Verdacht auf Kuhmilchweiß-Unverträglichkeit) erfolgt.

Anamnestisch ergab sich nachträglich, dass im Haushalt Kornnattern und eine Bartagame gehalten wurden. Eine Untersuchung der Reptilien auf Salmonellen war bei fehlender Kooperation der Eltern nicht möglich.

Patient 3

Anamnese: Der sieben Monate alte Säugling erkrankte etwa eine Woche vor stationärer Aufnahme mit gehäufter Entleerung grünlicher, Konsistenz geminderter, z. T. blutig tingierter Stühle sowie Fieber bis 38,9°C. Die Stuhluntersuchung ergab *Salmonella* Oranienburg, Typisierungsergebnis: 6,7 : m,t : - Lysotyp (LT) RDNC. Eine ambulante Therapie mit Cefuroxim-Axetil in Kombination mit Heilnahrung führte zu keiner Besserung, sodass es zur stationären Aufnahme kam.

Die Laborwerte zeigten bis auf mäßig erhöhte Transaminasen keine Normabweichungen. Die Therapie beschränkte sich auf Kostaufbau und Gabe oraler Elektrolytlösung. Dadurch normalisierte sich die Stuhlbeschaffenheit rasch.

Eine gezielte Befragung ergab, dass im Haushalt vier Strumpfbandnattern und ein Hund gehalten wurden. Eine Untersuchung der Reptilien auf Salmonellen wurde abgelehnt. Die Ernährung des Säuglings war mit 2–3 Flaschen Milasan 2® und zwei Fertigbreien erfolgt.

Patient 4

Anamnese: Der elf Monate alte Säugling war drei Tage vor stationärer Einweisung mit Durchfall und Fieber bis 39°C erkrankt. Klinische Befunde und Laborwerte boten

keine Auffälligkeiten. Im Stuhl wurde *Salmonella* Eastbourne, 9,12 : e,h : 1,5 nachgewiesen.

Unter Diät normalisierte sich die Stuhlbeschaffenheit rasch. Im Elterngespräch wurde bekannt, dass eine Bartagame als Haustier gehalten wird.

Die tierärztliche Untersuchung des Reptils mit Abstrichen von Haut, Rachen und Kot ergab *Salmonella* subsp. I, *S. Eastbourne* 9,12 : e,h : 1,5.

Patient 5

Ein 4⁵/₁₂ Jahre altes Kleinkind erkrankte in einem Kindergarten mit Durchfall. Die bakteriologische Stuhluntersuchung ergab *Salmonella* Lome. Eine antibiotische Behandlung erfolgte nicht. Reptilienzüchtende Eltern hatten dem Kindergarten eine Bartagame geschenkt. Die Kinder hätten das Tier nicht streicheln oder in anderer Weise mit ihm spielen dürfen. Die Versorgung des Tieres lag in der Verantwortung einer Erzieherin. In einer Kotprobe dieses Tieres wurde ebenfalls *Salmonella* Lome nachgewiesen.

Diskussion

Epidemiologie

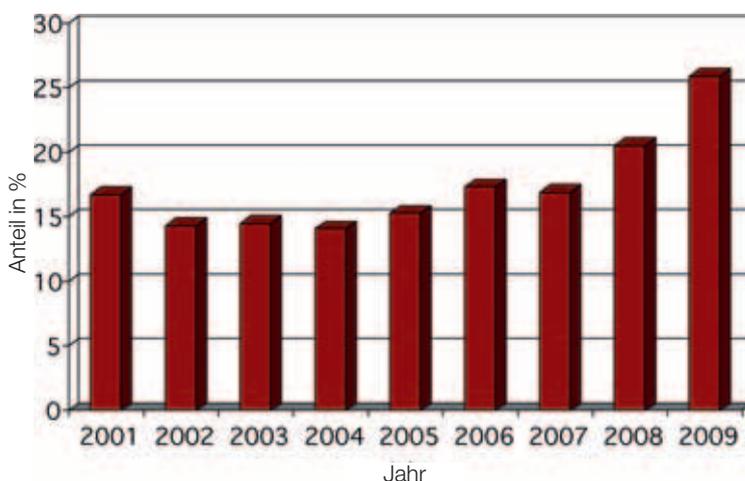
Salmonellen sind nach Campylobacter die zweithäufigsten bakteriellen Enteritiserreger in Deutschland. Jährlich werden ca. 50.000 Erkrankungen gemeldet, was einer Inzidenz von ca. 60 / 100.000 entspricht. Man nimmt an, dass dies nur 10–20% der tatsächlichen Erkrankungen sind (37). **Salmonelleninfektionen des Menschen sind in bis zu 10% auf direkten oder indirekten Kontakt mit Heimtieren, insbesondere mit Reptilien zurückzuführen** (11, 36).

Wie aus Abb. 1 ersichtlich, steigt der Anteil der Salmonellenenteritis bei Kindern unter zwei Jahren, wenn man die gemeldeten Fälle der häufig vorkommenden *S. Enteritidis*- und *S. Typhimurium*-Fälle subtrahiert. Durch das Nationale Referenzzentrum für Salmonellen und andere Enteritiserreger wurde gezeigt, dass ein Teil der Infektionen durch Reptilien bedingt ist (Tab. 1).

In den USA kommt es jährlich zu 1.4 Mio. Salmonelleninfektionen mit 600 Todesfällen. 6% davon (74.000) werden auf direkten oder indirekten Kontakt mit Reptilien zurückgeführt. Die Wahrscheinlichkeit einer Salmonelleninfektion liegt in den USA bei 6%, bei unter 21-jährigen bei 11% (32).

Die Inzidenz der Reptilien-assoziierten Erkrankungen nimmt auch in europäischen Ländern zu. Zwischen 1990 und 2000 wurden in Schweden 339 Reptilien-assoziierte Salmonellenerkrankungen gemeldet. Von 1990/94 bis 1996/97 erhöhte sich die Inzidenz von 0,15 auf 0,79 / 100.000, um nach einer Aufklärungskampagne auf 0,46 / 100.000 abzufallen (18). Über 103 Reptilien-assoziierte Salmonellosen in den Jahren 2000–2007 werden aus den Niederlanden berichtet. Weniger als 1% aller Salmonellosen waren 2007 in Dänemark Reptilien- bzw. Amphibien-assoziiert (20). In Großbritannien rechnet man mit etwa einer halben Million Reptilien in Haushalten und einer steigenden Zahl von durch diese ausgelösten Infektionen (2,42). Aus Deutschland liegen aus den Jahren

Abb. 1: Anteil der Enteritiden durch *Salmonella* Subsp. I-IV (ohne *S. Typhimurium* und *S. Enteritidis*); gemeldete Salmonellose-Fälle bei Kindern unter zwei Jahren



Jahr	Alter	<i>Salmonella</i> (S.) Subspecies (subsp.), Serovar, Antigenformel	Reptilienkontakt u.ä.
2008	2 Monate	<i>S. enterica</i> subsp. IIIb, 53:z10:-	Schlange
2008	3 Monate	<i>S. enterica</i> subsp. II, 58:lz13,z28:z6	Bartagame
2008	8 Jahre	<i>S. enterica</i> subsp. IIIb, 61:z52:z53	Schlange
2008	7 Monate	<i>S. Poona</i> , 13,22:z:1,6	Schlange
2008	11 Monate	<i>S. Gaminara</i> , 16:d:1,7	Bartagame
2008	3,9 Jahre	<i>S. Jangwani</i> , 17:a:1,5	Reptil
2008	8 Monate	<i>S. enterica</i> subsp. IV, 18:z36z38:-	Leguan
2008	17 Monate	<i>S. Pomona</i> 28:y:1,7	Schildkröte
2008	5 Wochen	<i>S. enterica</i> subsp. II, 35:g,m,s,t:-	Bartagame o. Chamäleon
2008	1 Woche	<i>S. Johannesburg</i> , 40:b:e,n,x	div. Schlangen
2008	2 Wochen	<i>S. enterica</i> subsp. II, 58:c:z6	Leguan, Wasseragame
2008	9 Wochen	<i>S. enterica</i> subsp. IV, 48:g,z51:-	Wasseragame
2009	9 Monate	<i>S. Eastbourne</i> , 9,12:e,h:1,5	Bartagame
2009	3 Monate	<i>S. Herston</i> , 6,8:d:e,n, z15	Leguan
2009	6 Jahre	<i>S. Thompson</i> , 6,7:k:1,5	Wasserschildkröte
2010	5 Tage	<i>S. enterica</i> subsp. II, 21:z10:z6	Waran
2010	17 Tage	<i>S. Apapa</i> , 45:m,t:-	Schlangen, Bartagame
2010	2 Monate	<i>S. Jangwani</i> , 17:a:1,5	Würgeschlangen
2010	3 Monate	<i>S. Ealing</i> 35:g,m,s:-	Bartagame
2010	11 Monate	<i>S. Pomona</i> 28:y:1,7	Bartagame
2010	3 Monate	<i>S. Tennessee</i> 6,7:z29:-	Bartagame
2010	10 Monate	<i>S. Minnesota</i> 21:b:e,n,x	Wasserschildkröte

Tab.1: Infektionen von Kindern durch Kontakt zu exotischen Haustieren

2006 bis 2008 Berichte über 33 Reptilien-assoziierte Salmonellen vor (8, 20). In der Tab. 1 sind die unterschiedlichen Serovare mit Namen der Subsp. I und die namenlosen der höheren *S. subsp.* dargestellt. In allen Fällen wurde ein Reptilienkontakt dokumentiert, der stichprobenartig auch durch molekulare Feintypisierung einschließlich der Tierisolate bestätigt wurde.

Das internationale Schrifttum weist wenige Beiträge über Fallhäufungen auf (8, 18, 31, 39). **Bis zu 81% der Erkrankungen treten im Säuglingsalter auf, über die meist kasuistisch berichtet wird** (1, 9-11, 14-17, 30, 33, 39, 44, 46). **Mit zunehmendem Alter verringert sich die Erkrankungshäufigkeit** (6, 43).

Bei der Geschlechtsverteilung werden von den meisten Autoren keine signifikanten Differenzen angegeben (1, 8, 12). Aleksic fand jedoch das männliche Geschlecht im Vergleich zum weiblichen doppelt so häufig betroffen (3).

Ätiologie

Reptilien sind in hohem Grade mit seltenen Salmonellen-Serovaren besiedelt. Manche sind Träger mehrerer Stämme (44). Man geht davon aus, dass **bis zu 90% der Reptilien Salmonellenträger** sind und diese ausscheiden (13, 26, 45).

Zur Klasse der Reptilien gehören Schlangen, Echsen (u.a. Leguane, Agamen, Salamander, Geckos, Eidechsen, Chamäleons), Schildkröten und Krokodile.

Die Gattung der Salmonellen wird in zwei Spezies: *S. enterica* und *S. bongori* unterteilt. *S. enterica* untergliedert sich in 6 Subsp. (I, II, IIIa, IIIb, IV, VI) (36).

Menschliche Salmonelleninfektionen wurden in den Jahren 1977 bis 1992 (90.201 gemeldete Erkrankungen) zu 99,55% durch Stämme der Subsp. I verursacht. Die restlichen 403 Isolate (0,45%) verteilten sich auf die

Subsp. II-VI. Davon waren 101 (25,1%) von Reptilien isoliert worden (3).

Diese Beobachtung wird von zeitnahen Untersuchungen bestätigt. Reptilien-assoziierte Salmonellen beim Menschen werden meist durch Vertreter der seltenen Subsp. II, IIIa, IIIb und IV verursacht (26, 45).

Das Nationale Referenzzentrum für Salmonellen in Deutschland dokumentiert 28 Infektionen bei Kindern im Zeitraum 2006–2008, von denen 17 auf die Subsp. II-IV, 11 auf Subsp. I entfallen (8, 35).

In den Niederlanden wurden 2.262 Isolate von Reptilien und Amphibien untersucht. Die Mehrzahl betrifft Subsp. I mit 931 Isolaten, gefolgt von IIIb (569), IV (289), II (274), IIIa (196) und V (3) (20). Auf die breite Palette möglicher *Salmonella*-Serovare wird von Handrick et al. hingewiesen (25).

Die Kolonisation mit Salmonellen kann während der Trächtigkeit und Geburt der Tiere erfolgen. Dieser Übertragungsweg führt in 65% zur Keimbesiedlung der neugeborenen Tiere (41).

Eine transovarische Passage von Salmonellen wurde bei Schlangen nachgewiesen, die operativ entwickelt und bakteriologisch untersucht wurden. In allen Fällen konnten identische *Salmonella*-Serotypen aus dem Kot von trächtigen Tieren und deren Föten isoliert werden. Experimentelle Infektionen mit *S. Typhimurium* und *S. enterica* subsp. *arizonae* (IIIa) führten bei oraler Verabreichung nicht zur Bildung von Antikörpern. Dies gelang nur bei intrakardialer und intracoeliakaler Applikation. **Salmonellen sind im Ergebnis dieser Untersuchung als opportunistische Besiedler in Reptilien zu werten** (13).

Pathogenese

Die Salmonellose gilt als klassische Lebensmittelinfektion. Meist sind nicht ausreichend erhitzte Eier sowie

rohes Fleisch und deren Folgeprodukte die Ursache (36). Bei Erkrankung von (jungen) Säuglingen kommt dieser Infektionsweg nicht in Betracht, da sie gestillt werden bzw. industriell hergestellte Säuglingsmilch und Fertigbreinahrung erhalten. So ist bei häuslicher Reptilienhaltung nach Ausschluss aller anderen Übertragungsmöglichkeiten der direkte oder indirekte Kontakt mit den Tieren als naheliegende Infektionsursache anzusehen. Dieser Infektionsweg wurde im Säuglingsalter mehrfach dokumentiert (1, 9-11, 14, 16, 17, 20, 30, 31, 33, 39, 44, 46).

Die Übertragung der Salmonellen von Reptilien auf den Menschen setzt nicht zwingend einen direkten Kontakt voraus. Als Übertragungsmodus werden Berühren (67%), Füttern (57%), Kontakt mit dem Schildkrötenhabitat (69%) und „Kissing“ (10%) genannt (12). Auch der Besuch einer Reptilienschau (5), eines Zoos (23) oder die Tätigkeit in einer Zoohandlung (22) sind Infektionsmöglichkeiten. Die Keime befinden sich im Kot, im Rachen, auf der Haut der Tiere, wie auch durch die Untersuchung bei Patient 4 bewiesen werden konnte. Die Übertragung kann sowohl durch direkten Tierkontakt als auch indirekt (z. B. über Eltern auf den Säugling, durch Genuss von Klapperschlangenfleisch (27)) erfolgen. Bei unserem Patienten 5 habe kein direkter Kontakt zur Bartagame bestanden.

An Salmonellenenteritis erkrankte Patienten weisen in der Regel keine besonderen Dispositionsfaktoren auf. Patienten mit Dispositionsfaktoren zeigen jedoch einen schwereren Krankheitsverlauf (24, 29, 38). Die Gesamtmortalität wird in Deutschland mit <0,1%, in den USA mit 0,7% angegeben (32, 35).

Klinische Manifestationen

Klinisch manifestiert sich eine Salmonellenenteritis mit Bauchschmerzen, konsistenzgeminderten, z. T. blutigen Stühlen und Fieber (7). Entwickelt sich aus der Enteritis eine systemische Infektion, kann sich diese als Sepsis (10, 17, 22, 30, 33, 44) oder Organinfektion mit Meningitis (14, 16, 17, 21, 30, 33, 46), Osteomyelitis, Arthritis (34, 38, 40), Peritonitis, Pleuritis (29), Milzabszess (6) oder Weichteilinfektion (24, 38) manifestieren. Von Absiedlungen kann jedes Organ betroffen sein (29, 36). Immunsupprimierte und Patienten mit Vorerkrankungen sind besonders gefährdet (24, 29, 33, 38).

Diagnostik

Für die Diagnostik kommen die üblichen Methoden der Entzündungs- und bakteriologischen Diagnostik zur Anwendung. In der Regel sind dies Untersuchungen des Stuhls. Je nach klinischer Manifestation kommen auch Blut, Liquor, Urin und Eiter in Betracht (7, 25).

Therapie und Verlauf

Bei einer unkomplizierten Enteritis genügt im Allgemeinen der Flüssigkeits- und Elektrolytausgleich. Eine Antibiotika-Therapie ist bei Patienten mit Verdacht auf systemische Infektion bzw. mit erhöhtem Risiko angezeigt, z.B. mit Cephalosporin der 3. Generation, bei Erwachsenen auch mit Ciprofloxacin (7).

Prophylaxe

Eine wirksame Prophylaxe solcher Infektionen kann nur im Vermeiden jeden direkten und indirekten Kontaktes zwischen Reptilien und empfänglichen Personen bestehen. Den Haltern muss bewusst gemacht werden, dass diese Tiere keine „Spieltiere“, sondern permanente Infektionsquellen sind. In Ländern, in denen befristete Handelsverbote bestanden bzw. Informationskampagnen erfolgten, konnte ein Rückgang dieser Infektionen beobachtet werden (12, 18, 32).

In Deutschland existieren derzeit keine solchen Bestrebungen. Die tierärztliche Grenzkontrolle auf dem Flughafen Frankfurt/Main registrierte 2007 mehr als 500.000 Reptilienimporte (35).

Eine „Sanierung“ salmonellenauscheidender Reptilien zur Vermeidung menschlicher Infektionen wird nicht empfohlen, da Salmonellen in der Regel Bestandteil der natürlichen Keimflora des Darmes sind. Die Stämme sind auch in hohem Maße gegenüber Antibiotika resistent (19).

Von Gesundheitsbehörden wird eine intensive Aufklärung über die Risiken einer Reptilienhaltung in Wohnungen gefordert (4, 8, 20, 28).

Das Robert Koch-Institut stellte diesbezüglich folgenden Katalog praxisrelevanter Empfehlungen zusammen (35):

- Betreiber von Zoohandlungen, medizinisches Personal und Tierärzte sollten Besitzer und Käufer von Reptilien und Amphibien über das Risiko einer Salmonellenübertragung durch diese Tiere informieren.
- Nach Umgang mit Reptilien/Amphibien sollten die Hände immer mit Wasser und Seife gewaschen werden.
- Personen, die ein hohes Risiko für eine komplizierte Salmonelleninfektion aufweisen, wie Kinder unter fünf Jahren und Immunsupprimierte, sollten Kontakt zu Reptilien und Amphibien vermeiden.
- Reptilien und Amphibien sollten im Haushalt mit Kindern unter fünf Jahren und Immunsupprimierten sowie in Betreuungseinrichtungen für Kleinkinder nicht gehalten werden.
- Reptilien und Amphibien sollten sich nicht frei in der Wohnung bewegen und sind von Küche oder anderen Bereichen, in denen Lebensmittel zubereitet werden, fernzuhalten.
- Terrarien und Aquarien bzw. Gegenstände daraus sollten nicht in Küchenwaschbecken gereinigt werden. Falls die Badewanne zu diesem Zweck verwendet wird, sollte diese anschließend gründlich gereinigt und desinfiziert werden.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. habil. Wolfgang Kunze
Abt. Kinder- und Jugendmedizin, Muldentalkliniken GmbH,
Krankenhaus Wurzen
Kutusowstraße 70, 04808 Wurzen
Tel. : 03425 93 2318
E-Mail: Kunze@Krankenhaus-Muldentalkliniken.de

Red.: Christen

Der besondere Fall ●●●

Fallstricke bei der Diagnostik einer Glykogenose Typ 1

Der hier geschilderte Fall einer Glykogenose Typ 1a mit nachgewiesener Homozygotie für die häufigste *G6PC*-Mutation zeigte eine Dyslipoproteinämie mit extremer Hypertriglyceridämie und ausgeprägter Hypercholesterinämie.

Initial lückenhafte Diagnostik sowie die rasche Verbesserung der Situation durch eine wirksame Therapie mit MCT verzögerten anfangs die korrekte Diagnosestellung. Kritische Aufarbeitung im Verlauf führte zu einer Optimierung der Therapie.

Kollegiale Diskussion und Hilfestellung im Rahmen von Fallkonferenzen helfen dann besonders, wenn diese auch die Möglichkeiten geben, eventuelle Fehler zu benennen und zu diskutieren.

Unser Patient

Ein drei Monate alter männlicher Säugling wurde stationär aufgenommen zur operativen Versorgung von Leisten- und Nabelhernien. Anamnestisch bekannt war

eine Frühgeburtlichkeit (rechnerisch 34(+1) SSW) sowie eine neonatale Hyperbilirubinämie, im Anschluss gutes Gedeihen, bislang keine weiteren Auffälligkeiten.

Bei der präoperativen Laboruntersuchung fiel ein lipämisches Serum auf (Abb. 1). Dies bestätigte sich bei Kontrolle. In der laborchemischen Untersuchung zeigten sich folgende Auffälligkeiten: eine exzessive Hypertriglyceridämie, eine deutliche Hypercholesterinämie, eine Erhöhung der freien Fettsäuren, eine Hypoglykämie, eine Erhöhung der Transaminasen, eine Erniedrigung des Quick-Wertes und Verlängerung der aPTT, eine Hyperkalzämie bei niedrigem Parathormon- und normalem Vitamin-D3-Spiegel sowie eine Hyponatriämie (Tab. 1).



Abb. 1: Foto des lipämischen Serums

	Normwerte	Bei erster Aufnahme	Alter 5 Monate
Triglyceride	<150 (mg/dl)	5577	194
Cholesterin	<190 (mg/dl)	565	131
HDL	>45 (mg/dl)	250	20
LDL	<160 (mg/dl)	30	89
VLDL	<30 (mg/dl)	285	19
freie Fettsäuren	0,5-1,6 (mmol/l)	5,5	n.b.
Blutzucker	70-100 (mg/dl)	49	80
Quick (INR)		1,4	1
aPTT	<36 (s)	56	36
GOT // GPT	<55 (U/l)	252 // 208	47 // 41
gamma-GT	<93 (U/l)	389	21
Ges.-Kalzium	2,0-2,7 (mmol/l)	3,3	2,68
Harnsäure	<6,2 (mg/dl)	5,6	3,5

Tab. 1: Laborwerte initial und im Alter von fünf Monaten



Dr. med. Ulf Schulze-Sturm¹

Prof. Dr. med. Anhib Martin Das²

Prof. Dr. med. René Santer³

Dr. med. Wolfgang Marg¹

(1) Professor-Hess-Kinderklinik, Klinikum Bremen-Mitte

(2) Zentrum für Kinderheilkunde, Medizinische Hochschule Hannover

(3) Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf

Abb. 2: Ultraschallbild der hepatischen Veränderungen



Im Ultraschall stellte sich eine Hepatomegalie mit Anhebung der Echogenität dar (Abb. 2), die als Steatosis hepatis bei Fettstoffwechselstörung mit Hypertriglyceridämie interpretiert wurde.

Differenzialdiagnosen

Es wurde bei dieser Konstellation an eine Fettstoffwechselstörung gedacht, wobei die ausgeprägte Hypertriglyceridämie Leitsymptom war, insbesondere da der Blutzucker nach der initialen Hypoglykämie in der Folge stets normwertig gemessen wurde.

Differenzialdiagnostisch wurde eine Hypertriglyceridämie erwogen, die familiär vorkommt, mit sehr triglyceridreichen VLDL einhergeht und in der Regel niedrige HDL-Cholesterinwerte zeigt. Der Vererbungsgang ist autosomal-dominant. Die Manifestation im Kindesalter wäre jedoch sehr ungewöhnlich. Als zweite Differenzialdiagnose wurde die sehr seltene Hypertriglyceridämie bei Hyperchylomikronämiesyndrom vermutet, der ein Mangel an Lipoproteinlipase oder ihrem Aktivator Apolipoprotein C-II zugrunde liegt und die häufig mit einer Pankreatitis einhergeht. Bei dieser Erkrankung liegen die Triglycerid-Werte in den meisten Fällen über 1000 mg/dl.

Therapie mit MCT bei vermuteter Fettstoffwechselstörung

Da die klinische Vermutung in Richtung Lipoproteinlipasemangel ging, wurde mit einer fettfreien Ernährung (Basic-F®) in Kombination mit einer MCT (medium-chain triglycerides)-angereicherten Nahrung (Alfaré®, etwa 50% der Fette als MCT) begonnen. Daraufhin kam es innerhalb von 48 Stunden zu einer Besserung der Laborwerte. Es wurde daher die Dauerernährung mit Basic-F® unter Zusatz von Ceres-MCT-Öl und essentiellen Fettsäuren eingeleitet.

In der Folge kam es zu einer klinisch sichtbaren Besserung mit Rückgang der Hepatomegalie bis zum Alter von 5 Monaten. In Laborverlaufskontrollen war ein deutlicher Abfall der Triglyceride, eine Reduktion der erhöhten Cholesterinwerte, eine Normalisierung von Kalzium und Quick-Wert sowie eine Besserung von aPTT, gamma-GT und Transaminasen zu verzeichnen (Tab. 1).

Diagnosestellung

Zur Diagnosesicherung wurde eine molekulargenetische Untersuchung des Gens der Lipoproteinlipase (LPL) durchgeführt, eine Mutation konnte jedoch nicht nachgewiesen werden.

Dies führte zur Planung einer Enzymaktivitätsbestimmung. Anlässlich der dafür erforderlichen Blutentnahmen wurde der Patient auch nochmals klinisch untersucht, was nun in Verbindung mit den Laborparametern zur Verdachtsdiagnose einer Glykogenose Typ 1 führte. Eine molekulargenetische Sicherung der Diagnose konnte erbracht werden (*G6PC* c.247C>T). Somit wurde im Alter von 7 Monaten die Diagnose einer Glykogenose Typ 1a gestellt (Abb. 3).

Hauptsymptome der Glykogenose Typ 1

Klinische Hauptsymptome einer GSD 1 sind: Hepatomegalie, Kleinwuchs, Hypoglykämien und damit einhergehende Krampfanfälle, Nierenvergrößerung, Xanthome, später Adenom- und Karzinomentwicklung, bakterielle Infektionen und Diarrhoe, sowie inflammatorische Darmerkrankungen bei Typ 1 non-a.

Biochemische Befunde sind: hypoketotische Hypoglykämie, Hyperlaktatämie, Hyperurikämie, Hypertriglyceridämie, sowie Neutropenie bei Typ 1 non-a (Chen et al. 2001).

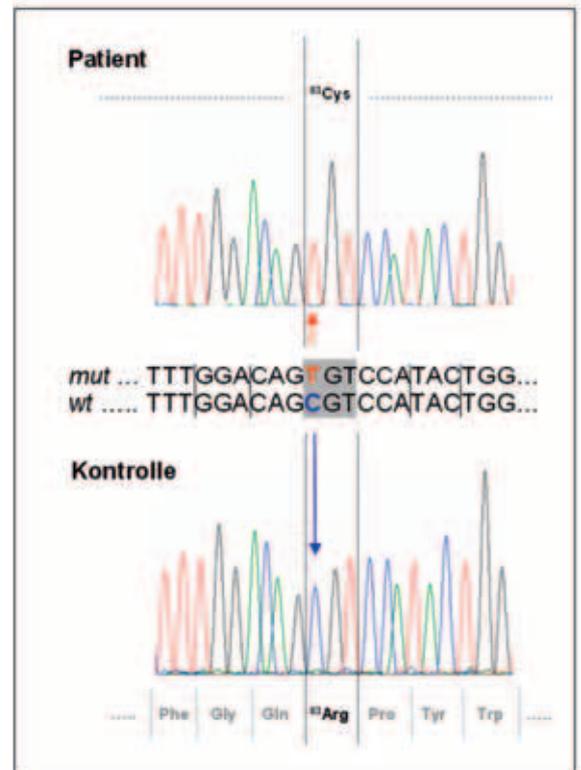


Abb. 3: Molekulargenetische Diagnostik.

Sequenzierung von exon 2 des *G6PC* Gens im Bereich von c.247 beim Patienten und einer gesunden Kontrolle. Durch den in homozygoter Form vorliegenden Basenaustausch an dieser Position ergibt sich der Aminosäureaustausch p.Arg83Cys. Beide Eltern zeigten bei dieser Untersuchung ein heterozygoten Muster (Daten nicht dargestellt)

Weiterer Verlauf

Die Ernährung erfolgte seit Diagnosestellung wie empfohlen kontinuierlich mit einer Kalorienzufuhr, die zu etwa 66% aus Kohlenhydraten, 26% aus Protein und zu 8% aus Fetten gedeckt wurde (Däublin et al. 2002). Unter dieser Ernährung wurde eine Normalisierung des Cholesterins sowie ein ausgeglichenes Blutzuckerprofil mit Werten zwischen 80–90 mg/dl erreicht. Ebenso normalisierten sich Transaminasen und Gerinnung. Die Harnsäure sowie die CHE waren ebenfalls normwertig.

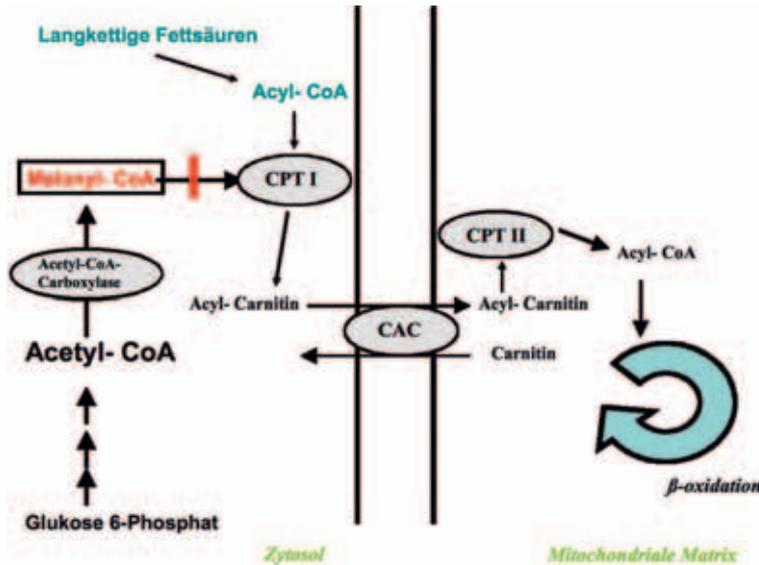


Abb. 4: MCT bei Glykogenose.

Die intramitochondriale β -Oxidation der langkettigen Fettsäuren wird bei GSD 1 vermutlich durch die Akkumulation von Malonyl-CoA und die Hemmung der Carnitin-Palmitoyl-Transferase (CPT) 1 behindert. Durch die Zufuhr von MCT könnte dieser Mechanismus umgangen werden, β -Oxidation und Ketogenese würden wieder möglich.

Bei verzögerter Längenentwicklung wurde IGF-1 gemessen, dessen Konzentration im Plasma auffallend niedrig war. Die Körperlänge, die im Alter von 6 Monaten weit unterhalb der 3. Perzentile lag, nahm nach Diagnosestellung und Therapieumstellung deutlich zu, blieb jedoch weiterhin bis zum 10. Lebensmonat unter der 3. Perzentile. Das Körpergewicht nahm von der 10. Perzentile im 6. Monat auf die 25. Perzentile im 10. Monat zu.

Fehleranalyse

Die im Rahmen der operativen Diagnostik zufällig aufgefallene Hyperlipidämie wurde nicht ausreichend differenzialdiagnostisch abgeklärt. Zu schnell wurde sich auf eine Vermutungsdiagnose festgelegt ohne genügende Berücksichtigung der zur Operation führenden Symptome (Hernien) sowie der festgestellten klinischen Befunde (Hepatomegalie) und auffälligen Laborbefunde (initiale Hypoglykämie, Transaminasenerhöhung). Weitere Laboruntersuchungen unterblieben zunächst.

Unterstützt wurde dieser erste Fehler durch die rasche Besserung nach Einführung der als therapeutisch angesehenen Nahrung mit überwiegender Zufuhr von MCT

als Fetten. Der Umstand, dass mit der MCT-haltigen Nahrung tatsächlich eine wirksame Behandlung durchgeführt wurde, wurde erst bei kritischer Diskussion nach Diagnosestellung deutlich.

Ein zweiter Fehler war, dass trotz dieser Besserung und des zunehmenden Wohlbefindens des Kindes, oder gerade deswegen, im Verlauf die Diagnose zunächst nicht erneut kritisch hinterfragt wurde.

Verstärkt wurde die Festlegung auf die Vermutungsdiagnose durch den Umstand in der Anamnese, dass die Großmutter des Kindes eine Fettstoffwechselstörung habe, und dass die Eltern (beide deutsch) berichteten, sie hätten, nachdem sie sich kennenlernten und ein Paar wurden, festgestellt, dass sie Cousin und Cousine sind. Somit wurde der Verdacht auf die eher ungewöhnliche Diagnose eines familiären Lipoproteinlipasemangels unterstützt. Eine entsprechende Kasuistik (Krebs et al. 2005), die Übereinstimmung mit unserem Fall zeigte, schien diese Vermutung zu bestätigen.

MCT in der Glykogenose-Therapie

Das et al. zeigten 2010, dass mittellangkettige Fettsäuren einen positiven Effekt auf die metabolische Kontrolle und die Längenentwicklung bei Glykogenose Typ 1 haben (Das et al. 2010). Die Begründung für die MCT-Verabreichung ist, dass die Energiebalance und die metabolische Kontrolle bei GSD 1 verbessert werden müsste, da bei der GSD 1 der Influx langkettiger Fettsäuren in die Mitochondrienmatrix durch Akkumulation von Malonyl-CoA gehemmt ist. Infolgedessen kann in den Mitochondrien über Fettsäureoxidation weniger Energie bereitgestellt werden, in der Leber ist die Ketogenese vermindert (Abb. 4). In der beschriebenen Studie wurde unter MCT-angereicherter Diät eine Verbesserung von Kohlenhydrat- und Energiebedarf, eine Verringerung der Hypoglykämie-Episoden, eine verminderte Harnsäure-, Laktat- und Triglyceriderhöhung sowie eine vermehrte Ketonkörperbildung und ein verbessertes Längenwachstum gesehen. Spekuliert wurde außerdem über einen positiven Einfluss auf eine spätere Adenom- bzw. Karzinomentwicklung.

Im Rahmen regelmäßiger gemeinsamer Fallkonferenzen wurde der Fall noch einmal aufgearbeitet. Es ließ sich nun besser erklären, warum die initial eingeleitete MCT-Zufuhr die klinisch gesehene und laborchemisch nachgewiesene Besserung erbrachte.

Unter regelmäßigen Blutzuckerkontrollen und der oben beschriebenen Ernährung entwickelte sich das Kind gut bis zu einem Zeitpunkt, an dem sich offensichtlich aufgrund eines Materialfehlers ein Abriss der Magensonden ereignete. Hierunter entwickelte sich eine schwere protrahierte nächtliche Hypoglykämie, einhergehend mit prolongiertem Krampfanfall und erneuter stationärer Aufnahme.

Aktuell hat sich das Kind von der Krisensituation sehr gut erholt und die Behandlung läuft entsprechend dem üblichen Behandlungsschema. Unbefriedigend weiterhin ist der niedrige IGF-1-Spiegel sowie die damit einhergehende unzureichende Körperlängenentwicklung.



Abb. 5: Foto des Patienten

Das aktuelle Foto (Abb. 5) zeigt den Patienten im Alter von vier Jahren.

Fazit für die Praxis

Der hier geschilderte Fall einer Glykogenose Typ 1a mit nachgewiesener Homozygotie für die häufigste G6PC-Mutation zeigte eine Dyslipoproteinämie mit extremer Hypertriglyceridämie und ausgeprägter Hypercholesterinämie. Initial lückenhafte Diagnostik sowie die rasche Verbesserung der Situation durch eine wirksame Therapie mit MCT verzögerten anfangs die korrekte Diagnosestellung. Kritische Aufarbeitung im Verlauf führte zu einer Optimierung der Therapie. Im Rahmen der häuslichen Dauerbehandlung kam es zu einer schweren Komplikation, wie sie bei diesen Patienten leider auftreten kann.

Die Beschreibung der Kasuistik soll dazu dienen, an folgende Grundsätze noch einmal zu erinnern:

Im Rahmen differenzialdiagnostischer Überlegungen nicht zu schnell auf eine bestimmte Diagnose hinsteuern, Berücksichtigung und Abwägen aller klinischen Symptome, Komplettierung laborchemischer Diagnostik so irgend möglich und sinnvoll, Reevaluierung der vermuteten Diagnose im Verlauf.

Kollegiale Diskussion und Hilfestellung im Rahmen von Fallkonferenzen helfen dann besonders, wenn diese auch die Möglichkeiten geben, eventuelle Fehler zu benennen und zu diskutieren.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzadresse:
Dr. med. Ulf Schulze-Sturm
Professor-Hess-Kinderklinik, Klinikum Bremen-Mitte
St.-Jürgen-Str. 1
28177 Bremen
ulf.sch_st@gmx.net

Red.: Christen

Exanthematische Kinderkrankheiten ●●●

Exanthema subitum – Dreitagefieber – HHV-6-Infektion – Roseola infantum – 6. Krankheit



Prof. Dr. med.
Helmut Helwig

Prof. Dr. med.
Hansjörg Cremer

Exanthematische Säuglingskrankheit mit typischem Fieber- und Exanthemverlauf, verursacht durch eine HHV-6 (oder -7)-Primär-Infektion.

Erreger

Hauptsächliche Ursache des Exanthema subitum ist eine Primärinfektion mit HHV-6, weniger häufig und etwas später (s. Epidemiologie) auch HHV-7. Die Mehrzahl der HHV-6- und -7-Primärinfektionen läuft symptomlos ab (s.u.).

Das humane Herpesvirus Typ 6 ist ein lymphotropes doppelsträngiges DNA-Virus, strukturell eng verwandt mit dem Zytomegalie-Virus (CMV). Von 2 Serotypen (6A und 6 B) kommt in Europa praktisch nur der Typ 6 B als Krankheitsursache vor. Nach durchgemachter Primärinfektion persistiert das Virus lebenslanglich in latenter Form in Körperzellen und kann jederzeit reaktiviert werden (z.B. bei Immunschwäche).

Epidemiologie

Der Mensch ist das einzige Erregerreservoir für das HHV-6-Virus. Die Primärinfektion erfolgt im 1. Lebensjahr. Mehr als 90 % der Neugeborenen besitzen mütterliche Antikörper und sind seropositiv. Im Alter von 6 Monaten haben weniger als 10 % der Säuglinge eine eigene Primärinfektion durchgemacht, mit 12 Monaten sind es schon 40 % und mit 2 Jahren 80 %. Zwischen 6 und 15 Monaten machen die meisten Kinder eine Primärinfektion durch. Bei weniger als 25 % der primär Infizierten entwickelt sich das typische Krankheitsbild mit Fieber und Exanthem. Die primäre HHV-7-Infektion findet etwas später statt.

Inkubationszeit und Infektiosität

Die durchschnittliche Inkubationszeit beträgt 10 Tage (5–15 Tage).

Die meisten Erwachsenen scheiden HHV-6 und -7 mit dem Speichel aus und können so die Säuglinge infizieren. Infektios können auch Blut, Urin und Liquor sein.

Das Virus gelangt über Mund, Nase oder Konjunktivalschleimhaut in den Körper des primär Infizierten.

Klinisches Bild

Das Exanthema subitum ist der Prototyp der HHV-6 und -7-Primär-Infektion, wenn auch eine unspezifische, bzw. fehlende Symptomatik deutlich überwiegt.

Die **Prodromalphase** ist in der Regel asymptomatisch. Es können ausnahmsweise leichte katarrhalische Symptome der oberen Luftwege oder eine konjunctivale Reizung auftreten.

Typische Erkrankungen äußern sich mit plötzlich auftretendem **hohen Fieber bis 40°C**, Reizbarkeit, Nahrungsverweigerung und **occipitaler Lymphknotenvergrößerung**.

Krampfanfälle treten bei 5–10 % der Erkrankten während des Fiebers auf. Gelegentlich kommt es zur Vorwölbung der Fontanelle und Enzephalopathie.

Mit **kritischer Entfieberung nach 3 (–5) Tagen** kommt es innerhalb 12–24 Stunden zum Auftreten eines kleinfleckigen, **makulopapulösen Exanthems** (Abb. 1–3), zuerst am Stamm, dann auf Hals, Gesicht und Extre-



Abb. 1: Typisches Exanthem an Kopf und Stamm

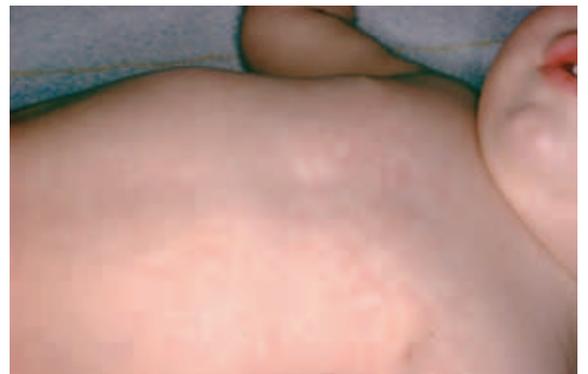


Abb. 2: Exanthem-Ausschnitt am Stamm



Abb. 3: Exanthem am Stamm

mitäten übergreifend, gelegentlich konfluierend. Das Exanthem verschwindet nach wenigen Stunden bis 3 Tagen wieder.

Die gewöhnlich in einem etwas späteren Alter auftretende **HHV-7-Primärinfektion** verläuft überwiegend asymptomatisch. Gelegentlich werden kurzdauerndes, weniger hohes Fieber und diskretes Exanthem beobachtet. Es wird vermutet, dass die symptomatischen Fälle auf eine Reaktivierung von HHV-6 Viren zurückzuführen sind.

Fieber und Fieberkrämpfe treten bei HHV-7-Infektionen häufiger auch ohne darauf folgendes Exanthem auf.

Laborbefunde

Während der Fieberphase finden sich Leukozytenwerte von $8-9.000/\text{mm}^3$, mit Fieberabfall und Exanthembeginn fallen die Leukozyten in typischen Fällen auf $4-6.000/\text{mm}^3$ ab mit überwiegender Lymphozytose.

Komplikationen

Im Liquor von Patienten mit unspezifischer, fokaler Meningoenzephalitis findet sich in etwa 6 % HHV-6 DNA. Eine Enzephalitis als HHV-6 oder -7-Folge ist eine Rarität. Sie tritt am ehesten bei Immundefizienten, AIDS-Patienten oder nach Organtransplantationen auf.

Bei Erwachsenen wurden auch Fälle von Mononucleose-ähnlicher Hepatitis beobachtet.

Diagnose

Bei typischen Krankheitsverläufen bei Säuglingen und Kleinkindern genügt die klinische Diagnose.

Eine Labordiagnose mit Serologie, Virus-Anzuchtung oder PCR sollte zweifelhaften Fällen zur Abgrenzung von Masern, Röteln etc. vorbehalten bleiben oder schweren Verläufen bei Immunschwäche.

Spezifisches IgM ist gewöhnlich ab dem 5.–7. Tag der Erkrankung nachweisbar mit einem Höhepunkt nach 2–3 Wochen und Verschwinden nach 2 Monaten. Ein vierfacher Anstieg der IgG-Antikörper weist ebenfalls auf eine akute Infektion oder akute Reaktivierung hin. Ein

einzelner IgG-Titer ist nicht als Diagnosehinweis verwertbar wegen der hohen Seroprävalenz in der Bevölkerung.

Virus-Nachweis und PCR sollten besonderen Fragestellungen vorbehalten bleiben.

Differentialdiagnose

Die wichtigsten Differentialdiagnosen Masern und Röteln sind weitgehend verschwunden, sodass bei typischem Krankheitsverlauf wenig Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung auftreten. Es bleiben Scharlach und Arzneimittel-Exantheme: Da bei unklarem Fieber, besonders im Säuglingsalter, häufig Antibiotika verordnet werden, kann ein makulopapulöses Exanthem, das mit Entfieberung auftritt, fälschlich dem Arzneimittel angelastet werden.

ZNS-Symptome wie Fieberkrämpfe oder die seltene Meningoenzephalitis mit gleichzeitigem Exanthem haben eher andere Ursachen.

Therapie

Symptomatische Therapie mit *Paracetamol* oder *Ibuprofen* ist nur bei ausgeprägten Allgemeinsymptomen oder besonders hohem Fieber, sowie bekannter Neigung zu Fieberkrämpfen, erforderlich. Auf ausreichende Flüssigkeitszufuhr muss geachtet werden.

Bei Immunschwäche ist eine antivirale Therapie mit *Ganciclovir*, *Cidofovir* oder *Foscarnet* (nicht mit *Acyclovir*) erfolgversprechend. Es liegen jedoch keine Ergebnisse prospektiver, kontrollierter Studien vor.

Prognose

Für die meisten Kinder ist die Prognose sehr gut und es sind keine Folgeschäden zu befürchten.

Prophylaxe

Eine gezielte Prophylaxe gibt es nicht, sie ist auch für den Normalfall nicht erforderlich.

Literatur beim Verfasser

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

Korrespondenzanschrift für den Text:
Prof. Dr. med. Helmut Helwig
Alemannenstr. 20
79117 Freiburg
e-mail: hehelwig@web.de

Korrespondenzanschrift für die Abbildungen:
Prof. Dr. med. Hansjörg Cremer
Dittmarstr. 54
74074 Heilbronn
e-mail: Hj.Cremer@t-online.de
NipD e.V. (www.hautnet.de)

Red.: Christen



FRÜHJAHRSTAGUNG



Arbeitsgruppe Pädiatrie

Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin und

10. Rostocker Kinderschlafmedizinisches Symposium



Schlafmedizin und Neonatologie

Tagungsleitung

Dr. med. Dirk Manfred Olbertz
Dr. med. Frank Kirchhoff
Klinikum Südstadt Rostock

Vorveranstaltung

Das KiSS-Konzept – Therapie behavioraler Insomnien bei Grundschulkindern

Schwerpunkthemen

- Schlafbezogene Atmungsstörungen bei Früh- und Neugeborenen
- Heimüberwachung bei Früh- und Neugeborenen
- Heimbeatmung
- Schulleistung und Schlaf
- Kinderschlafmedizin interdisziplinär

Workshops

- PSG Ableitung
- PSG Auswertung

Anmeldung und Informationen unter:

www.conventus.de/dgsm-paediatric

11.–13. März 2011 • Hotel NEPTUN • Rostock-Warnemünde

Welche Diagnose wird gestellt?

Peter Müller und René Schwarz

Anamnese

Eine 17 Jahre alte Patientin stellte sich mit seit etwa einer Woche progredienten und wechselnd krampfartigen Beschwerden im linken Oberbauch vor. Durchfall, Erbrechen oder Fieber waren nicht aufgetreten. In der Zweitanamnese berichtete die Patientin dann über einen harmlosen Sturz mit dem Moped, der sich ohne sichtbare Verletzungen 3 Monate vorher ereignet hatte.

Untersuchungsbefunde

Bei der klinischen Untersuchung imponierte sofort eine Resistenz mit glatter Oberfläche im linken Oberbauch. Paraklinisch fanden sich diskrete Entzündungszeichen und pathologisch hohe Transaminasen. Bildgebende Verfahren wiesen eine septierte Zyste mit 10 cm Durchmesser im linken Bauchraum nach, die retroperitoneal weit nach caudal reichte und eine Beziehung zum Pankreasschwanz zeigte (Abb. 1).

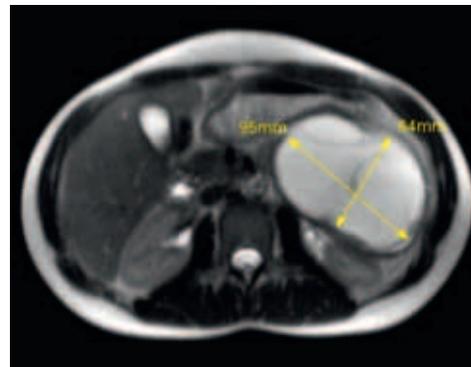


Abb. 1: Retroperitoneale, septierte Zyste im linken Bauchraum

Laborbefunde

CrP 33 mg/l, ESG 50/89 mm, Fibrinogen 6,93 g/l, ALAT 104 U/l, ASAT 53 U/l, Gamma-GT 62 U/l, AP 173 U/l (alle Werte pathologisch hoch). Normalbefunde: Blut-

bild, Amylase, Lipase, Bilirubin, Albumin, Kreatinin, LDH, Elektrolyte, Echinococcus-Serologie.

Wie lautet die Diagnose?

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

Herausgeber: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. in Zusammenarbeit mit weiteren pädiatrischen Verbänden.

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

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

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

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

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

Die „Nachrichten aus der Industrie“ sowie die „Industrie- und Tagungsreporte“ erscheinen außerhalb des Verantwortungsbereichs des Herausgebers und der Redaktion des „Kinder- und Jugendarztes“.

Druckauflage 13.200
lt. IVW III/2010

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft
Kommunikationsforschung im
Gesundheitswesen



LA-MED

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

Verlag: Hansisches Verlagskontor GmbH, Mengstr. 16, 23552 Lübeck, Tel. (04 51) 70 31-01 – **Anzeigen:** Max Schmidt-Römhild KG, 23547 Lübeck, Christiane Kermel, Fax (0451) 7031-280, E-Mail: ckermel@schmidt-roemhild.com – **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. 44 vom 1. Oktober 2010

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

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

© 2011. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

Diagnose: Posttraumatische Pankreas-Pseudozyste

Differentialdiagnosen

Pankreas-Pseudozyste nach Pankreatitis, Mesenterialzyste, zystisches Lymphangiom, Echinococcus-Infektion

Verlauf

Wegen der septierten und teilweise atypisch imponierenden Struktur der Zyste wurde auf eine transgastrische Drainage verzichtet, und es erfolgte die operative Exploration. Intraoperativ konnte die monströse Zyste separiert werden. Als Ursache der Zyste fand sich eine kleine Läsion am kaudalen Rand des Pankreasschwanzes. Das Pankreas selbst zeigte keine Zeichen einer akuten oder chronischen Pankreatitis, so dass eine komplette Abtragung und eine Übernähung des Pankreasschwanzes möglich war (Abb. 2, 3). Der postoperative Verlauf war komplikationslos, und es kam zur *Restitutio ad integrum*.

Pankreasverletzungen finden sich bei 0,2–6 Prozent aller Patienten mit sagittalen, stumpfen Bauchtrauma infolge Scherung oder Quetschung des Organs durch den Aufprall des Oberbauches z.B. an den Lenker eines Zweirades (1). Dabei kann es zu einer Parenchymläsion des Pankreas und einer Verletzung eines Seitenastes des D. pancreaticus kommen, was bei dieser Patientin zu einer Pseudozystenbildung als Spätfolge geführt hat.

Pankreas-Pseudozysten sind häufiger Komplikationen nach akuter oder chronischer Pankreatitis. Obwohl unter konservativer Therapie eine spontane Rückbildung öfters beobachtet werden kann, erfordern andererseits symptomatische Pankreas-

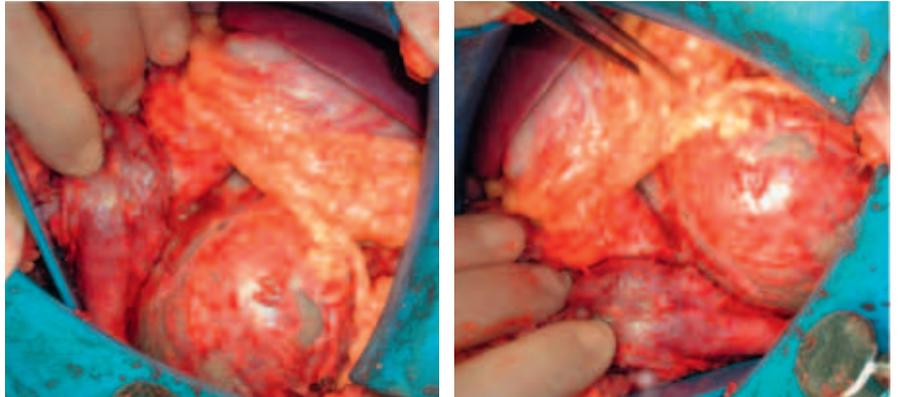


Abb. 2: Intraoperativer Situs, linke Colonflexur mobilisiert, Colon transversum nach rechts caudal verlagert

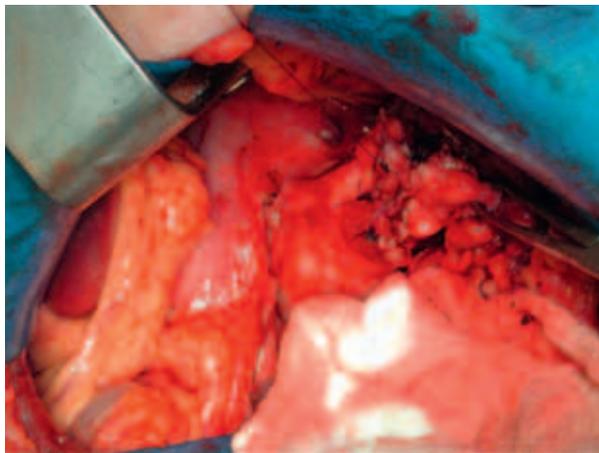


Abb. 3: Situs nach Abtragung der Pankreas-Pseudozyste und Übernähung des Pankreasschwanzes

Pseudozysten eine entsprechende interventionelle drainierende oder sogar operative Therapie.

Literatur:

1. Langwieler TE, Knoefel WT, Izbicki JR: Das Pankreustrauma – Diagnostik und Therapie. *Viszeralchirurgie* 36: 328-330 (2001)

Korrespondenz:

PD Dr. med. P. Müller
HELIOS Krankenhaus Leisnig
Colditzer Str. 48
04703 Leisnig

Red.: Höger

3 x MMR!

Die STIKO empfiehlt die zweimalige MMR(V)-Impfung regulär im Alter von 11–14 und 15–23 Monaten. In bestimmten Situationen, z.B. bei Masernausbrüchen, bevorstehender Aufnahme in eine Gemeinschaftseinrichtung, oder konkreter Masernexposition kann in Übereinstimmung mit der Zulassung von MMR(V)-Kombinationsimpfstoffen die erste Dosis schon *ab dem Alter von 9 Monaten* erfolgen. Die zweite Dosis MMR(V) sollte dann bereits zu Beginn des zweiten Lebensjahres erfolgen.

Wenig Beachtung findet die STIKO-Empfehlung, in bestimmten Situationen 3 x die MMR-Kombinationsimpfung durchzuführen. Dies ist dann empfohlen, wenn im Rahmen einer individuellen Risiko-Nutzen-Abwägung Gründe vorliegen, die erste Masern-Impfung (in der Regel als MMR-Kombinationsimpfung) bei einem Säugling bereits *im Alter von 6–8 Monaten* durchzuführen. Auch wenn für eine MMR-Impfung in diesem Alter umfassende Daten zur Sicherheit und Wirksamkeit der Impfung fehlen, so kann sie dennoch sinnvoll sein. Insbesondere dann, wenn eine tatsächliche, d.h. nachgewiesene Masernexposition vorliegt und keine maternale Leihimmunität mehr zu erwarten ist (z.B. bei Frühgeborenen und Kindern von Müttern mit unklarer Masernimmunität). Zu beachten ist, dass in dieser Situation für die erste Impfung nicht MMRV- sondern nur ein MMR-Kombinationsimpfstoff verwendet werden sollte und dass das Einverständnis der Sorgeberechtigten für den off-label Gebrauch eingeholt werden muss. Dabei kann auf die STIKO-Empfehlung verwiesen werden. Ferner sollen in dieser Situation zum Aufbau einer langfristigen Immunität 2 weitere MMR- bzw. MMRV-Impfdosen, wie allgemein empfohlen, im Alter von 11–14 und 15–23 Monaten stattfinden. Alternativ zur aktiven MMR-Impfung im Alter von 6–8 Mo-

naten kann bei Masern-Gefährdung des Säuglings auch eine passive Immunisierung mit einem Standard-Immunglobulin stattfinden. Dabei ist zu beachten, dass dann die 1. MMR(V)-Impfung (Lebendimpfung!) frühestens 5–6 Monate später gegeben werden soll, da sie zuvor wegen Interferenz der Immunglobuline mit den attenuierten Impfviren nicht sicher wirksam ist.

Ausführliche Erläuterungen zur frühen MMR-Impfung finden sich auf der Homepage des Robert Koch-Instituts (www.rki.de → Infektionsschutz → Impfen → Impfungen A-Z).

Kawasaki-Syndrom – ein seltenes unerwünschtes Ereignis nach Impfungen

In jüngster Zeit wurde auf internationaler Ebene aufgrund von Einzelfallmeldungen an die Zulassungsbehörden ein Zusammenhang zwischen Rotavirus-Impfung und Kawasaki-Syndrom diskutiert und die Ärzteschaft aufgefordert, weiterhin alle Fälle von Kawasaki-Syndrom nach Impfung(en) zu melden. Bislang gibt es aufgrund der vorliegenden Meldungen und deren Bewertung durch die Fachgremien keinen überzeugenden Anhalt für einen ursächlichen Zusammenhang. Zitat: *„Eine statistische Analyse hat gezeigt, dass weltweit die Anzahl der nach Impfung tatsächlich beobachteten Fälle weit geringer ist als die rein zufällig im zeitlichen Abstand zur Impfung zu erwartenden Fälle.“* (Stellungnahme des Paul-Ehrlich-Instituts vom 3.2.2009, www.rki.de, Suchbegriff „Rotavirus“). In diesem Zusammenhang wurde ich kürzlich mit dieser Situation konfrontiert: Ein Säugling entwickelte wenige Tage nach der zweiten DTPa-IPV-HepB/Hib- und simultan verabreichten ersten Pneumokokken-Konjugat-Impfung Fieber. Im Blutbild wurde eine Leukozytose festgestellt, woraufhin das Kind stationär eingewiesen wurde. Dort wurde bei eingehender Abklärung ein Kawasaki-Syndrom diagnostiziert. Eine Rotavirus-



Impfforum

Impfung hatte nicht stattgefunden. Ist dies eine häufige Assoziation? Hier hilft ein Blick in die frei zugängliche „UAW-Datenbank“ des Paul-Ehrlich Instituts (www.pei.de → Pharmakovigilanz → UAW-Datenbank). Dort finden sich (Zugriff Dezember 2010, Vermerk: „Datenbank aktualisiert bis 30.6.2010“) insgesamt 31 Fälle von Kawasaki-Syndrom nach unterschiedlichsten Impfungen im Kindesalter, einschliesslich DTPa-IPV-HepB/Hib. Für einen signifikanten ursächlichen Zusammenhang besteht kein Anhalt. Was ist zu tun? (1) Meldung an das örtliche Gesundheitsamt erstatten, welches die Anlaufstelle für Meldungen von V.a. Impfkomplicationen ist. Nur so kann die Datenbank laufend erweitert werden! (2) Die Eltern des Patienten über den Sachverhalt der vermutlichen Koinzidenz informieren und (3) die begonnene Impfserie fortführen, da nach heutigem Stand des Wissens keine Kontraindikation dafür besteht.

Choleraepidemie in Haiti – eine Impfindikation für Reisende!

Eine Choleraepidemie (Stamm: *Vibrio cholerae* O1 Ogawa) breitet sich seit Oktober 2010 in Haiti aus. Anfang Dezember waren bereits 2200 Todesopfer zu beklagen bei insgesamt ca. 95'000 Krankheitsfällen (Letalität: 2.3%!). Zudem sind erste Krankheitsfälle bei Reiserückkehrern (z.B. „Ex-

porte“ in die USA) und ein Übergreifen der Epidemie auf angrenzende Touristikgebiete, z.B. in die Dominikanische Republik gemeldet worden. Hat dies Implikationen für unsere Impfempfehlungen? Ja! Die STIKO empfiehlt die Choleraimpfung „bei Aufenthalt in Infektionsgebieten, speziell bei mangelhaften Hygienebedingungen bei aktuellen Ausbrüchen...“ (Epidem Bull 30/2010). Zwar sollte man eine Reise in ein Choleraepidemiegebiet tunlichst vermeiden (das Auswärtige Amt rät auch aus anderen Gründen von Reisen nach Haiti momentan ab), aber falls unvermeidbar gibt es die Möglichkeit der Impfprävention: Zugelassen ab dem Alter von 2 Jahren ist ein aus inaktivierten Cholera vibriolen (Inaba klassisch und El Tor, Ogawa klassisch) bestehender Impfstoff (Dukoral®), zur Anwendung per os. Er schützt gegen alle Cholera vibriolen vom Typ O1. Die Impfserie umfasst 2 Dosen (bei Kindern bis 6 Jahre: 3 Dosen) im Abstand von 1–6 Wochen. Der Wirkungseintritt ist ab etwa 1 Woche nach Verabreichung der zweiten Dosis gewährleistet. Der Schutz beträgt in den ersten 6 Monaten ca. 80–100 % und fällt danach binnen 1–2 Jahren auf ca. 30–60 %. Die Verträglichkeit der Impfung ist gut.

Prof. Dr. Ulrich Heininger
Universitäts-Kinderspital beider
Basel (UKBB) Basel/Schweiz

Red.: Christen

Postexpositionsprophylaxe bei einem 7 Monate alten Masern-exponierten Kleinkind?

**CONSILIUM
INFECTORIUM**

Prof. Dr.
Ulrich Heininger

Frage: Ein 7 Monate alter Säugling hatte Kontakt zu einem 1-jährigen Kleinkind, welches wegen Verdacht auf Masern stationär untergebracht war. Zum Zeitpunkt des Kontakts war die Masernerkrankung des Kleinkinds trotz hinweisender klinischer Symptomatik nicht bestätigt. Über den Impfstatus oder eine durchlebte Masernerkrankung der Mutter ist nichts bekannt.

1. Ist im vorliegenden Fall eine Postexpositionsprophylaxe bei dem 7 Monate alten Säugling indiziert?
2. Wenn ja, sollte diese durch eine aktive MMR(V)-Impfung oder durch die Gabe von unspezifischem Immunglobulin erfolgen? Wie würde die Empfehlung lauten, wenn die Mutter nachweislich über einen Impfschutz verfügen würde oder die Krankheit durchlebt hätte?
3. Wie würde die Empfehlung lauten, wenn lediglich 2 Tage seit Exposition vergangen wären?
4. Wann wäre eine Postexpositionsprophylaxe grundsätzlich indiziert?

Antwort: Dies ist eine unglückliche Situation, in der u. a. folgende Unklarheiten bestehen:

- Ist der Indexpatient tatsächlich an Masern erkrankt?
- Hat der Kontakt des 7 Monate alten Säuglings zum 1-jährigen Indexpatienten zwischen maximal 5 Tagen vor Ausbruch und 4 Tagen nach Ausbruch dessen Exanthems stattgefunden und war der Kontakt eng (mehrere Stunden im gleichen Raum)?

Davon ausgehend, dass die erste Frage nicht immer sofort und einfach zu klären ist und man daher in dubio vom Vorliegen von Masern ausgehen sollte und die 2. Frage mit „ja“ beantwortet werden kann (und somit der Indexpatient als kontagiös galt), folgende Ausführungen (zu o. g. Fragen):

1. Nein. Die Postexpositionsprophylaxe ist erst ab dem Alter von 9 Monaten, in Übereinstimmung mit dem unteren Alterslimit der Zulassung von MMR-Impfstoffen, empfohlen (STIKO 2010, Epidem Bull 30/2010, Seite 282 und Tabelle 2). Der Hinweis der STIKO, dass unter individueller Risiko-Nutzen-Abwägung auch schon im Alter von 6–8 Monaten geimpft werden kann, bezieht sich auf die präexpositionelle Impfung „in einem Ausbruchsgeschehen“.

2. Eine aktive Immunisierung wäre bei gegebener Indikation – Alter mindestens 9 Monate und ungeimpft oder nur einmal geimpft – in den ersten 3 Tagen nach Kontakt sinnvoll; die passive Immunisierung mit Standard-Immunglobulin ist für exponierte Schwangere und immundefiziente (und dadurch gefährdete) Personen postexpositionell empfohlen; optimal ebenfalls binnen 3 Tagen, evtl. auch bis zu 6 Tagen. Der Nestschutz nach Impfung wie auch nach natürlichen Masern der Mutter geht in den ersten 6 bis 9 Lebensmonaten allmählich und progredient verloren. Mit 7 Monaten – Alter Ihres Patienten! – ist kaum noch mit einem tragfähigen Nestschutz, d. h. ausreichend hohen maternalen Serum-Antikörpern beim Säugling, gegen Masern zu rechnen (Desgrandchamps et al. 2000).

3. Nicht anders, da die Zurückhaltung altersbedingt ist.
4. Hierzu der STIKO Original-Wortlaut (Epidem Bull 30/2010, Tabelle 2): „Ungeimpfte ab dem Alter von 9 Monaten bzw. in der Kindheit nur einmal geimpfte Personen oder Personen mit unklarem Impfstatus nach Kontakt zu Masernkranken“ (aktive Immunisierung) bzw. „für gefährdete Personen mit hohem Komplikationsrisiko und für Schwangere“ (Immunglobulingabe). Zur Immunglobulingabe wird noch auf Heft 29/2001 verwiesen, wo neben Schwangeren v. a. Immungeschwächte als Indikation erwähnt werden.

Letztendlich würden sich Situationen wie diese erübrigen, wenn es uns in Deutschland gelänge, durch höhere Durchimpfungsraten mit 2 x MMR einen Herdenschutz aufzubauen, von dem junge, noch ungeimpfte Säuglinge profitieren würden, da das Expositionsrisiko dann minimal wäre.

Literatur

1. Desgrandchamps D, Schaad UB, Glaus J, Tusch G, Heininger U: Seroprävalenz von IgG-Antikörpern gegen Masern, Mumps und Röteln bei Schweizer Kindern in den ersten 16 Lebensmonaten. Schweiz Med Wochenschr 2000;130:1479-86.

Prof. Dr. Ulrich Heininger
Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB)
Postfach, CH-4005 Basel

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.



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Rauchverbot und Asthmabehandlung

Smoke-free Legislation and Hospitalizations for Childhood Asthma

Mackay D et al., *N Engl J Med* 363:1139-1145, September 2010

Für viele Menschen, die in Restaurants und Bars arbeiten, bedeutet ein Rauchverbot am Arbeitsplatz eine Reduktion ihrer respiratorischen Symptome. Eine größere Untersuchung zur Frage, ob auch Menschen, die nicht in diesen vorher rauchbelasteten Bereichen arbeiten bzw. leben, von dem staatlichen Nichtrauchergebot profitieren, lag bisher noch nicht vor.

In Schottland wurden zwischen Januar 2000 und Oktober 2009 alle Krankenhausaufnahmen von Kindern mit Asthma unter 15 Jahren registriert. In 2006 wurde ein Gesetz zum Rauchverbot in öffentlichen Einrichtungen erlassen, somit war die Untersuchung möglich, ob dieses die stationäre Aufnahme mit Asthma bei Kindern beeinflusst hat. Die Ergebnisse zeigen eine Reduktion in der Inzidenz von Asthma bei Kindern, die sich nicht überwiegend in dem Bereich von Restaurants und Bars aufgehalten haben, Reduktion der Aufnahme von 18,2 % (95 % Konfidenzintervall 14,7 bis 21,8%, $p < 0,001$). Dieser Rückgang in der Aufnahme war besonders deutlich bei Vorschulkindern und Schulkindern.

Kommentar

Diese Information ist bedeutsam, weil man ursprünglich gefürchtet hatte, dass ein Verbot des Rauchens in öffentlichen Einrichtungen, Restaurants und Bars zu einer Zunahme der häuslichen Tabak-Exposition führen würde und somit evtl. einen Anstieg von Asthmaproblemen bei den Kindern zur Folge hätte. Diese Studie scheint eher das Gegenteil zu zeigen, nämlich möglicherweise auch Raucheinschränkungen im Haushalt. Dieses konnte auch an einer anderen Studie mit Messung von Speichel-Cotinine-Konzentrationen bei Kindern bestätigt werden.

Wie bei jeder Beobachtungsstudie können natürlich auch andere Faktoren, die in dieser Zeit sich ereignet haben, die Ergebnisse beeinflusst haben. Die Autoren versichern aber, dass ihnen

keine grundsätzliche Änderung in der Behandlung von kindlichem Asthma oder auch in der Luftverschmutzung in Schottland in diesem Zeitraum bekannt war. (Frank Riedel, Hamburg)

ADHS und chromosomale Störung

Rare Chromosomal Deletions and Duplications in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: a Genome-Wide Analysis

Williams NM et al., *The Lancet* 376: 1401-1408, Oktober 2010

Die „einfache Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung“ ist eine nach Verhaltenskriterien definierte psychiatrische Erkrankung, betrifft ca. 2 % aller Kinder und führt häufig noch im Erwachsenenalter zu Beeinträchtigungen. Trotz intensiver Forschung und einer Erblichkeit geschätzt auf >75% konnten bisher keine das Erkrankungsrisiko anzeigenden Genvarianten identifiziert werden. Die Studie von Williams et al. verspricht nun neue Einsichten in die Neurobiologie des ADHS. Die Forscher untersuchten erstmals das Genom von 410 englischen und 825 isländischen Patienten mit ADHS im Alter zwischen 5 und 17 Jahren auf seltene chromosomale strukturelle Auffälligkeiten und verglichen diese Ergebnisse mit Datensätzen aus britischen ($n=1.156$) und isländischen ($n=3.5243$) Geburtenkohorten, bestehend aus nicht-verwandten Probanden gleichen ethnischen Hintergrundes. Eine vollständige Datenanalyse war bei 366 Patienten und 1047 Kontrollprobanden möglich. Im Ergebnis fanden sich bei den ADHS-Patienten im Kontrollgruppenvergleich um den Faktor 2,09 vermehrt sog. copy-number variants („große CNVs“) bzw. Genkopiezahlvarianten, d.h. deletierte oder duplizierte Regionen auf einzelnen Allelen ($0,156$ vs. $0,075$; $p=8,9 \times 10^{-5}$). Besonders hohe Raten solcher chromosomalen Merkmale zeigten sich im Genom von Patienten, die gleichzeitig an ADHS und Lernstörungen mit einem $IQ < 70$ litten ($0,424$, $p=2,0 \times 10^{-6}$). Bemerkenswerter Weise ähnelten die Charakteristika der identifizierten CNVs denen, die in anderen Studien bei Autismusspektrumstörungen und Schizophrenien gefunden worden waren, was auf eine gemeinsame neurobiologische Störungsbasis hinweist. Die Autoren interpretierten ihre Befunde als Evidenz für eine genetische Komponente des ADHS als wegweisend für die weitere pathogenetische Forschung und unterstrichen die klinischen und sozialen Implikationen, die mit dieser Neubewertung bzw. der Verwerfung der Perspektive, das ADHS als vorwiegend soziales Konstrukt zu betrachten, einhergehen könnten.

Kommentar

Das Ergebnis der Untersuchung von Williams et al. ist vor allem hinsichtlich seiner unmittelbaren Auswirkungen überraschend. Im Editorial zur Ausgabe vom Lancet, in der die Druckversion der Studie erschien, wird berichtet, dass bereits wenige Stunden nach der Onlineveröffentlichung in diversen Pressemeldungen die Nachricht „ADHS ist genetisch“ als breaking news verbreitet wurde. Fast gleichzeitig wurden Stimmen laut, die vor den Folgen einer Vorherbestimmung menschlichen Seins durch die

Ergebnisse moderner genetischer Methodik für die Freiheit des Individuums mahnten. Genetisch versierte Kommentatoren hingegen schränkten die Bedeutung der Aussagen deutlich ein: Williams und seine Kollegen eröffneten zwar ein neues Kapitel in der Genetik von entwicklungsneurologischen Störungen, indem sie dem ADHS seinen Entstehungsort neben dem Autismus und der Schizophrenie zugewiesen und sogar Überlappungen in den Genotypen aufzeigten. Für diese Störungsbilder hätten sich jedoch jeweils hunderte bis über tausend assoziierte Genvarianten bzw. CNVs gefunden, von denen die häufigsten gerade 1–2% der Erkrankungsfälle bzw. Phänotypen erklären konnten. Der klinische Wert solcher Erkenntnisse bleibe folglich zunächst spekulativ. Das enorme Medienecho reflektiere weniger deren Relevanz als ein Bedürfnis nach einfachen Erklärungen und die typischen Probleme jeden Versuchs, die tatsächliche Bedeutung der stets komplexen und oft uneindeutigen Ergebnisse genetischer Forschung zu vermitteln. (Carola Bindt, Hamburg)

Etanercept und Wachstum bei Rheuma

Effects of Long-term Etanercept Treatment on Growth in Children with Selected Categories of Juvenile Idiopathic Arthritis

Giannini E et al., *Arthritis Rheum* 62: 3259–3264, November 2010

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, den Effekt der Langzeittherapie mit Etanercept (ETA) bei der Juvenilen Idiopathischen Arthritis (JIA) zu untersuchen. Dabei wurden über einen Zeitraum von 3 Jahren 594 Patienten mit einer Polyarthritiden oder einer Systemischen Arthritis, die mit ETA, ETA in Kombination mit Methotrexat (MTX) oder nur MTX behandelt wurden, bezüglich der Körpergröße, des Gewichts und des Body mass index (BMI) nach 1, 2 und 3 Jahren verglichen. Es fand sich eine signifikante Zunahme der Perzentilenentwicklung im Hinblick auf die Körpergröße, das Gewicht und den BMI in der mit ETA und in der mit ETA plus MTX behandelte Gruppe im Vergleich zu den Patienten, die nur mit MTX behandelt waren.

Kommentar

Diese Arbeit ist deshalb interessant, weil sie sich mit den Folgeerscheinungen der chronischen Inflammation – hier der Wachstumsstörung – befasst. Verschiedene Arbeiten konnten bereits einen positiven Effekt einer Anti-TNF Therapie auf die Größenentwicklung nachweisen (Tynjala P et al., *Ann Rheum Dis* 2006;65:4: 1044–9; Vojvodich PF et al., *J Rheumatol* 2007; 34: 2481–5; Schmelting H et al., *Clin Exp Rheumatol* 2003;21: 779–84).

Die vorliegende Studie zeigt nun an einer großen Population über einen längeren Zeitraum von 3 Jahren, dass ETA zu einer besseren Wachstumsentwicklung beitragen kann, während dies bei einer Monotherapie mit MTX nicht der Fall war. Ein modernes antirheumatisches Therapiekonzept sollte – neben der eigentlichen Arthritisbehandlung – auch diese krankheitsassoziierte Komplikation der Wachstumsstörung verfolgen.

(Toni Hospach, Stuttgart)

Für Ihre Patienten nur die Nr.1*

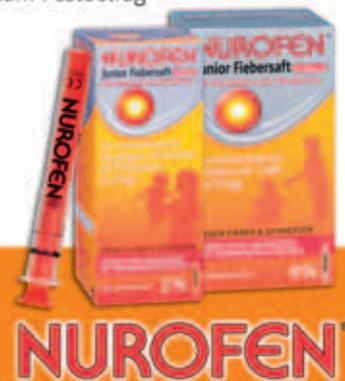


Bei Fieber und Schmerzen.



NUROFEN® Junior Fiebersaft Erdbeer 2% oder NUROFEN® Junior Fiebersaft Erdbeer 4%.

- Für Kinder ≥ 5 kg (ab 6 Monaten)
- Zucker-, gluten- und lactosefrei
- Qualität zum Festbetrag



* AC Nielsen Marktanteil NUROFEN® Fiebersäfte nach Wert, Oktober 2009 bis 2010.
** NUROFEN® Junior Zäpfchen ≥ 5 kg (ab 3 Monaten).

NUROFEN® Junior Fiebersaft Orange 2% Suspension zum Einnehmen
NUROFEN® Junior Fiebersaft Erdbeer 2% Suspension zum Einnehmen
NUROFEN® Junior Fiebersaft Erdbeer 4% Suspension zum Einnehmen
Wirkstoff: Ibuprofen. **Apothekenpflichtig. Zusammensetzung: Fiebersaft Orange 2%/Erdbeer 2%:** 5 ml Suspension zum Einnehmen enth.: Wirkstoff: 100 mg Ibuprofen. **Sonst. Best.: Polysorbit 80, Glycerol, Maltitol-Lösung, Xanthangummi, Saccharin-Natrium, Zitronensäure, Natriumcitrat, Natriumchlorid, Dimethylphenylhydrazin, gereinigtes Wasser. Fiebersaft Orange 2% zusätzl.:** Zitronensäure, Orangaroma. **Fiebersaft Erdbeer 2% zusätzl.:** Zitronensäure, Maltitol-Lösung, Erdbeeraroma. **Zusammensetzung Fiebersaft 4%:** 5 ml Suspension zum Einnehmen enth.: Wirkstoff: 200 mg Ibuprofen. **Sonst. Best.: Natriumbenzoat, Zitronensäure, Natriumcitrat 2H₂O, Saccharin-Natrium, Natriumchlorid, Hypromellose, Xanthangummi, Maltitol-Lsg., Glycerol, Erdbeeraroma, Thaumalin, Azorubin, ger. Wasser. Anwendungsgebiete:** Leichte bis mäßig starke Schmerzen, Fieber. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff Ibuprofen oder sonstige Bestandteile des Arzneimittels, Bronchospasmus, Asthma, Rhinitis oder Urtikaria nach Einnahme von ASS oder anderen NSAR in d. Anamnese, ungesicherte Blutbildungsstörungen, bestehende oder in der Anamnese wiederholt aufgetretene peptische Ulzera oder hämorrhagischen (mind. 2 unterschiedliche Epizoden), gastrointestinale Blutungen oder Perforation bei vorheriger NSAR-Therapie, zerebrovaskuläre oder andere aktive Blutungen, schwere Leber- oder Nierenfunktionsstörungen, schwere Herzinsuffizienz, letztes Schwangerschaftsdrittel. **Zusätzlich bei Fiebersaft 4%:** Überempfindlichkeit gegenüber Azorubin, Kinder unter 10 kg Körpergewicht (1. Jahr). **Nebenwirkungen:** Häufig: Gastrointestinale Beschwerden, geringfügige Magen-Darm-Blutverluste (in Ausnahmefällen mit Anämie), Gelegentlich: Zentralnervöse Störungen wie Kopfschmerzen, Schwindel, Schläfrigkeit, Erregung, Reizbarkeit, Müdigkeit, Sehstörungen, gastrointestinale Ulzera (u.U. mit Blutung und Durchbruch), ulzerative Stomatitis, Verstärkung einer Colitis und Morbus Chron, Gastritis, Überempfindlichkeitsreaktionen mit Hautausschlägen und Hautjucken sowie Asthmaanfällen (ggf. mit Blutdruckabfall). **Selten:** Tinnitus. **Sehr selten:** Palpitationen, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen (Anämie, Agranulozytose, Leuko-, Thrombo-, Panzytopenie), Otophagitis, Pankreatitis, intestinale diaphragmatische Strikturen; Ödeme (insbesondere bei Patienten mit arterieller Hypertonie oder Niereninsuffizienz), nephritisches Syndrom, interstitielle Nephritis (ggf. mit akuter Niereninsuffizienz), Papillennekrosen, erhöhte Harnsäurekonzentrationen im Blut, bullöse Hautreaktionen (Stevens-Johnson-Syndrom, toxisch epidermale Nekrolyse/Lyell-Syndrom), Alopezie; in Ausnahmefällen kann es zu schweren Hautinfektionen und Weichteilkomplikationen während einer Varizelleninfektion kommen. **Verschlechterung infektionsbedingter Entzündungen (z.B. Entwicklung einer nekrotisierenden Fasciitis), Symptomatik einer aseptischen Meningitis mit Nackensteifigkeit, Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen, Fieber oder Bewusstseinsstörung (insbesondere bei Patienten mit Autoimmunerkrankungen wie SLE oder Mischkollagenosen), arterielle Hypertonie; schwere allgemeine Überempfindlichkeitsreaktionen mit Gesichtsschwellung, Zungenschwellung, innere Kehlkopfswellung mit Einengung der Luftwege, Lufnot, Herzagen, Blutdruckabfall bis hin zum lebensbedrohlichen Schock, Leberfunktionsstörungen, Leberschäden (insbesondere bei Langzeittherapie), Leberversagen, akute Hepatitis, psychotische Reaktionen, Depression. **Zusätzlich können Schlaganfälle, Hämaturie sowie Analgetika-Nephropathie (bei gewohnheitsmäßiger Einnahme) auftreten. Zusätzlich bei Fiebersaft 4%:** Es können allergische Reaktionen durch Azorubin auftreten. **Warnhinweise:** Enthält Maltitol-Lösung und Natrium-Verbindungen. **Zusätzlich bei Fiebersaft 4%:** Enthält Azorubin. **Packungsbeilage beachten. Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Suspension: Flasche mit 100 ml (N1). **Zusätzlich Fiebersaft Orange 2%:** Flasche mit 150 ml (N2) – Stand: Oktober 2008.**

Ausgewählte steuerliche Anmerkungen zum Jahreswechsel

1. Pool-Abschreibung und geringwertige Wirtschaftsgüter

Für kleinere Anschaffungen, z. B. kleinere Geräte und Einrichtungsgegenstände, deren Anschaffungskosten zwischen € 150,00 bis € 1.000,00 netto (ohne Umsatzsteuer) liegen, besteht seit dem 01.01.2010 ein Wahlrecht zur steuerlichen Berücksichtigung. Das Wahlrecht kann nur einheitlich für alle Anschaffungen eines Jahres ausgeübt werden.

Zum Einen können alle Anschaffungen in einen „Sammelposten“, einen „Pool“, eingestellt werden und fix über fünf Jahre abgeschrieben werden. Man spricht dann von „Pool-Abschreibungen“.

Alternativ können auch die Anschaffungen, deren Anschaffungskosten zwischen € 150,00 bis € 410,00 netto (ohne Umsatzsteuer) liegen, als „geringwertige Wirtschaftsgüter“ sofort im Jahr der Anschaffung in voller Höhe steuerlich abgesetzt werden („Sofortabschreibung“). Die Anschaffungen deren Anschaffungskosten über € 410,00 bis € 1.000,00 netto (ohne Umsatzsteuer) liegen, dürfen dann nur über den Zeitraum der betriebsgewöhnlichen Nutzungsdauer abgeschrieben werden. Dies sind bei medizinischen Geräten häufig sieben bis zu zehn Jahre, bei Möbeln sogar bis zu dreizehn Jahre. Die betriebsgewöhnliche Nutzungsdauer von EDV-Hardware liegt dagegen nur bei drei Jahren, d. h. unter der Abschreibungsdauer der „Pool-Abschreibung“.

Die „Pool-Abschreibung“ ist daher in vielen Fällen günstiger, bei denen die Mehrzahl der Anschaffungen im Bereich von Anschaffungskosten netto über € 410,00 bis € 1.000,00 liegt und deren betriebsgewöhnliche Nutzungsdauer über fünf Jahre beträgt. Die Berücksichtigung „geringwertiger Wirtschaftsgüter“ und ansonsten betriebsgewöhnlicher Abschreibungen wird dagegen in vielen Fällen günstiger sein, bei denen die Mehrzahl der Anschaffungen im Bereich von Anschaffungskosten unter netto € 410,00 liegt und/oder Anschaffungen getätigt werden, deren betriebsgewöhnliche Nutzungsdauer unter fünf Jahren beträgt.

Vor diesem Hintergrund sollte der Arzt seine Anschaffungen durchgehen und die Wahl der Abschreibungsart für das Jahr 2010 optimieren.

Anstelle der beiden steuerlichen Sonderformen besteht selbstverständlich auch die Möglichkeit, die Abschreibungen nur nach der betriebsgewöhnlichen Nutzungsdauer vorzunehmen und sowohl auf die Sofortabschreibung geringwertiger Wirtschaftsgüter als auch die Pool-Abschreibung zu verzichten.

Anschaffungen, deren Anschaffungskosten unter € 150,00 netto (ohne Umsatzsteuer) betragen, können in jedem Fall im Jahr der Anschaffung in voller Höhe steuerlich geltend gemacht werden.

2. Neuregelung für das Arbeitszimmer

Das Jahressteuergesetz 2010 führt (nur) zur teilweisen Wiederzulassung des Betriebsausgaben-/Werbungskostenabzugs der Aufwendungen für ein häusliches Arbeitszimmer.

Für den Fall, dass für die betriebliche oder berufliche Tätigkeit kein anderer Arbeitsplatz zur Verfügung steht, wird ein Betriebsausgaben-/Werbungskostenabzug der Aufwendungen für ein häusliches Arbeitszimmer bis zu einer Höhe von maximal € 1.250,00 gewährt. Ein Abzug in voller Höhe, d. h. für Aufwendungen von mehr als € 1.250,00, wird gewährt, wenn das Arbeitszimmer den Mittelpunkt der gesamten betrieblichen und beruflichen Betätigung bildet.

Ärzte in eigener Praxis werden vor diesem Hintergrund kaum in den Genuss eines Betriebsausgabenabzugs der Aufwendungen für ein häusliches Arbeitszimmer kommen. Man wird das Finanzamt in aller Regel nicht davon überzeugen können, dass dem Arzt in seiner eigenen Praxis kein Arbeitszimmer zur Verfügung steht, welches ihm zur Erfüllung seiner gesamten betrieblichen Aufgaben dienen kann.

Ein häusliches Arbeitszimmer wird aber trotz des fehlenden Betriebsausgabenabzugs steuerlich notwendiges Betriebsvermögen. Bei einer Beendigung der freiberuflichen Tätigkeit, z. B. durch Verkauf der Praxis, kann dies zu Steuerbelastungen führen. Der Arzt in eigener Praxis sollte sich daher gut überlegen, ob er ein häusliches Arbeitszimmer einrichtet und vorher mit seinem Steuerberater Rücksprache halten.

Anders sieht dies bei Ärzten aus, die als Arbeitnehmer in einer Praxis/Klinik angestellt sind. Diese können unter den obigen Voraussetzungen einen Werbungskostenabzug für ein häusliches Arbeitszimmer bis zu € 1.250,00 geltend machen. Aus steuerlicher Sicht empfehlenswert ist hier eine Bescheinigung des Arbeitgebers, dass ein Arbeitszimmer in der Praxis/Klinik nicht zur Verfügung gestellt werden kann, aber für Fortbildung oder andere berufliche Belange erforderlich ist.

3. Einführung der Steuerpflicht für vom Finanzamt auf Einkommensteuererstattungen geleistete Zinsen

Mit seinem Urteil vom 15.6.2010 (Aktenzeichen VIII R 33/07) hatte der Bundesfinanzhof entschieden, dass Zinsen, die das Finanzamt an den Steuerpflichtigen zahlt (Erstattungszinsen), beim Empfänger nicht der Besteuerung unterliegen, soweit sie auf Steuern entfallen, die nicht als Betriebsausgaben oder Werbungskosten abziehbar sind. Vornehmlich betroffen sind Zinsen auf Einkommensteuererstattungen. Diese sind nach Auffassung des Bundesfinanzhofs steuerfrei.

Durch das Jahressteuergesetz 2010 hat der Gesetzgeber die Änderung der Rechtsprechung durch eine Gesetzesänderung wieder aufgehoben. Entsprechend gelten Erstattungszinsen als Erträge aus Kapitalvermögen und sind weiterhin zu versteuern. Dies soll laut Gesetzgeber in allen noch offenen Fällen gelten, d. h. auch für die Jahre 2010 und früher. Eine solche zeitliche Rückwirkung begegnet einigen verfassungsrechtlichen Bedenken, ebenso wie die Steuerpflicht insgesamt. Sofern sie in den Jahren 2010 oder früher Erstattungszinsen vom Finanzamt erhalten haben, sollten sie je nach Höhe im Einzelfall prüfen, ob sie unter Hinweis auf das Urteil Einspruch gegen ihren Einkommensteuerbescheid einlegen wollen und darin auf der Steuerfreiheit der Erstattungszinsen bestehen.

Thomas Ketteler-Eising
Steuerberater
Laufenberg Michels und Partner, Köln

Red.:ge

Kommentar

Entwurf eines Kinderschutzgesetzes – was sagt der BVKJ dazu?

Unter großer öffentlicher Aufmerksamkeit hat die Ministerin für Familien, Senioren, Frauen und Jugend, Dr. Kristina Schröder, am 14. Dezember 2010 einen Entwurf zu einem Kinderschutzgesetz präsentiert (erste Einzelheiten dazu unter www.bmfsfj.de).

Der BVKJ hat in einer Presseerklärung am 15.12.2010 (www.kinderaerzte-im-netz.de) darauf reagiert und deutlich gemacht, dass Kinder- und Jugendärzte mehr von der Novelle erwartet haben. Ein erster Entwurf für ein Kinderschutzgesetz ist ja in der letzten Legislaturperiode des Deutschen Bundestages gescheitert, wir sitzen bereits seit 2008 an entsprechenden Runden Tischen im Ministerium. Die in der DAKJ zusammengeschlossenen kinder- und jugendärztlichen Verbände haben damals bereits folgende Forderungen erhoben:

DAKJ fordert kostenfreie KITA und bessere Prävention

„Die DAKJ sieht die Festlegung der Ziele des Gesetzes bezogen auf den Einzelfall kritisch. Zusätzlich zu den Verpflichtungen der Eltern und der ihnen individuell zukommenden Unterstützung würde die DAKJ auch eine höhere Verpflichtung der „staatlichen Gemeinschaft“ insgesamt für den Kinderschutz begrüßen, d.h. eine Verpflichtung von Einrichtungen (wie Angebote der Jugendhilfe, Kindertagesstätten, Schulen und Freizeiteinrichtungen), ein (ganztägliches) kinder- und jugendgerechtes Bildungs- und Freizeitangebot zu machen, um hier die Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen zu stärken. Dazu gehört insbesondere die kostenfreie Betreuung von Kleinkindern in geeigneten Kindertagesstätten und Krippen, wenn das häusliche Umfeld eine angemessene Erziehung, Förderung und Bildung nicht sicherstellen kann. Auch dies ist ein wirksamer Bestandteil von Kinderschutz! Weiterhin sollten Einrichtungen verpflichtet werden, ausreichende Ressourcen für frühe, präventive Aufgaben zur Verfügung zu stellen. ...

...Die den Ärztinnen und Ärzten für Kinder- und Jugendmedizin bekannten, gravierenden Fälle von schwerster Kindes-

wohlgefährdung zeigen im Vorfeld zahlreiche „Warnhinweise“, auf die nicht in geeigneter Weise mit Frühen Hilfen und präventiven Maßnahmen reagiert wurde. Diese frühen, interdisziplinär ausgerichteten Hilfen dürfen nicht auf Modellprojekte beschränkt werden, sondern müssen in der Fläche niedrigschwellig erreichbar sein, ohne dass es bereits zu einer Gefährdung des Kindes gekommen ist. Die Fälle, in denen eine Risikokonstellation zu erkennen ist, ohne dass gewichtiger Anhalt für eine Gefährdung des Kindeswohles vorliegt, kommen in der Praxis zahlenmäßig weit häufiger vor als Fälle mit konkretem, gewichtigem Anhalt für eine Gefährdung. ...

...Bei gewichtigen Anhaltspunkten für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen sind Ärztinnen und Ärzte schon jetzt verpflichtet, das Jugendamt oder gegebenenfalls auch die Polizeibehörden einzuschalten. Dies hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seinem Beschluss vom Februar 2008 noch einmal bekräftigt. ...

Abklärung auch bei vagen Verdachtsfällen

...Im Interesse des Kindeswohls müssen Vertragsärzte und andere Geheimnissträger in- und außerhalb des Gesundheitswesens auch bei vagen Verdachtsfällen (Bauchgefühl) die Möglichkeit haben, miteinander zu sprechen, um abzuklären, ob dieser Verdacht auch bei anderen Berufsgruppen besteht oder, was in vielen Fällen die Regel sein wird, entkräftet werden kann. Dies ist im Interesse von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Alle werden sich bemühen, in diesen Fällen immer vorher das Einverständnis der Eltern einzuholen. Ist dies aber im Einzelfall nicht möglich, darf der Informationsaustausch nicht am fehlenden Einverständnis der Eltern scheitern. Das Wohl

von Kindern und Jugendlichen hat hier die oberste Priorität und nicht das vermeintliche Recht der Eltern. ...

Keine grundsätzliche Weitergabe von Informationen

...Kritisch sieht die DAKJ allerdings die Konsequenzen einer grundsätzlichen Weitergabe der Informationen an das Jugendamt. Hier würden dann die Regelungen von § 3 des BKiSchG in Verbindung mit den vorgeschlagenen Änderungen von SGB VIII § 8a greifen, die von der DAKJ abgelehnt werden. ...

...Die DAKJ befürwortet generell eine Stärkung der Qualifizierung und der Kompetenzen von allen Berufsgruppen, die mit Kindern, insbesondere jungen Kindern (<6 Jahren) zu tun haben, was das Erkennen von drohenden körperlichen, seelischen und geistigen Entwicklungsstörungen angeht. Diese Entwicklungsstörungen können ein Hinweis auf Kindesmisshandlung und Vernachlässigung sein, dies muss jedoch differentialdiagnostisch sorgfältig abgeklärt werden. Es sind solche Entwicklungsstörungen, die am ehesten und eindeutigsten auf eine Kindeswohlgefährdung hinweisen, weniger akute, situativ erhobene Beobachtungen. Eine generelle Meldepflicht ohne eine entsprechende Qualifizierung stellt aber eine massive Gefahr für das hilfeorientierte Kinderschutzsystem in Deutschland dar. Die Rate der „falsch positiven“ Hinweise auf eine mögliche Misshandlung durch eine/n wenig qualifizierte/n Mitarbeiter/in ohne vorherige fachliche Abklärung wird eine Atmosphäre des Misstrauens schaffen und zahllose Kinder und Jugendliche schädigen durch fehlgeleiteten Aktionismus und Interventionen. Es gibt nach unserer Einschätzung keine Hinweise darauf, dass bei gravierenden Fällen von Kindeswohlgefährdung die genannten Berufsgruppen bewusst von Kooperationen mit der Ju-

gendhilfe abgesehen hätten. In der Regel zeigt sich in solchen schlecht verlaufenen Fällen, ein Mangel an Kooperation und klarer Kommunikation. Diese Missstände sind wiederum nur durch eine bessere Qualifizierung in den fachlichen, aber auch persönlichen Kompetenzen der Mitarbeiter/innen anzugehen...“

(gesamter Text unter www.dakj.de).

Familienhebammen besser qualifizieren

Auf diese grundsätzlichen Forderungen geht dieser neue Entwurf im Wesentlichen nicht ein. Der BVKJ begrüßt es, dass Familienhebammen die Familien aufsuchen und vor Ort Hilfe anbieten. Der BVKJ fordert allerdings, dass diese Familienhebammen besonders qualifiziert und mit her-

vorragenden Kenntnissen ausgestattet werden, also Sozialpädagogen und Sozialarbeitern entsprechen. Zudem müssen sie flächendeckend präsent und unter die Verantwortung regionaler Behörden gestellt werden. Mit den vom Ministerium genannten 30 Millionen € pro Jahr für vier Jahre kann man im Jahr etwa 700 Familienhebammen bundesweit finanzieren – das ist ein Tropfen auf den heißen Stein.

Seltsamerweise kommt auch der wichtige Öffentliche Gesundheitsdienst in den Äußerungen des Ministeriums überhaupt nicht vor. In den Nachkriegsjahren hat der ÖGD mit seinen Familienhelferinnen und Gemeindeschwestern hier hervorragende Arbeit geleistet.

Der BVKJ kann bisher auch nicht erkennen, wie die Ministerin die Mitarbeit

von Ärztinnen und Ärzten in den Netzwerken Frühe Hilfen finanzieren will. Wir alle wissen, dass es sich hier um eine sehr zeitaufwändige Tätigkeit, meistens während der üblichen Sprechzeiten handelt. Diese muss adäquat finanziert werden, der BVKJ fordert dazu eine Sozialpädiatriepauschale für alle Kinder- und Jugendärzte ähnlich der Sozialpsychiatrievereinbarung bei den Kinder- und Jugendpsychiatern.

Die jetzt wieder laut werdenden Forderungen nach einer bundesweiten, durch Ärztinnen und Ärzte anzulegenden Datei (Stichwort: RISKID) führen nach Auffassung der DAKJ nicht zum Ziel. Die DAKJ hat am 09.03.2009 dazu Stellung genommen (www.dakj.de).

Dr. Wolfram Hartmann,
Präsident des BVKJ

Red: ReH

Datenschutz – Hemmnis für die Kooperation bei Frühen Hilfen?

Das Konzept der Frühen Hilfen umfasst neben der Entwicklung neuer, niedrigschwelliger Hilfsangebote auch die zentrale **Idee der Vernetzung** der beteiligten Professionen. Besonders die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren im Gesundheitswesen (Geburtskliniken, Hebammen, Frauenärzte, Kinder- und Jugendärzte) und den weitergehenden Hilfen, insbesondere der Kinder- und Jugendhilfe, sollen gestärkt werden.

Dabei befinden sich die professionellen Helfer in einem **fachlichen und juristischen Grunddilemma**:

Fachlich möchten sie einerseits nicht das Vertrauensverhältnis zu ihren Klienten verlieren, andererseits auch nicht für das Scheitern von Hilfe aufgrund von mangelnder Kommunikation verantwortlich gemacht werden.

Juristisch besteht einerseits das Risiko einer strafrechtlichen Verletzung von Datenschutzvorschriften bzw. Schweigepflichten, andererseits der Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung.

Um die Idee der Vernetzung als Bestandteil Frühe Hilfen nicht von vornherein durch Unsicherheit bei den datenschutzrechtliche Regelungen ad absurdum zu führen, muss allen Akteuren die **Grundideen und Handlungsspielräume des Datenschutzes** bekannt sein.

Durch das sogenannte Volkszählungsurteil des Bundesverfassungsgerichts von 1983 wurde jedem Bürger das Recht auf informelle Selbstbestimmung zuerkannt, d.h. jedermann hat das Recht grundsätzlich selbst zu entscheiden, wann und innerhalb welcher Grenzen er persönliche Lebenssachverhalte offenbaren möchte. Dieses Grundrecht hat seine Grenzen dort, wo es auf Grundrechte anderer bzw. berechnigte öffentliche Interessen trifft. Hier gilt es abzuwägen. Dieser Ausgleich der Interessen soll durch das Datenschutzrecht geschaffen werden. Dort wird geregelt, ob und unter welchen Voraussetzungen die Erhebung, Verarbeitung und Weitergabe persönlicher Daten zulässig ist.

Der **zentrale Grundsatz des Datenschutzes ist das Transparenzgebot** (Tab. 1). Danach soll jeder Betroffene jederzeit durchschauen können, was mit seinen persönlichen Daten geschieht.

Vorgang	Anforderungen durch Transparenzangebot
Informationsgewinnung (Datenerhebung)	Grundsätzlich bei Eltern selbst (Betroffenerhebung) Aufklärung der Eltern über: – Zweck der Datenerhebung – Mögliche Befugnisse/Pflichten zur Datenweitergabe
Informationsübermittlung (Datenweitergabe)	Mitteilung der Absicht zur Informationsweitergabe gegenüber Eltern Frage nach Einwilligung der Eltern
Handeln mit Einwilligung	Nur mit „qualifizierter“ Einwilligung, das heißt: – Freiwillig – Aufklärung über Bedeutung der Einwilligung – Keine Blanko-Vollmacht Konkret: Welche Daten sollen an wen zu welchem Zweck übermittelt werden?
Handeln ohne Einwilligung	Grundsatz: „Vielleicht gegen den Willen der Eltern, aber nicht ohne ihr Wissen“ Ausnahme: durch Transparenz würde Schutz des Kindes ernsthaft gefährdet

Tab. 1: Transparenzgebot

Das bedeutet für den ärztlichen Bereich, dass eine Weitergabe von Daten grundsätzlich nur mit Einwilligung des Betroffenen möglich ist. Eine **qualifizierte Einwilligung** (Tab. 2) (also eine Einwilligung, die zur Datenweitergabe an einen bestimmten Empfänger zu einem bestimmten Zweck ermächtigt) zu erlangen, ist und bleibt der Königsweg der datenschutzrechtlich einwandfreien Datenerhebung. Zeitmangel und unzureichende Schulung in Gesprächsführung- und Beratungskompetenz sind die Haupthinderungsgründe, aber auch Hauptausreden, sich nicht um den Zugang zu schwierigen Eltern zu bemühen. Aber: Jeder Datenweitergabe muss der ernsthafte (und dokumentierte) Versuch, eine qualifizierte Einwilligung zu erlangen, vorausgehen.

Freie Entscheidung (freiwillig und ohne Zwang)
Umfassende Aufklärung über Bedeutung der Einwilligung, das heißt über
■ Absicht zur Datenweitergabe
■ Empfänger der Daten
■ Zweck der Datenweitergabe (Hilfeseitigung)
Keine Blankovollmacht (konkrete Benennung der umfassten Daten, zumindest anhand beispielhafter Aufzählung, thematischer Eingrenzung)
Grundsätzlich schriftlich (Ausnahme: wegen besonderer Umstände ist andere Form angemessen)

Tab. 2: Anforderungen an qualifizierte Einwilligung (§ 4a BDSG)

Wenn trotz aller Bemühungen die Eltern nicht für eine einverständliche Weitergabe von Informationen gewonnen werden, können Daten nur weitergegeben werden, wenn dazu eine **ausdrückliche gesetzliche Befugnis oder Verpflichtung** besteht. Bei einer Befugnis (Tab. 3+4) besteht die Möglichkeit des Abwägens: Daten **dürfen** weitergegeben werden. Bei einer Verpflichtung (Tab. 3) **müssen** Daten weitergegeben werden.

Befugnis und Verpflichtungen wurden in einzelnen Bundesländern eingeführt, um die bislang lediglich im Strafrecht enthal-

Bayern (Art. 14 Abs. 6 GDVG)	– Gewichtige Anhaltspunkte für Misshandlung, Vernachlässigung, sexuellen Missbrauch
Sachsen-Anhalt (§ 6 KiSchuG)	1. Gewichtige Anhaltspunkte für Kindeswohlgefährdung 2. Ausschöpfen eigener Mittel 3. Hinwirken auf Inanspruchnahme weitergehender Hilfen 4. Dringende Gefahr für Leib und Leben eines Kindes/Jugendlichen 5. Mangelnde Fähigkeit/Bereitschaft der Eltern 6. Hinweis an Eltern über Informationsweitergabe, es sei denn, hierdurch würde der wirksame Schutz des Kindes infrage gestellt

Tab. 3: Bundesländer mit Mitteilungspflichten

Bundesland	Voraussetzungen
Baden-Württemberg (§ 1 Abs. 5 KiSchuG)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gewichtige Anhaltspunkte für Kindeswohlgefährdung 2. Ausschöpfen eigener Mittel 3. Hinwirken auf Inanspruchnahme weitergehender Hilfen 4. Dringendes Tätigwerden zur Gefährdungsabwendung erforderlich 5. Mangelnde Fähigkeit/Bereitschaft der Eltern 6. Hinweis an Eltern über Informationsweitergabe, es sei denn, damit wird der wirksame Schutz des Kindes infrage gestellt
Berlin (§ 11 KiSchuG)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gewichtige Anhaltspunkte für Kindeswohlgefährdung 2. Erörterung der Situation mit Personensorgeberechtigten, wenn keine Gefährdungseinschätzung möglich oder eigene Mittel zur Gefährdungsabwendung nicht ausreichend 3. Hinwirken auf Inanspruchnahme geeigneter Hilfen 4. Dringendes Tätigwerden zur Gefährdungsabwendung erforderlich 5. Mangelnde Fähigkeit/Bereitschaft der Eltern 6. Hinweis an Eltern über Informationsweitergabe, es sei denn, damit wird der wirksame Schutz des Kindes infrage gestellt
Sachsen (§ 5 KiSchuG)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gewichtige Anhaltspunkte für Kindeswohlgefährdung 2. Ausschöpfen eigener Mittel 3. Hinwirken auf Inanspruchnahme weitergehender Hilfen 4. Dringendes Tätigwerden zur Gefährdungsabwendung erforderlich 5. Mangelnde Fähigkeit/Bereitschaft der Eltern 6. Hinweis an Eltern über Informationsweitergabe, es sei denn, damit wird der wirksame Schutz des Kindes infrage gestellt
Thüringen (§ 10 Abs. 2 FKG)	<ul style="list-style-type: none"> – Gewichtige Anhaltspunkte für eine Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch

Tab. 4: Bundesländer mit Mitteilungsbefugnissen

tene Rechtfertigungsnorm des Paragraphen 34 StGB zu ergänzen. Die Zusammenarbeit der betroffenen Professionen sollte damit erleichtert werden. Trotzdem ist auch hier jede Informationsweitergabe mit schwierigen Einschätzungen und **komplexen Abwägungsvorgängen** verbunden, die sorgfältig dokumentiert werden sollten:

- Eine genaue Darstellung der Wahrnehmung und Bewertung der Gefährdungssituation.
- Eine Darlegung, wann und wie mit den Eltern darüber gesprochen wurde.
- Eine differenzierte Schilderung, inwieweit sich um eine anderweitige Gefährdungsabwendung bemüht wurde (Angebot eigener Hilfen, Werben um einverständliche Inanspruchnahme weitergehender Hilfen).

In jedem Fall sollten die Eltern auf die Informationsweitergabe hingewiesen werden. Grundsatz: zwar **gegen den Willen, aber nicht ohne Wissen** der Eltern.

In allen anderen Fällen muss sich der Arzt weiterhin auf den zu rechtfertigenden Notstand gemäß § 34 StGB berufen.

Auch wenn in einzelnen Bundesländern im Rahmen des Kindeswohls gesetzliche Befugnisse oder Verpflichtungen eingeführt haben, bleibt es beim Spagat: einerseits eine vertrauensvolle Hilfebeziehung zu den Eltern als entscheidenden Hilfezugang zum Kind aufzubauen, andererseits die Wahrnehmung von Verantwortung zum Schutz von Kindern durch Begleitung von Eltern in andere Hilfesysteme, notfalls mittels Informationsweitergabe gegen ihren Willen, durchzusetzen.

Ob der Datenschutz ein Hemmnis und damit weitere datenrechtliche Lockerungen notwendig oder ob die derzeitigen Regelungen ausreichend sind, zeigt sich erst in der täglichen Praxis.

Wolfgang Gempff

Die Darstellungen beziehen sich auf: L. Schönecker, W. Meysen, Bundesgesundheitsblatt 2010 53: 1150-1157



bvkj.

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Ergebnis

Wahlen im Landesverband Sachsen des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. für die Legislaturperiode 2010–2014

Landesverbandsvorsitzender und 1. Delegierter

Herr Dr. Klaus Hofmann, Chemnitz

1. Stellvertr. Landesverbandsvorsitzende und 2. Delegierte

Frau Dr. Carola Hoffmann, Dresden

2. Stellvertr. Landesverbandsvorsitzender und 3. Delegierter

Herr Dr. Klaus Schwieger, Leipzig

3. Stellvertr. Landesverbandsvorsitzende und 4. Delegierte

Frau Dr. Michaela Seeland, Chemnitz

Online-Abrechnungspflicht ab 2011! So kommen Sie im neuen Jahr an Ihr Honorar

Mit Beginn des neuen Jahres wird die Online-Abrechnung mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) verbindlich eingeführt. Während in einigen Bundesländern kaum technische oder finanzielle Hürden zu überwinden sind, müssen Ärzte in manchen Bundesländern mit hohen Kosten und Komplikationen rechnen.

Dass in Zukunft ein Online-Anschluss für eine moderne Arztpraxis unentbehrlich sein wird, ist unbestreitbar. Die ganze technische Entwicklung im medizinischen Bereich ist schon jetzt auf eine schnelle Übertragung und Verarbeitung von Daten per Computer ausgerichtet, und auch die Kommunikation mit Krankenhäusern, medizinischen Zentren und anderen Praxen wird in absehbarer Zeit den Online-Datenaustausch für jede Praxis unabdingbar machen. Die Online-Abrechnung ist nur ein Teil dieser Entwicklung, an der Mediziner über kurz oder lang nicht vorbei kommen.

Regional unterschiedliche Angebote und KV-SafeNet-Alternativen

Leider ist der verständliche Ansatz der KVen, die Abwicklung der Abrechnung innerhalb der KV zu vereinfachen und zu optimieren, bisher wegen der ursprünglich geplanten Verpflichtung zum KV-SafeNet eher negativ in die Schlagzeilen geraten. Dazu haben auch die hohen Kosten des KV-SafeNet, die umständliche technische Realisierung mittels spezieller Provider, eine unübersichtliche Vielzahl an Paketen und Tarifen sowie teilweise erhebliche Kompatibilitätsprobleme innerhalb der Praxis-IT in großem Umfang beigetragen.

Die meisten KVen (beginnend mit der KV Bayern) haben, nicht zuletzt auf Initiative der Monks – Ärzte im Netz GmbH (ÄIN), im letzten Jahr diese Fehler erkannt und bieten ihren Mitgliedern inzwischen neben dem KV-SafeNet-Zugang auch eine alternative Lösung zur Online-Abrechnung an. Diese Alternativen sind jedoch bundesweit nicht einheitlich geregelt und werden auch nicht in allen Länder-KVen angeboten.

Kostenfreie Alternativen zu KV-SafeNet bieten:

- KV Baden-Württemberg (eAbrechnung, Online Portal)



Anmeldecoupon für Ihre Praxis-Homepage bei
www.kinderaerzte-im-netz.de

Herausgegeben vom

bvkd.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Titel, Vorname, Name

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefon, Fax

E-Mail, Internetadresse

(Landes)Ärztelkammer, Kassenärztliche Vereinigung

Sprechzeiten

Ich/Wir bestätige/n, Mitglied im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ) zu sein.

Ich/Wir bestätige/n, dass alle Nutzungsrechte meiner/unsrer bestehender Homepage bzw. der zur Verfügung gestellten Materialien bei mir/uns liegen. Die Monks - Ärzte im Netz GmbH und die beteiligten Fachorganisationen sind von Ansprüchen Dritter freigestellt.

Ich zahle per Bankeinzug von meinem Konto
Bei Nichtnahme am Bankeinzugverfahren werden Bearbeitungsgebühren von 10,- € berechnet

Geldinstitut

Bankleitzahl

Kontonummer

Datum, Unterschrift

JA, ich melde eine Praxis-Homepage an für:

- Einzelpraxis mit bestehender Homepage
3,75 € / Monat zzgl. MwSt.
- Einzelpraxis ohne bestehende Homepage
7,50 € / Monat zzgl. MwSt.
- Gemeinschaftspraxis mit bestehender Homepage
5,- € / Monat zzgl. MwSt.
- Gemeinschaftspraxis ohne bestehende Homepage
10,- € / Monat zzgl. MwSt.

JA, aktivieren Sie folgende kostenlose Zusatztools auf meiner Praxis-Homepage:

- Aktuelle Meldungen von www.kinderaerzte-im-netz.de
- Vorsorge- und Impferinnerungsdienst
- BMI-Rechner
- Blutdruck-Rechner

So können Sie sich anmelden:

per Fax an:
089 / 64 20 95 29

Monks - Ärzte im Netz GmbH
"Kinderärzte im Netz"
Tegernseer Landstraße 138, 81539 München

Im Internet unter:
www.kinderaerzte-im-netz.de/onlineanmeldung

Sie haben Fragen?
Rufen Sie uns an unter: 089 / 64 24 82 -12/22/23
E-Mail: support@kinderaerzte-im-netz.de

Widerrufrecht: Sie können Ihre Bestellung innerhalb von 2 Wochen ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Abendung an Monks - Ärzte im Netz GmbH, Tegernseer Landstr. 138, 81539 München. Datenschutz: Ihre Daten werden von uns zur Durchführung des Vertrages gespeichert. Sie können jederzeit der Nutzung durch eine schriftliche Benachrichtigung an uns widersprechen. Monks - Ärzte im Netz GmbH, Tegernseer Landstr. 138, 81539 München, Geschäftsführer: Sean Monks, Amtsgericht München, HRB 160883, USt-IDNr.: DE 246543509

- KV Berlin (Software VPN)
- KV Brandenburg (DatenNerv über Internet)
- KV Hamburg (KV WebNet)
- KV Niedersachsen (KVN Online)
- KV Saarland (KVS Online), noch kein Zwang zur Online-Abrechnung -- auch nach dem 1. Quartal 2011
- KV Thüringen (KVT Online Portal)
- KV Schleswig-Holstein (eKVSH)

Kostengünstige Alternativen haben:

- KV Bayern (KV-Ident)
- KV Hessen (KVH-Online)
- KV Rheinland-Pfalz (Smartcard)
- KV Westfalen-Lippe (KV Online mit HBA, KV Online mit KVID)

Nur KV-SafeNet haben:

- KV Bremen
- KV Sachsen
- KV Mecklenburg-Vorpommern

- KV Nordrhein: auch nach dem 1. Quartal 2011 kein Zwang zur Online-Abrechnung
- KV Sachsen Anhalt: Abrechnung über ISDN-Direkteinwahl ohne Online-Zugang möglich

(Informationsstand Dezember 2010)

Kostenlose Beratung für Mitglieder von www.kinderaerzte-im-netz.de (KIN)

Mediziner, die mit einer Praxishomepage bei KIN vertreten sind, bietet Monks – Ärzte im Netz exklusiv eine kostenlose telefonische Beratung rund um die Online-Abrechnung an. Wenden Sie sich bei Fragen an unser kompetentes Serviceteam (9-13 Uhr):

Joachim Hecht, Tel.: 089 / 64 24 82 18

Steven Monks, Tel.: 089 / 64 24 82 12

Evelyne Bob: Tel.: 089 / 64 24 82 23

Sollten Sie noch nicht im Ärzteverzeichnis vertreten sein, können Sie sich mit dem nachstehenden Formular für die



© Birgit Reitz-Hofmann - Fotolia.com

BVKJ-Website zur Kinder- und Jugendgesundheit anmelden. Daneben besteht natürlich auch die Möglichkeit zur Online-Anmeldung auf <http://www.kinderaerzte-im-netz.de/onlineanmeldung>. Dort finden Sie auch weitere Informationen zum Leistungs-Paket von KIN.

Joachim Hecht (Monks – Ärzte im Netz GmbH)

Red.:ge

Vertretung gesucht...

Urlaub, Krankheit, Weiterbildung – es gibt viele Gründe, warum Praxisinhaber eine Vertretung brauchen. Der BVKJ hat daher einen Zentralen Vertreternachweis geschaffen, an den sich bei Bedarf alle Mitglieder wenden können. Neben der Vermittlung einer geeigneten Praxisvertretung informiert der BVKJ auch über alles Wissenswerte rund um die Vertretung, insbesondere über Honorarfragen. Ebenfalls zur Serviceleistung gehört die Überlassung von diversen Musterverträgen.

Was muss der Praxisinhaber bei der Wahl der Vertretung beachten?

Die Vertretung sollte möglichst über dieselben Befähigungen und Qualifikationen verfügen wie der Praxisinhaber. Be-

stimmte Leistungen sind nur dann vergütungsfähig, wenn auch die Vertretung über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt. Der Praxisinhaber sollte sich daher die erforderlichen Qualifikationen nachweisen lassen.

Sorgfältige Übergabe

Ideal ist es, wenn eine geordnete Übergabe erfolgen kann. Eine Teambesprechung mit allen Beteiligten hilft dabei, Missverständnissen vorzubeugen.

Bei einem plötzlichen Ausfall des Praxisinhabers können die Absprachen selbstverständlich auch nur mit den MFA erfolgen.

Hilfreich ist in jedem Fall eine Checkliste für den Vertretungsfall.

ReH

Kollegen helfen Kollegen



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

bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Checkliste für Praxisvertretungen

Was der Praxisinhaber mit der Vertretung klären sollte:

- Dauer und Umfang der Vertretung
- Absprache bzgl. Therapien (Ergo, Logo, Physio) oder Überweisungen: Verordnung während der Vertretung?
- Werden nur akute Erkrankungen behandelt oder auch Vorsorgen etc. durchgeführt?
- Welche Medikamente werden üblicherweise verordnet?
Im Idealfall nennt der Vertreter den gewünschten Wirkstoff und die MFA schlägt die praxisüblichen Packungen/Firmen vor.
- Grundsätzliche Orientierung des Praxisinhabers: Wird in der Praxis alternative Medizin praktiziert? Homöopathie? Welche Behandlung wird nicht erwünscht?
- Einweisung in medizinische Geräte (Ultraschall etc.)
- Einweisung in Praxissoftware

Was die MFA mit der Vertretung klären sollte:

- Arbeitszeiten
- Sonderwünsche der Vertretung bzgl. Arbeitszeiten (die Frage kommt bei der Vertretung immer sehr gut an!)
- Am ersten Tag der Praxisvertretung unbedingt den ersten Termin freihalten (evtl. Verspätung der Vertretung)
- Zusätzliche Besprechungszeiten am Anfang freihalten. Ohne Stress zu starten ist besser für die Stimmung!
- Wünscht die Vertretung eine ständige Begleitung durch die MFA im Behandlungsraum oder nicht?

Inga Milautzki

Die Autorin arbeitet als MFA in der Kinder- und Jugendarztpraxis Hauch in Düsseldorf und hat bereits mehrmals kurzfristig Praxisvertretungen organisiert.

Vertrag zur Integrierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Neurodermitis im Rheinland

„Von welchen gesundheitlichen Störungen fürchten Sie am meisten, dass Ihr Kind sie bekommen könnte?“ Auf diese forsa-Umfrage antworteten 44 Prozent der 1008 befragten Patienten mit ADS. Dahinter rangierten asthmatische Erkrankungen (32 Prozent), Diabetes (26 Prozent), Neurodermitis (26 Prozent) und Übergewicht (23 Prozent). 14 Prozent der Eltern gaben an, ein chronisch krankes Kind mit Neurodermitis zu haben.

Aufgrund der aktuellen Vergütungsregelungen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung von GKV-Versicherten ist eine ausreichende und notwendige Versorgung neurodermitiskranker Kinder kaum noch möglich. Weder die von den Eltern konsultierten Hautärzte noch die Kinder- und Jugendärzte sind derzeit in der Lage, den notwendigen Zeitbedarf zur Beratung und Instruktion der betroffenen Familien aufzuwenden. Um eine umfassende standardisierte und qualifizierte Versorgung in der Praxis anzubieten, haben AOK Rheinland/Hamburg und der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte zum 1.10.2010 einen Vertrag zur Integrierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Neurodermitis abgeschlossen.

Der Vertrag kennt drei Versorgungsebenen (Vertragsärzte):

- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (Ebene 1)
- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit AGNES-Zertifikat (Ebene 1a)
- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung Allergologie und AGNES-Zertifikat (Ebene 2)

Vergütet werden den Ärzten der Ebene 1 die Einschreibung eines Patienten, die Erstellung eines schriftlichen Therapieplans, Kontrolluntersuchungen mit Anpassungen des Therapieplans, Dokumentation des Krankheitsverlaufs, die telefonische Abstimmung zwischen den Ärzten der beiden Stufen sowie die zweimal jährliche Teilnahme an erforderlichen interdisziplinären Teamgesprächen. Ärzte der Ebene 1, die im Besitz des Trainer-Zertifikats, basierend auf dem Curriculum der Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung e.V. (AGNES) sind, können bis zu drei Instruktionen von 20 bzw. 40 Minuten Dauer pro Jahr abrechnen. Die jährliche Vergütung für einen Neurodermitis-Patienten beträgt für die Ärzte der Ebene 1 bis zu 170,00 € zusätzlich zum Regelleis-



tungsvolumen (RLV). Die Instruktion wird mit 22,50 € pro 20 Minuten (maximal 3 Instruktionen pro Jahr, pro Instruktion maximal 2 x 20 Minuten) vergütet.

Der Arzt der Ebene 2 erhält für die Erstuntersuchung auf Überweisung 50,00 € zusätzlich zum RLV. Zweimal jährlich wird ein schriftlicher Bericht mit je 15,00 € vergütet, das Telefonat mit dem zuweisenden Kollegen zweimal jährlich mit je 10,00 €. Für die Organisation einer interdisziplinären Fallkonferenz („Teamgespräch“) erhält der Arzt der Ebene 2 zweimal jährlich 75,00 €, wobei das Honorar der Teammitglieder, z.B. Ernährungsberater, Psychologe, hierdurch abgegolten ist. Für das Angebot einer Sprechstunde zu besonderen Zeiten für die an diesem Vertrag teilnehmenden Kinder und Jugendlichen an einem festen Termin einmal monatlich (Samstags, Mittwoch nachmittags) erhält der Arzt der Ebene 2 eine Pauschale von

200,00 €. Die Sprechstunde zu besonderen Zeiten darf nur abgerechnet werden, wenn mindestens vier an dem Vertrag teilnehmende Kinder an dem entsprechenden Samstag, bzw. Mittwochnachmittag behandelt werden. Grundsätzlich soll die Erstvorstellung eines Kindes mit Neurodermitis, das im Rahmen dieses Vertrags betreut wird, innerhalb von zwei Wochen nach erfolgter Terminanfrage erfolgen.

Die Patientenschulung nach dem Konzept der AG Neurodermitisschulung e.V. wird allen am Vertrag teilnehmenden Patienten bzw. Familien angeboten. Ein Patient kann maximal dreimal an einer solchen Schulung teilnehmen (< 7 Jahre Elternkurs, 8–12 Jahre Eltern- und Kinderkurs, 13–18 Jahre Jugendlichenschulung ohne Eltern). Die Vergütung der Schulung beträgt 400 € bzw. 600 € (Eltern- und Kinderkurs).

Die Belastungen der Familien neurodermitiskranker Kinder, aber auch die direkten und indirekten Krankheitskosten, sind erschreckend hoch. Vielfach suchen die Eltern in ihrer Not unseriöse Heiler auf, die wissenschaftlich unbewiesene oder nachweislich unwirksame Methoden anwenden. Durch den IV-Vertrag Neurodermitis wird in Nordrhein eine leitlinienbasierte, kollegiale und interdisziplinäre Betreuung der Patienten und Eltern ermöglicht. Jeder in den Vertrag eingeschriebene Patient erhält neben einer qualifizierten Basisversorgung Zugang zu einer spezialisierten allergologischen Versorgung, zur Instruktion und Schulung.

Dr. Frank Friedrichs
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin,
Allergologie und Umweltmedizin
Kinder-Pneumologie
Rathausstraße 10
52072 Aachen

Red.:ge

Arbeitsgruppe „Zukunft der Pädiatrie“ hatte erste Klausurtagung

Am 3. und 4. Dezember 2010 trafen sich in Fulda die Mitglieder der Arbeitsgruppe Zukunft des BVKJ zu ihrer ersten Klausurtagung. Nachdem zuvor schon eine breite Themensammlung online in PädInform erfolgt war, galt es nun, die verschiedenen Bereiche anzudiskutieren und Schwerpunkte für die künftige Arbeit zu setzen.

Die Diskussionsbeiträge reichten vom gesellschaftlichen Auftrag an die Pädiatrie und der Rolle des Kinder- und Jugendarztes als Lobbyist der Kinder über das Berufsbild des ambulant tätigen Pädiaters in Abgrenzung zur Allgemeinmedizin einerseits und der klinischen Pädiatrie andererseits. Erörtert wurde dies alles vor dem

Hintergrund neuer Morbiditäten und der stärkeren Gewichtung der Sozialpädiatrie im Berufsalltag. Auch über eine Modernisierung der Struktur des Berufsverbandes wurde eingehend gesprochen.

In konzentrierter, aber auch erfrischend offener Form wurden die Arbeitsfelder diskutiert und über die weitere Arbeitsweise der AG und ihre Struktur beraten. Hierzu gehörte auch ein Kurzreferat über moderne Kommunikationsformen, die den aus buchstäblich fast allen vier Ecken der Republik (der Osten wurde schmerzlich vermisst!) stammenden Mitgliedern Fahrtzeiten und aufwendige Treffen ersparen sollen. Sicher werden zu-

nächst einige persönliche Treffen erfolgen, um einander kennen und einschätzen zu lernen.

Ein nächstes Treffen ist für Februar/März 2011 geplant; erste Ergebnisse ihrer Tätigkeit will die Gruppe bei der Delegiertenversammlung im Oktober 2011 vorstellen.

Die AG ist für alle Mitglieder des Verbandes offen und freut sich über weitere aktive Mitglieder. Kontakt: Martin Lang, Augsburg (über PädInform).

Barbara Mühlfeld, Frankfurt (Moderation)

Red.: ge

Wirtschaftlichkeit in der ärztlichen Praxis

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

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

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

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

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

ReH



Geschichten gegen Angst und Stress

Die Kapitän-Nemo-Geschichten

Die Kapitän-Nemo-Geschichten gehören inzwischen zum Standardrepertoire von Entspannungsverfahren zum Abbau von Angst- und Stress bei Kindern zwischen 5 und 13 Jahren. Unterwasserausflüge, Unternehmungen, Abenteuer, Überraschungen, Unbekanntes, vielfältige Fische und Tiere – unter dem Schutz des erfahrenen Kapitäns Nemo und in der sicheren Geborgenheit des Unterwasserbootes Nautilus kann ein Kind solchen Dingen begegnen und lernen, allem zuversichtlich, gelassen und angstfrei ins Auge zu sehen. Die 14 Geschichten haben das Ziel, dass sich ein Kind angenehm, ruhig und nicht aufgeregt fühlt, sich besser konzentrieren lernt, weniger Angst hat und auch besser einschlafen kann.

Die Unterwassergeschichten werden in Kindergärten, Schulen, Kinderheimen, Kinderkliniken, Rehabilitationskliniken ebenso mit Erfolg eingesetzt wie im Alltag von Familien.

Taschenbuch, 120 Seiten, ISBN 978-3-451-04648-3, € 7,95
2 CDs, Teil 1 + 2, Laufzeit ca. 180 Min., ISBN 978-3-935105-16-3, € 20,50

Erhältlich im Buch- und CD-Handel oder direkt beim Verlag.

ELVIKOM
Film-Verlag GmbH

Kronprinzenstr. 13
45128 Essen

Telefon 02 01/81 30-0
Telefax 02 01/81 30-108



© matka_Wariatka – Fotolia.com

Frühe Bildung und Förderung ●●●

Welche Bildung brauchen Kinder?

1. Teil

Der Wert der frühen Jahre

Bildung ist – PISA, TIMSS und IGLU sei Dank – endlich ein Thema. Politik, Wissenschaft und Medien fragen, wie mit Hilfe des Rohstoffs „Bildung“ der Wohlstand der Gesellschaft bei einem wachsenden Anteil von Nicht-Erwerbstätigen gesichert werden kann, wie die nachwachsende Generation auf die Anforderungen der Zukunft vorbereitet werden kann und wie die soziale Spaltung der Gesellschaft verhindert werden kann.

Empirische Bildungsforschung hat Hochkonjunktur. Schulen und Kindertageseinrichtungen werden untersucht und ihre Leistungen evaluiert – doch wie Bildung erworben wird, wie sie sich niederschlägt in der individuellen Biographie und wie Eltern und Pädagogen sie positiv beeinflussen können, wie vor allem Kinder und Jugendliche aus bildungsfernen Milieus

gefördert und integriert werden können, darüber weiß man noch zu wenig. Daran hat auch die fortlaufende Bildungsberichterstattung bisher wenig geändert. Der dritte und bisher letzte Bildungsbericht „Bildung in Deutschland 2010“ hat allerdings wie seine Vorgänger dazu beigetragen, die Herausforderungen, vor denen wir in der Bildungs- und Sozialpolitik stehen, deutlicher zu sehen.

Die neu vorgelegten Daten zeigen, dass es auf die Frühförderung ankommt und dass gerade dieser Bildungsbereich in Deutschland große Defizite hat. Wir widmen daher das erste unserer beiden Schwerpunktheften zum Thema „Bildung als soziale Frage“ der Frühförderung, ihren Defiziten und Chancen.

ReH

Frühe Bildung

Zur Relevanz der Kindertagesbetreuung

Der nationale Bildungsbericht 2010 weist inzwischen, analog zu den anderen Bildungsinstanzen, den Besuch einer Kindertageseinrichtung als „Bildungsbeteiligung“ aus (vgl. Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2010). Kindertagesbetreuung stellt demnach in Ergänzung zur Familie als der basalen Bildungswelt eine weitere, gezielte Form frühkindlicher Bildung dar, auch wenn in der aktuellen Debatte vielfach die Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Vordergrund steht. Wie aber sieht es mit diesem ersten Ort öffentlicher Bildung für Kinder konkret aus?

Die Kindergartenquote beträgt nahezu 100 Prozent

Seit das wiedervereinigte Deutschland 1992 einen Rechtsanspruch für Kinder ab drei Jahren bis zum Schuleintritt beschlossen hat, hat sich dieses Land für Kinder und ihre Familien verändert. Inzwischen besuchen bei Werten bis zu 95 Prozent bundesweit fast alle Vier- und Fünfjährigen eine Kita (vgl. Fuchs-Rechlin/Schilling 2010). Und auch bei den Dreijährigen lag die Quote 2009 bereits bei 84 Prozent – Tendenz weiter steigend. Damit sind heute fast drei Mal so viele Dreijährige in Kitas zu finden wie noch Mitte der 90er-Jahre. Insofern wird man künftig von einer dreijährigen Kita-Zeit als dem Standardmodell einer deutschen Kleinkinderbiografie ausgehen können.

Der U3-Ausbau

Der weitergehende Ausbau des Angebots für Kinder unter drei Jahren kam erst im letzten Jahrzehnt auf die politische Agenda. Lange Zeit lag die Bildungsbeteiligung in diesem Alter in Westdeutschland bei gerade mal drei Prozent. Erst durch mehrere Gesetzesinitiativen, vor allem dem „Kinderförderungsgesetz – KiFöG“, kam Bewegung in den Ausbau des U3-Angebots. So ist die Quote in Westdeutschland bis 2009 auf 14,6 Prozent angestiegen; in Ostdeutschland (inkl. Berlin) lag sie mit 45 Prozent bereits deutlich höher.

Allerdings muss man dieses Ausbauvolumen immer noch als unzulänglich bezeichnen, wenn man sich die noch ausstehenden Herausforde-

rungen vor Augen führt. So wurde politisch eine Platzzahl von knapp 750.000 Plätzen bis 2013 vereinbart – was demografiebedingt einem Angebot für bundesweit inzwischen 38 Prozent der unter Dreijährigen entspricht (vgl. Schilling/Rauschenbach 2008). Um dieses Ziel zu erreichen, müssen in vier Jahren jährlich noch rund 80.000 Plätze zusätzlich geschaffen werden. Dies ist eine enorme Herausforderung, da ab 2013 ein Rechtsanspruch für die Ein- und Zweijährigen in Kraft tritt, in Anbetracht dessen nicht gewährleistet ist, dass bundesweit 750.000 Plätze die Nachfrage vor Ort jeweils decken werden.

Die Personalfrage

Unklar ist darüber hinaus aber auch, ob überhaupt hinreichend ausgebildetes Personal für diesen Ausbau vorhanden ist. Berücksichtigt man Faktoren wie die zurückgehenden Kinderzahlen, die Personalabgänge, den Beschäftigungsumfang sowie das neu ausgebildete Personal, so zeichnet sich nach derzeitigem Stand kein wesentlicher Personal-mangel ab, auch wenn mit regionalen Engpässen zu rechnen ist. In Ostdeutschland ist sogar ein leichter Personalüberhang zu erwarten (vgl. WiFF 2010).

Zahlenmäßig sind infolgedessen die Herausforderungen für die angepeilte Bildungsbeteiligung der unter Dreijährigen groß, aber nicht unerreichbar. Zugleich stehen einige unerledigte Aufgaben auf der Agenda, um die qualitative Seite der Kindertagesbetreuung noch besser zur Ent-

faltung zu bringen. Drei Punkte seien hier genannt.

Sprachstandserhebungen

Unbestritten gilt mittlerweile der Erwerb der deutschen Sprache als eine wesentliche Bildungskomponente im Kleinkindalter. Nichtsdestotrotz sind die gegenwärtigen Sprachstandserhebungen hinsichtlich Diagnostik, Zielgruppen und damit verbundenen Maßnahmen sehr uneinheitlich. So verwenden 14 Bundesländer zusammen 17 verschiedene sprachdiagnostische Verfahren. Dabei deuten sich bei den Erhebungen auffällige Unterschiede ab: Der Anteil der Kinder mit diagnostiziertem Förderbedarf variierte 2009 zwischen 13 Prozent in Niedersachsen und 56 Prozent in Bremen (vgl. Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2010).

Unübersichtlichkeit herrscht ebenfalls bei den Folgemaßnahmen: Sofern anschließend die sprachauffälligen Kinder gefördert werden, obliegt dies meist den Trägern der Maßnahmen selbst, wie sie dieses ausgestalten. Empfehlungen der Länder sind kaum vorhanden. Das heißt: Das Problem mangelnder Sprachfähigkeit einer nennenswerten Zahl von Kindern ist erkannt, deren Erfassung allerdings wenig einheitlich, und von wirksamen Lösungen kann bislang kaum die Rede sein.

Bildung in der frühen Kindheit

Kindertageseinrichtungen haben heute mehr denn je einen Bildungs-



Prof. Thomas Rauschenbach

auftrag, der in seiner Intention immer stärker der Grundschule ähnelt. In der Folge müssen sie sich weitaus gezielter als „Bildungsorte“ verstehen. Hierfür benötigen sie ein Bildungsverständnis, das das Lernen mit allen Sinnen in den Mittelpunkt stellt und zugleich behutsam und altersgerecht von einem erfahrungsbasierten, lebensweltlichen zu einem strukturierten Lernen übergeht. Dieser Bildungsbegriff sucht nach Wegen, individuelle Lerngeschichten aktiv zu unterstützen, ohne das Ziel einer kohärenten und umfassenden Bildung aus dem Auge zu verlieren. Dies muss mit der Einsicht einhergehen, dass ein Zusammenspiel der verschiedenen Bildungsakteure, etwa von Familien und Kindertageseinrichtungen, für diesen Prozess wichtig und ausgesprochen hilfreich ist.

Entscheidend sind überzeugende Bildungskonzepte, die den Eigensinn von Kindertageseinrichtungen und deren organisatorische und konzeptionelle Andersartigkeit gegenüber der klassischen Halbtagschule und einem kognitiv ausgerichteten Bildungsverständnis erkennbar machen, indem sie verstärkt auf erfahrungsbasierte und eher schulintypische Konzepte des Ler-

nens zurückgreifen. Nur so können Kindertageseinrichtungen ihr Bildungspotenzial entfalten.

Qualifikation des Personals

Hier schließt sich der Kreis wieder. Nicht nur, dass es wie gezeigt, ein Mehr an Personal bedarf, es braucht für die anstehenden Aufgaben auch ein im Schnitt besser ausgebildetes Personal. So fällt auf, dass Kitas im Vergleich zu allen anderen pädagogischen Arbeitsfeldern mit 4,2 Prozent über den mit Abstand geringsten Anteil an hochschulausgebildetem Personal verfügen. Dieser geringe Anteil ist für ein pädagogisches Arbeitsfeld zu Beginn des 21. Jahrhunderts – auch im europäischen Horizont – mehr als ungewöhnlich. Die inzwischen bundesweit eingerichteten Bachelor-Studiengänge sind daher ein erster Schritt in die richtige Richtung.

Ausblick

Eine konsequente Ausweitung des öffentlichen Bildungs-, Betreuungs- und Erziehungsangebots vor Ort, das allen Kindern von Anfang an ein Höchstmaß an Förderung eröffnet, ist eine der wichtigsten gesellschaftlichen Gestaltungsaufgaben der kommenden Jahre und gleich-

zeitig einer der wichtigsten Impulse für mehr Bildungsgerechtigkeit. Eine wichtige Rolle wird hierbei im Anschluss an die Kindertageseinrichtungen die Kooperation mit den ebenfalls auszubauenden Ganztagschulen sowie der Gestaltung lokaler Bildungslandschaften einnehmen.

Literatur

- Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2010): Bildung in Deutschland 2010. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Perspektiven des Bildungswesens im demografischen Wandel. Bielefeld 2010.
- Fuchs-Rechlin, K.; Schilling, M. (2010): Weit, weit ist der Weg... Anhaltende Dynamik in der Kindertagesbetreuung. In: KomDat (03), 2-4.
- Schilling, M.; Rauschenbach, Th. (2008): Die Last zuverlässiger Bedarfsbestimmungen. In: Thole, Werner u.a. (Hrsg.): Bildung und Kindheit. Pädagogik der Frühen Kindheit in Wissenschaft und Lehre. Opladen/Farmington Hills, 295-315.
- Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF) (2010): Droht ein Personalnotstand? Der U3-Ausbau und seine personellen Folgen. Empirische Analysen und Modellrechnungen. Zusammenfassung einer Expertise von Th. Rauschenbach und M. Schilling, München.
- Thomas Rauschenbach
Der Autor ist Direktor des Deutschen Jugendinstituts e. V. (DJI) Red.: ReH

Mehr Erzieher in Kindertagesstätten

Bundesfamilienministerin fördert Modellprojekte

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und der Europäische Sozialfonds stellen in den nächsten drei Jahren rund 13 Millionen Euro bereit, um mehr Männer für den Erzieherberuf in Deutschland zu gewinnen. Das Modellprogramm „Mehr Männer in Kitas“, das am 1. Januar 2011 begonnen hat, soll das Interesse von Jungen und Männern am Beruf des Erziehers wecken, sie bei der Entscheidung für den Erzieherberuf unterstützen und die Perspektiven für Männer (und Frauen) in den Kindertageseinrichtungen verbessern.

Denn fehlende männliche Bezugspersonen wirken sich nach Auffassung von Fachleuten nachteilig auf das Bindungs-, Aggressions- und Gewaltverhalten sowie auf die Bildungschancen von Jungen aus. Männer in Kitas sollen Jungen (und Mädchen) ein erweitertes Spektrum an gelebten Vorbildern bieten und damit auch einen möglichen Mangel an männlichen Bezugspersonen im familiären Bereich ausgleichen. Der Anteil männlicher Mitarbeiter im pädagogischen Bereich der Kindertagesstätten lag 2008 bundesweit bei 2,4 Prozent.

Für das Programm „Mehr Männer in Kitas“ wurden 16 Kita-Träger ausgewählt, die nun versuchen sollen, den Anteil männlicher Erzieher in den Kindertagesstätten zu steigern durch Info-Busse, Schüler-Praktika, Schnuppertage, Freiwilligendienste, Mentorenprogramme, die Einbindung von beruflichen Quereinsteigern etc.

Weitere Informationen unter:

www.bmfsfj.de
www.koordination-maennerinkitas.de
www.esf-regiestelle.eu ReH

Kinder mit Migrationshintergrund in Tageseinrichtungen – Auf die Erzieherinnen kommt es an!

Die pädagogische Arbeit mit Kindern mit Migrationshintergrund, ihre Förderung insbesondere im Bereich des Spracherwerbs, ihre Integration in die Gesellschaft des Einwanderungslandes – all dies sind nicht zu unterschätzende Herausforderungen, vor denen das System der Kindertagesbetreuung heute ebenso steht wie die pädagogischen Fachkräfte in den Kindertageseinrichtungen selbst. Und so lassen sich zwei Problemfelder benennen: Zum einen besuchen noch immer zu wenige Kinder mit Migrationshintergrund eine Tageseinrichtung. Nur 85 Prozent der Kinder mit Migrationshintergrund, aber 96 Prozent der Kinder ohne Migrationshintergrund gehen in den Kindergarten (Böttcher/Krieger/Kolvenbach 2010). Zum anderen sind Kinder mit Migrationshintergrund dort, wo sie frühkindliche Bildung in Anspruch nehmen, zu häufig „unter sich“. Gut ein Drittel der Kinder, die zu Hause überwiegend eine andere als die deutsche Familiensprache sprechen, besuchen eine Einrichtung in der mindestens die Hälfte der Kinder ebenfalls mit der Sprache des Herkunftslandes ihrer Eltern aufwachsen (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2008). Die Handlungsmöglichkeiten der Kindertageseinrichtungen, solchen Segregationstendenzen entgegenzuwirken, sind stark eingeschränkt, da die Sozialstruktur der Kinder in den Einrichtungen in der Regel ein Abbild des sozialen Nahraums ist. Deshalb wird, bezogen auf die Integration von Kindern mit Migrationshintergrund, fachlich immer wieder gefordert, dass in Einrichtungen, in denen überwiegend Kinder betreut werden, deren Familiensprache nicht Deutsch ist, mehr Personal für die Sprachförderung eingesetzt werden müsste. Damit soll kompensiert werden, was nicht naturwüchsig

möglich ist: Mangelnde Gelegenheiten zur Einübung der deutschen Sprache im Spiel, in der Interaktion mit Gleichaltrigen soll durch eine pädagogisch intendierte Sprachförderung ersetzt werden. Schließlich besteht die besondere Verantwortung der Kindertageseinrichtungen darin, dass nicht wenige Familien mit Migrationshintergrund gerade darauf vertrauen, dass ihre Kinder die Sprache des Aufnahmelandes in Einrichtungen wie dem Kindergarten erlernen können. Und auch von fachlicher Seite wird mittlerweile empfohlen, in den Familien die Sprache zu sprechen, in denen sich die Eltern ‚zu Hause‘ fühlen – und dies auch dann, wenn dies die Sprache des Herkunftslandes ist.

Die personelle Ausstattung der Einrichtungen reagiert jedoch nicht in angemessener Weise auf die sozialstrukturelle Zusammensetzung der Kinder in den Einrichtungen. Dies zeigt die Analyse des Personalschlüssels in Verbindung mit dem Anteil der Kinder pro Einrichtung, die zu Hause eine andere als die deutsche Sprache sprechen: So ist zwar in einigen Bundesländern mit zunehmendem Anteil nicht-deutsch sprechender Kinder in den Einrichtungen eine zumindest geringfügige Verbesserung des Personaleinsatzes zu beobachten, etwa in Hessen oder in Baden-Württemberg. In anderen Ländern hingegen verhält sich der Personaleinsatz völlig unabhängig von der Zusammensetzung der Kinder. Dies ist beispielsweise in Rheinland-Pfalz der Fall. Schließlich gibt es auch Länder, wie etwa Niedersachsen oder Nordrhein-Westfalen, in denen der Personaleinsatz mit zunehmendem Migrantanteil zunächst zwar besser wird, aber gerade in Einrichtungen mit einem sehr hohen Migrantanteil von über 75 Prozent wieder deutlich schlechter wird um dann allenfalls auf dem Ni-

veau von Einrichtungen mit einem niedrigen Migrantanteil von unter 25 Prozent zu landen (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2008).

Angesichts dieser Situation sind die Anforderungen an Erzieherinnen und Erzieher im Bereich der Sprachförderung hoch, die dafür erforderlichen Kompetenzen umfangreich: Erzieherinnen und Erzieher sollen nicht nur über Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit sowie über vorbildliche, sprachliche Fähigkeiten verfügen. Erforderlich ist auch ein solides Grundwissen über Sprache, die Entwicklung sprachlicher Strukturen sowie kindlicher Sprachhandlungsfähigkeit. Sie benötigen Kenntnisse und Fertigkeiten im Bereich der Sprachdiagnostik und der Maßnahmen der Sprachförderung (List 2010).

In völliger Schiefelage nicht nur zu den Anforderungen an die frühpädagogischen Fachkräfte, sondern auch zur gesellschaftlichen Relevanz ihrer Arbeit stehen die Beschäftigungs- und Ausbildungsbedingungen in diesem Beruf: Die Beschäftigungsbedingungen haben sich in den letzten Jahren deutlich verschlechtert. Der Anteil der Vollzeitbeschäftigten ist nicht nur außerordentlich niedrig, er ist außerdem in den letzten zehn Jahren stärker zurückgegangen als in anderen Berufen (vgl. Fuchs-Rechlin 2010). Waren Mitte der 1990er Jahre noch 65 Prozent der Erzieherinnen und Erzieher vollzeitbeschäftigt, so sind es Mitte dieses Jahrzehnts nur noch die Hälfte. Teilzeitbeschäftigung mag zum Teil – insbesondere in einem Frauenberuf – erwünscht sein, bietet sie doch die Möglichkeit Familie und Beruf miteinander zu vereinbaren. Schätzungsweise arbeiten aber auch knapp 30 Prozent der teilzeitbeschäftigten Erzieherinnen und Erzieher ‚gezwungenermaßen‘ redu-



Dr. Kirsten
Fuchs-Rechlin

ziert, d.h. weil der Arbeitsmarkt keine Vollzeitstellen bereithält. Brisant wird dies dann, wenn angesichts der Einkommensmöglichkeiten in diesem Beruf die Schwelle zu einer existenzsichernden Beschäftigung kaum überschritten werden kann.

Hinzu kommt der hohe Anteil befristeter Stellen insbesondere in den westlichen Bundesländern: Im Jahr 2002 gingen rund 18 Prozent der ErzieherInnen im Westen einer befristeten Tätigkeit nach – Auszubildende und BerufspraktikantInnen nicht mitgezählt. Wenngleich der Arbeitsmarkt insgesamt durch eine Zunahme befristeter Beschäftigungsverhältnisse gekennzeichnet ist – zuletzt vermeldete das Statistische Bundesamt eine Befristungsquote von rund neun Prozent –, so scheint diese Entwicklung bei den ErzieherInnen nicht nur deutlich schneller voranzuschreiten. Vielmehr liegt das Befristungsniveau der sozialen Berufe auch im Vergleich mit anderen Berufsgruppen an der Spitze. Vor allem die jüngeren MitarbeiterInnen sind von Befristung betroffen, also jene, die sich zunächst einmal auf dem Arbeitsmarkt etablieren müssen (Fuchs-Rechlin 2007). Für sie ist der Berufseinstieg mit erheblichen Hürden verbunden, das Risiko der Abwanderung in andere Arbeitsfelder ist hoch.

Aber auch auf Seiten der Ausbildung lassen sich ‚Hürden‘ ausmachen: Mittlerweile zählt – zumindest in einigen Bundesländern – nicht nur die Hochschulreife zu den Zugangsvoraussetzungen für diesen Beruf; i.d.R. muss vor Beginn der Ausbildung an der Fachschule eine zweijährige Ausbildung zur Kinderpflegerin/zum Kinderpfleger bzw. zur Sozialassistentin/zum Sozialassistenten absolviert werden. Mag

dies zwar für eine Fachschulausbildung folgerichtig sein, denn diese dient der beruflichen Weiterbildung nach Abschluss einer dualen Ausbildung (vergleichbar mit dem Meister oder dem Techniker bei Handwerks- und Industriebereufen), so scheint eine alles in allem fünf- bis sechsjährige Ausbildung angesichts der daran anknüpfenden Einkommens- und Aufstiegschancen in einer Tätigkeit als Erzieherin oder Erzieher mehr als unangemessen. Seine Zuspitzung findet diese Entwicklung, wenn im Kontext der Diskussionen um eine – sicherlich wünschenswerte – Akademisierung des Arbeitsfeldes, weiterbildende Studiengänge an Hochschulen implementiert werden, die die vorangegangene ErzieherInnen-ausbildung nur unzureichend auf die Studienleistungen anrechnen. Alles in allem käme eine Erzieherin bzw. ein Erzieher dann gut und gerne auf sieben bis acht Ausbildungsjahre; ein biographischer und ökonomischer „Input“ jedenfalls in völler Schiefele zum „Output“.

Dieses Ungleichgewicht zwischen Ausbildungsbedingungen und Arbeitsanforderungen (die sich durchaus auf akademischem Niveau bewegen) sowie den Beschäftigungsbedingungen führt nicht zuletzt dazu, dass die Kindertagesbetreuung unattraktiv für Berufsanfänger/-innen ist. So fehlt es im System der Kindertagesbetreuung nicht nur an Männern sondern auch an Fachkräften, die selbst über einen Migrationshintergrund verfügen und somit als ‚Integrationsfigur‘ in Frage kämen. Lediglich acht Prozent der Erzieherinnen und Erzieher haben selbst einen Migrationshintergrund. Im Vergleich dazu: In der 20- bis unter 65-jährigen Bevölkerung liegt dieser Anteil bei immerhin 20 Prozent. Für

die Ausbildungsinstitutionen, Anstellungsträger und die Bildungs- und Sozialpolitik jedenfalls resultiert daraus der Auftrag, stärker als bisher um diese Personenkreise zu werben und durch eine Verbesserung der Beschäftigungsbedingungen die Ausbildung und den Beruf attraktiver für junge Menschen zu gestalten.

Literatur

- Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2008): Bildung in Deutschland 2008. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Übergängen im Anschluss an den Sekundarbereich I. Bielefeld: Bertelsmann.
- Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2010): Bildung in Deutschland 2010. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Perspektiven des Bildungswesens im demografischen Wandel. Bielefeld: Bertelsmann.
- Böttcher, A./Krieger, S./Kolvenbach, F.-J. (2010), Kinder mit Migrationshintergrund in Kindertagesbetreuung. Statistisches Bundesamt: Wirtschaft und Statistik, Heft 2/2010, S. 158-164.
- Fuchs-Rechlin, Kirsten (2010): ErzieherInnen und KinderpflegerInnen im Mikrozensus 2008 zur berufliche, familiären und ökonomischen Situation von ErzieherInnen und KinderpflegerInnen. Dortmund: Technische Universität.
- Fuchs-Rechlin, K. (2007): Wie geht's im Job? KiTa-Studie der GEW. Frankfurt a.M.: Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft.
- List, G. (2010): Frühpädagogik als Sprachförderung. Qualifikationsanforderungen für die Aus- und Weiterbildung der Fachkräfte. Expertise für das Projekt Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte (WiFF). München: Deutsches Jugendinstitut e.V.

Dr. Kirsten Fuchs-Rechlin

Die Autorin ist Erziehungswissenschaftlerin, Mitarbeiterin der Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik im Forschungsverbund Deutsches Jugendinstitut/TU Dortmund.

Red: ReH



Mehr Sicherheit für Kinder im Straßenverkehr

mobil SICHER-RATGEBER

„Kinder im Straßenverkehr“

Tipps zur Vermeidung von Kinderunfällen
Dr. Rita Bourauel, 2. überarb. Auflage 2003,
144 Seiten, ISBN 978-3-7950-0791-1

NUR € 9,90

SCHMIDT ROMHILD DEUTSCHLANDS ÄLTESTES VERLAGS- UND DRUCKHAUS SEIT 1579

AUS DEM INHALT:

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

Max Schmidt-Römhild KG · Mengstr. 16 · 23552 Lübeck · Tel. 04 51/70 31-267
Fax 70 31-281 · www.schmidt-roemhild.de · vertrieb@schmidt-roemhild.com

Bildungspaket für zwei Millionen Kinder

Ob Bücher, Klavierunterricht oder Klassenfahrten: Kinder haben einen Rechtsanspruch auf Leistungen für Bildung und Teilhabe am Leben. Die Bundesregierung will deshalb im Rahmen eines Bildungspakets Sachleistungen für Kinder von Hartz-IV-Empfängern anbieten.

Genau 700 Millionen Euro im Jahr 2011 und jeweils 730 Millionen Euro in den beiden darauf folgenden Jahren sieht der Finanzrahmen für das Bildungspaket von Arbeitsministerin Ursula von der Leyen vor. Mit diesem Geld sollen die rund zwei Millionen bedürftigen Kinder und Jugendlichen in Deutschland gefördert werden, und zwar nicht per Cash an die Eltern, sondern per Sachleistung. Damit folgt die Regierung einer Vorgabe des Bundesverfassungsgerichts, das nicht nur eine transparente Neugestaltung der Regelsätze für Hartz-IV-Empfänger forderte, sondern Kindern einen eigenen Rechtsanspruch auf Teilhabe und Förderung einräumte.

Das Bildungspaket besteht aus vier Komponenten, die ein möglichst breites Spektrum der kindlichen Bedürfnisse abdecken sollen:

1. Lernförderung.

Künftig können Kinder aus ärmeren Familien Nachhilfe auf Staatskosten bekommen – wenn der Extra-Unterricht von den Lehrern befürwortet wird.

Langfristig – wenn Schulen die individuelle Förderung so weit verbessert haben, dass keine Nachhilfe mehr benötigt wird – soll die Lernförderung allerdings entfallen können. Der flächendeckende Ausbau der Grundschulen und der Ausbau der frühkindlichen Förderung kosten nach Berechnungen

des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln (IW) jährlich etwa 7,5 Milliarden Euro – eine Investition, die sich rechnet: Die öffentliche Hand könnte so eine Rendite von 8 Prozent erzielen, da gut ausgebildeter Nachwuchs im Erwachsenenleben auch zu einem höheren Steueraufkommen beiträgt und weniger Sozialausgaben verursacht.

2. Schulbasispaket.

Seit dem 1. Januar 2011 stehen jedem Schulkind jährlich 100 Euro zu. Hinzu kommen außerdem noch mal 30 Euro jährlich für Schulausflüge.

Anders als die drei anderen Bestandteile des Bildungspakets wird das Schulbasispaket nicht als Sachleistung erbracht, sondern ausgezahlt. So kann jede Familie entscheiden, ob sie das Geld lieber für einen Kinderschreibtisch oder für Bücher, Stifte und Lineale ausgibt. Ein Mangel an Lernmitteln kann laut IW-Berechnungen nämlich eklatante Folgen haben:

Knapp 30 Prozent der Schüler in Deutschland, die nur über eine geringe Lesekompetenz verfügen, haben keine Bücher für Schulaufgaben; 11 Prozent der bildungsarmen Schüler besitzen kein Wörterbuch oder Lexikon. Aufgrund lückenhafter Schulausstattung fallen Kinder um ein knappes Schuljahr zurück.

3. Zuschuss zum Mittagessen.

Künftig steht bedürftigen Kindern, die eine Schule oder eine Kindertagesstätte mit Mittagsverpflegung besuchen, ein Essenszuschuss in Höhe von zwei Euro pro Schultag zu. Damit soll nicht nur die gesellschaftliche Teilhabe der bedürftigen Kinder erhöht werden, die bislang nicht am Mittagessen teilgenommen haben, sondern auch das gesundheitliche Wohlbefinden: Derzeit essen nach Angaben des Robert-Koch-Instituts weniger als die Hälfte der Kinder aus ärmeren Haushalten täglich Obst.

4. Außerschulische Bildung.

Pro Jahr stehen Kindern aus ärmeren Familien künftig 120 Euro für die Mitgliedschaft in Sportvereinen, für Musikunterricht oder für andere Freizeitangebote zur Verfügung – mit insgesamt 240 Millionen Euro pro Jahr der größte Posten aller Komponenten des Bildungspakets.

Obwohl sportliche Betätigung auch ohne Geld möglich ist, besteht nach Berechnungen des Robert-Koch-Instituts ein Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und sozialer Herkunft:

Von den drei- bis zehnjährigen Kindern aus ärmeren Haushalten sind etwa 40 Prozent weniger als einmal in der Woche sportlich aktiv.

Damit treiben sie etwa drei- bis viermal weniger Sport als Kinder aus begüterten Familien.

iwd/ReH

Mehr Sicherheit für Kinder im Straßenverkehr



Ratgeber:
Kinder im Straßenverkehr.
 Über 100 Tipps auf
 144 Seiten, Format A5,
 ISBN 3-7950-0791-7,
 Preis: 9,90 Euro incl. MwSt
 plus Versand

Bestellen Sie jetzt!

Verlag Schmidt-Römhild,
 Mengstraße 16, 23552 Lübeck
 Tel. 0451-7031267, Fax 0451-7031281
 Mail: vertrieb@schmidt-roemhild.com
 Internet: www.mobilundsicher.de

**SCHMIDT
 RÖMHILD**

Fortbildungstermine des BVKJ

März 2011

11.–13. März 2011

17. 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@uminf.de) ②

18.–19. März 2011

20. Pädiatrie zum Anfassen

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

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

24.–27. März 2011

8. Assistentenkongress

des bvjk e.V., Dresden

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

April 2011

2. April 2011

34. Pädiatref 2011

des bvjk e.V., LV Nordrhein, Köln

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

Auskunft: Dr. Thomas Fischbach, 42719 Solingen, Fax 0212/315364; Dr. Antonio Pizzulli, 50679 Köln, Fax 0221/818089; Dr. Herbert Schade, Mechernich, Fax 02443/171403 ④

29.–30. April 2011

9. Pädiatrie à la carte des LV Westfalen-Lippe

des bvjk e.V., Bielefeld

Auskunft: Dr. med. Uwe Büsching, Dr. med. Marcus Heidemann, Bielefeld, Tel. 0521/85342, Fax 0521/83021 ④

Mai 2011

14. Mai 2011

24. Fortbildungsveranstaltung mit praktischen Übungen

der LV Rheinland-Pfalz und Saarland im bvjk e.V., Worms

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

21. Mai 2011

1. Hebammen- u. Pädiaterkongress NRW Oberhausen

Auskunft: Dr. Antonio Pizzulli, 50679 Köln, Tel. 0221/813281, Fax 0221/818089; Dr. med. Thomas Fischbach, 42719 Solingen, Fax 0212/315364 ④

21.–22. Mai 2011

21. 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 2011

17.–19. Juni 2011

41. Kinder- und Jugendärztetag 2011

des bvjk e.V., Berlin

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

18.–19. Juni 2011

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

des bvjk e.V., Berlin

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221 / 6 89 09 15/16, Fax: 0221/6 89 09 78 (bvjk.kongress@uminf.de) ④

Juli 2011

9.–10. Juli 2011

Pädiatrie zum Anfassen

des bvjk e.V., LV Württemberg / (Baden), Heidelberg

Auskunft: Dr. Andreas Scheffzek, Friedrich Ebert-Anlage 23a, 69126 Heidelberg, Tel. 06221/23404, Fax: 06221/21506 ②

Oktober 2011

1. Oktober 2011

Jahrestagung des LV Sachsen

des bvjk e.V., Dresden

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

8.–12. Oktober 2011

39. Herbst-Seminar-Kongress

des bvjk e.V., Bad Orb

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

November 2011

5.–11. November 2011

Jahrestagung des LV Niedersachsen

des bvjk e.V., Verden

Auskunft: Dr. med. Tilmann Kaethner und Dr. med. Ulrike Gitmans ③

19.–20. November 2011

9. Pädiatrie zum Anfassen

des bvjk e.V., LV Bayern, Bamberg

Auskunft: Dr. Martin Lang, Tag.-Leiter: Prof. Dr. C. P. Bauer, Bahnhofstr. 4, 86150 Augsburg, Tel. 0821/3433583, Fax 0821/38399 ③

① CCJ GmbH, Tel. 0381-8003980 / Fax: 0381-8003988, ccj.hamburg@t-online.de

② Schmidt-Römhild-Kongressgesellschaft, Lübeck, Tel. 0451-7031-202, Fax: 0451-7031-214, kongresse@schmidt-roemhild.com

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

④ Interface GmbH & Co. KG, Tel. 09321-9297-850, Fax 09321-9297-851, info@interface-congress.de

Buchtipp

Karl Götte, Thomas Nicolai
(Hrsg.)

Pädiatrische HNO-Heilkunde



Verlag Elsevier, 700 S.,
200 farb. Abb., 50 farb.
Tab., ISBN 978-3-437-
24660-9, € 129,-

Wer liest eigentlich ein Lehrbuch? Fachenthusiasten? Ärzte in der Vorbereitung auf die Facharztprüfung? Rezensenten? Wir haben Vorurteile. Lehrbücher sind langweilig. Bald sind sie veraltet. Sie sind sperrig.

Das Meiste braucht man nicht. Zugegeben, sie sind auch teuer.

Karl Götte und Thomas Nicolai haben als Herausgeber alles getan, um sämtliche gängigen negativen Vorurteile über Lehrbücher Lügen zu strafen. Beiträge von nicht weniger als 51 Mitautorinnen und Mitautoren haben sie zu einem ansprechend einheitlichen Gesamtwerk zusammengefügt. Darunter – und das ist etwas ganz Besonderes – einen Kinder- und Jugendpsychiater.

Eminenzen, die sich in erster Linie der Evidenz verpflichten. Ein klar gegliedertes und gut lesbares Buch. Geeignet sowohl zum Nachschlagen als auch dazu, in einzelnen Bereichen zu schmökern. Alle relevanten HNO-Fragen der täglichen kinder- und jugendärztlichen Praxis werden ausführlich behandelt. Eingeschlossen Sprach- und Sprechstörungen. Sinn und Unsinn von verschiedenen Behandlungsoptionen werden im Einzelnen beleuchtet. Die Nischenkapitel mit seltenen Erkrankungen sind eine angenehme Würze. Sie bringen dem Leser die Breite des Spezialfaches nahe.

Ein Buch, das in jede pädiatrische Praxis gehört, zur Absicherung von Diagnosen und Entscheidungsprozessen. Aber auch als Basis für das kollegiale Gespräch mit den HNO-Kollegen. Ein Buch, dem man auch weite Verbreitung in den HNO-Abteilungen der Kliniken wünscht. Nicht nur wegen der spezifischen Fachinhalte. Besonders auch deswegen, weil es von Anfang an und explizit die entwicklungspsychologischen und psychischen Eigenheiten von

Kindern in verschiedenen Altersstufen darstellt. Das Buch ist allemal seinen Preis wert.

Dr. Christoph Kupferschmid
Frauensteige 18
89075 Ulm

Red.: ge

Gerhardt Nissen

Psychisch gestörte Kinder und Jugendliche gestern und heute

Persönliche Erinnerungen aus 60 Jahren

Psychosozial Verlag, 386 S., ISBN 978-3-89806-857-4, € 39,90



Das Buch von Gerhardt Nissen, dem früheren Direktor der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Würzburg, beschreibt äußerst detailgetreu und ausführlich die persönliche Sicht des Autors zur Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland. Er beginnt mit seiner Jugend im dänisch-deutschen Grenzgebiet, seinen Erfahrungen mit Nationalsozialismus und Krieg sowie seinen Eindrücken im Studium in den schweren Zeiten nach dem Krieg. Von 1954 bis 1962 erhielt er eine umfangreiche Ausbildung als Psychiater in Bremen und wurde hier insbesondere auch psychoanalytisch geschult. Von 1963 bis 1978 leitete er die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie „Wiesengrund“ in West-Berlin. Er war einer der maßgeblichen Wegbereiter für die Anerkennung der Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiatrie 1968, nachdem zuvor vor allem seitens der Pädiater nur eine „Jugendpsychiatrie“ akzeptiert worden war. 1970 gab es in Deutschland 4 Lehrstühle für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 1990 waren es be-

reits 18, heute gibt es an praktisch jedem Universitätsklinikum mindestens eine eigenständige Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

1971 hat Gerhardt Nissen zusammen mit Hubert Harbauer, Reinhard Lempp und Peter Strunk das erste „Lehrbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie“ herausgegeben. Die Habilitationsschrift von Gerhardt Nissen zum Thema der Depression im Kindes- und Jugendalter an der Freien Universität Berlin war nur durch die engagierte Unterstützung verschiedener Persönlichkeiten möglich.

Immer wieder beschreibt Nissen seine Beschäftigung mit klassischen Themen der Psychoanalyse, z.B. der Mutter-Kind-Dyade und den Konzepten der Persönlichkeitsentwicklung nach Siegmund Freud, aber auch die Auseinandersetzung mit Themen wie frühkindliche Hirnschädigung, genetische Beeinflussung der Intelligenz und den Anfängen einer Psychopharmakologie.

Interessant ist dabei, in der Fülle von Einzelaspekten und detailgenauen Erinnerungen Untertöne zu registrieren, zum Beispiel das Verhältnis des Autors zu dem Promotor der Sozialpädiatrie, Theodor Hellbrügge: er bescheinigt ihm eine „mangelnde Ausbildung in Psychiatrie und Psychoanalyse“, akzeptiert aber sehr wohl sein großes Engagement für eine Verbesserung der Situation von entwicklungsauffälligen und behinderten Kindern. Auch sein Verhältnis zu anderen Kollegen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, zum Beispiel zu Reinhard Lempp war offensichtlich nicht immer spannungsfrei: „Cavete Lempp“ hieß es in Anlehnung an die sozialkritische politische Einstellung des Tübinger Kinder- und Jugendpsychiaters, die der Autor auch auf Grund seiner Erfahrungen im Berlin der 68er Jahre sehr kritisch beurteilte bzw. ablehnte.

In den Berichten von verschiedenen Kongressen, Treffen, Reisen und Buchpublikationen werden oft persönliche Eindrücke und Erlebnisse mit einer Darstellung wissenschaftlicher Diskussionen vermischt. Dabei kann man immer wieder feststellen, dass viele Themen und Fragen, insbesondere zum Zusammenhang zwischen der Intelligenz und dem

Verhalten mit der Genetik und der Umwelt unverändert aktuell sind.

Eindrucksvoll schildert der Autor die Gründung und den Aufbau der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Würzburg als erster Universitäts-Klinik in Bayern. Dabei nehmen ausführliche Darstellungen von Forschungsprojekten, Lehrtätigkeit, Kongressbesuchen, Diskussionen mit Fachkollegen, Freundschaften, aber auch Auseinandersetzungen mit verschiedenen Persönlichkeiten einen breiten Raum ein.

Insgesamt ist das Buch eine sehr detaillierte und umfangreiche Darstellung der persönlichen Erfahrungen eines herausragenden Vertreters der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie in den kreativen, aber

auch spannungsreichen Zeiten des Aufbaus dieses Faches. Für Leser, die an einer Darstellung der großen Zusammenhänge, insbesondere auch der Entwicklung im Spannungsfeld zwischen der Kinder- und Jugendmedizin einerseits und der Erwachsenenpsychiatrie andererseits interessiert sind, ist das Buch in weiten Passagen zu detailgenau und allein aus der subjektiven Sicht des Autors geschrieben. Für alle die, die den Autor auf seiner Entwicklung begleitet haben, bietet es aber vielfältige Möglichkeiten zur Erinnerung und zum Nachdenken.

Letztlich ist die Entwicklung des Faches Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, wie es heute heißt, noch immer nicht

abgeschlossen. Das vorliegende Buch ist ein wertvoller Baustein für die Erklärung dieses Entwicklungsprozesses. Es ist aber zu wünschen, dass gerade auch mit Hilfe der vielen von Nissen zusammengetragenen Details doch eine zusammenfassende Darstellung zur Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland erstellt werden kann, bei der auch andere Strömungen, zum Beispiel die Sozialpsychiatrie und die Sozialpädiatrie, mehr berücksichtigt werden kann.

Prof. Dr. Michael Straßburg
Präsident der DGSPG
Universitäts-Kinderklinik
Josef-Schneider-Str. 2
97080 Würzburg

Red.:ge

Tagungen und Seminare

Januar 2011

28.–30. Januar 2011, Hamburg
29. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Tropenpädiatrie ATP e.V.
Info: www.tropenpaediatric.de

Februar 2011

12. Februar 2011, Hamm
1. Asthma-Tag der Westdt. Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Pneumologie und Allergologie
Info: wappaev.de

18.–19. Februar 2011, Düsseldorf
8. gemeinsame Jahrestagung der AGAS und der AGNES
Info: www.tagung-agas-agnes.de

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

März 2011

18.–19. März 2011, Kassel
9. Internationale Kasseler Fortbildung – Medizinische Diagnostik bei Kindesmisshandlung
Info: www.dgfpi.de oder www.kindesmisshandlung.de

19. März 2011, Bad Boll
15. Göppinger Pädiatrie Fortbildung
Info: Dieter.Woelfel@KaE.de

April 2011

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

6.–9. April 2011, Aachen
26. Jahrestagung der GPGE e.V. und Fortbildungskurs Kindergastroenterologie
Info: www.gpge2011.eu

Juni 2011

2.–4. Juni 2011, Osnabrück
35. Fortbildungstagung: Das Bobath-Konzept – konkret –
Info: www.bobath-vereinigung.de

24.–25. Juni 2011, Berlin
Immunologische Summer School 2011
Info: www.charite-ppi.de/ unter „Veranstaltungen“

Juli 2011

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

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

August 2011

26.–27. August 2011, Berlin
Pneumologisch-allergologische Summer School 2011
Info: www.charite-ppi.de/ unter „Veranstaltungen“

Wir gratulieren zum Geburtstag im Februar 2011

65. Geburtstag

Frau Dr. med. Gisela *Crome v. Marck*, Bad Bederkesa, am 11.02.
 Herr Dr. med. Andreas *Rutz*, Lollar, am 11.02.
 Herr Dr. med. Friedrich *Scheidt*, Ansbach, am 25.02.
 Herr Dr. med. Walter *Stäblein*, Berlin, am 25.02.
 Herr Dr. med. Burkhard *Staupe*, Lollar, am 25.02.
 Frau Dr. med. Irene *Volquartz*, Hamburg, am 28.02.

70. Geburtstag

Frau Dr. med. Sigrid *Pfeiffer*, Neuwied, am 07.02.
 Herr Peter *Schmehle*, Bad Schussenried, am 07.02.
 Frau Maria *Bayn*, Singwitz, am 08.02.
 Herr Dr. med. Richard *Böhme*, Reinsdorf, am 09.02.
 Frau Dr. med. Ulrike *Hoffmann*, Eberswalde, am 09.02.
 Frau Dr. med. Karin *Musielski*, Berlin, am 10.02.
 Herr Prof. Dr. med. Detlef *Kunze*, München, am 12.02.
 Frau Dr. med. Brita *Weiß*, Zschorlau, am 12.02.
 Frau Dr. med. Ute *Schulz-Weber*, München, am 13.02.
 Herr Dr. med. Hans Günter *Berzel*, Heidelberg, am 14.02.
 Frau Dr. med. Maren *Sönnichsen*, Berlin, am 16.02.
 Frau Dr. med. Walburga *Stolz*, Waren, am 16.02.
 Frau Dr. med. Hannelore *Henrion*, Berlin, am 19.02.
 Herr Dr. med. Roland *Seiring*, Eberswalde, am 19.02.
 Frau Dr. med. Ingeborg *Kolbe*, Cuxhaven, am 20.02.
 Herr Dr. med. Günter *Vogelsang*, Michelstadt, am 20.02.
 Frau Dr. med. Ulrike *Hirsch*, Dresden, am 23.02.
 Frau Dr. med. Dagmar *Otto*, Winkwitz, am 23.02.
 Herr Dr. med. Thomas *Hofstötter*, Wentorf, am 25.02.
 Frau Dr. med. Iris *Liebold*, Castrop-Rauxel, am 25.02.
 Herr Dr. med. Rainer *Frenzel*, Pulsnitz, am 28.02.

Frau Dr. med. Ursula *Klein*, Oberaudorf, am 28.02.
 Herr Dr. med. Volker *Springer*, Lüdenscheid, am 28.02.

75. Geburtstag

Herrn MR Dr. med. Klaus *Schimmel*, Wurzen, am 01.02.
 Frau Dr. med. Pari *Seyyedi*, Schlangenbad, am 05.02.
 Frau Dr. med. Ursula *Schenderlein*, Bad Saarow, am 09.02.
 Herr Dr. med. Zuhair *Allouni*, Walsrode, am 19.02.
 Herr Dr. med. Rudolf *Popp*, Jüterbog, am 20.02.
 Frau Dr. med. Rosemarie *Bucke*, Hamburg, am 23.02.
 Herr Dr. med. Detlev *Eggert*, Odenthal, am 27.02.

80. Geburtstag

Herrn SR Dr. med. Ludwig *Herzfeld*, Halle, am 06.02.
 Frau SR Dr. med. Felicitas *Kühne*, Magdeburg, am 06.02.
 Herr Dr. med. Dietrich *Mueller*, Hagen, am 07.02.
 Frau Dr. med. Jutta *Spieß*, Braunschweig, am 15.02.
 Frau Dr. med. Gisela *Sperling*, Höchberg, am 22.02.

81. Geburtstag

Herrn Dr. med. Hooshang *Hamzavi*, Gelsenkirchen, am 04.02.
 Frau Dr. med. Helga *Beater*, Braunschweig, am 06.02.
 Herr Dr. med. Eberhard *König*, Pinneberg, am 20.02.

82. Geburtstag

Herrn Dr. med. Klaus G. *Doenges*, Essen, am 03.02.

83. Geburtstag

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

84. Geburtstag

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

85. Geburtstag

Frau Dr. med. (B) Marieta *Constandache*, Aachen, am 02.02.

Herrn Dr. med. Norbert *Bäumer*, Dortmund, am 16.02.
 Frau Dr. med. Erika *Schröder-Habeth*, München, am 18.02.
 Frau Dr. med. Annemarie *Röpke*, Wolfenbüttel, am 25.02.

86. Geburtstag

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

87. Geburtstag

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

88. Geburtstag

Frau Dr. med. Elisabeth *Mock*, Bielefeld, am 02.02.
 Herr Dr. med. Willi *Orth*, Leverkusen, am 05.02.
 Herr Dr. med. Ralph *von Patay*, Kiel, am 05.02.
 Herr Dr. med. Helmut *Kuntze*, Ostfildern, am 07.02.
 Frau Dr. med. Paula *Gruber*, Tegernsee, am 09.02.

89. Geburtstag

Frau Dr. med. Ruth Hanna *Tron*, Ettlingen, am 06.02.
 Frau Dr. med. Barbara *Borkowsky-Fehr*, Weiden, am 07.02.
 Herr Dr. med. Hans Joachim *Ganzel*, Berlin, am 19.02.

90. Geburtstag

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

91. Geburtstag

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

94. Geburtstag

Herrn Dr. med. Hermann *Klößkner*, Mainz, am 15.02.
 Frau Dr. med. Marianne *Faafß*, Hamburg, am 24.02.
 Frau Dr. med. Marianne *Bulling*, Bremen, am 25.02.

95. Geburtstag

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

102. Geburtstag

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

103. Geburtstag

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

Wir trauern um: Herr Dr. med. Heinrich *Barthelmes*, Speyer
Frau Dr. med. Ursula *Geffrath*, Augsburg
Herrn Dr. med. Werner *Gützlaff*, Lübeck
Herrn Dr. med. Ulrich *Kardorff*, Mönchengladbach
Frau Dr. med. Ute *Kensche*, Königs Wusterhausen
Herrn Dr. med. Friedrich *Koester*, Dortmund
Herrn Dr. med. Wolfram *Reichelt*, Bad Reichenhall
Herrn Dr. med. Felix *Sarrazin*, Bocholt
Frau Dr. med. Lieselotte *Schuster*, Bünde

Als neue Mitglieder begrüßen wir**Landesverband Baden-Württemberg**

Frau Eva *Krähling*

Landesverband Bayern

Frau Katrin *Sperber*
Herrn Johannes *Weigel*
Herrn Emanuel *Roth*

Landesverband Berlin

Frau Dr. med. (Uni. Temeswar) Sorina
Juliana *Muntean*
Frau Lisa *Lurz*

Landesverband Hamburg

Herrn Dr. med. Ole *Malessa*

Landesverband Hessen

Frau Yenny *Kho*

Landesverband Niedersachsen

Frau Kristine *Neupert*
Frau Dr. med. Christine-Kai *Pommer*
Frau Meike *Schumacher*
Frau Bettina *Lebrecht*
Frau Dr. med. Friederike *Henningsen*

Landesverband Nordrhein

Frau Dr. med. Astrid *Schubert*
Frau Dr. med. Nina *Sperlich*
Herrn Wim *van Greven*

Landesverband Rheinland-Pfalz

Herrn Dr. med. Dieter *Arnold*
Frau Anna *Daniels*
Frau Anne *Lang*

Landesverband Sachsen

Frau Dr. med. Antje *Kötz*
Frau Claudia *Beck*
Frau Dr. med. Ingrid *Heimke*
Frau Britta *Herbst*
Frau Claudia *Gündel*

Landesverband Thüringen

Frau Elisabeth *Fischer*
Frau Irene *Rohn*

Landesverband Westfalen-Lippe

Frau Tatjana *Schopp*
Frau Dr. med. Britta *Langer*
Frau Dr. med. Candan *Hütsch*
Frau Dr. med. Julia *Konle*

Praxistafel

Suchen FÄ/FA (auch im letzten Ausbildungsjahr) zur Mitarbeit (auch TZ mögl.) in unserer kinderärztl. Gemeinschaftspraxis in obb. Kleinstadt.

Bieten: Flexible Arbeitszeiten, abwechslungsreiche Tätigkeit, hoher Freizeitwert.

Tel. 08861-908674

Weiterbildungsassistent/in für kinder- und jugendmedizinische überörtliche Gemeinschaftspraxis in Hagen gesucht. 18 Monate WB-Berechtigung vorhanden.

Tel.: 02331 – 55073/74

Weiterbildungsassistentin oder Assistent gesucht für große Kinder- und Jugendarztpraxis mit Schwerpunkt Neuropädiatrie/Psychotherapie bei Stuttgart. Weiterbildungsermächtigung vorhanden.

Tel. 0711 / 79 60 25, E-Mail: praxis@jukimed.de

Kinderärztl. Gemeinschaftspraxis in Berlin **sucht WB-Assistent/in** oder **Fa/Fä** (Teilzeit) ab 5/2011. Spätere Praxis-Teilübernahme möglich.

Zuschriften unter Chiffre 1889 KJA 1/11 an den Verlag erbeten.

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

Pädindex**Praxiseinrichtungen**

■ **Anmietung geeigneter Räumlichkeiten**

■ **Tagungsbüro**

■ **Teilnehmerverwaltung**

■ **Hotelbuchungen**

■ **Industrierausstellung**

■ **Referentenbetreuung**

KONGRESS ORGANISATION

Ihr leistungsstarker Partner mit über 30-jähriger Erfahrung

Kompetent bei der Durchführung von

- Kongressen
- Tagungen
- Seminaren
- Symposien (auch via Satellit)

im gesamten Bundesgebiet und
dem benachbarten Ausland.

Lassen Sie sich von uns beraten!

- Bereitstellung modernster Technik
und Kommunikationssysteme
- Drucksachen, Herstellung
und Versand
- Rahmenprogramm
- PR unterstützende Aktivitäten



Hansisches Verlagskontor

**SCHMIDT
RÖMHILD**

Kongressgesellschaft mbH

Mengstraße 16 · 23552 Lübeck · Tel. 04 51/70 31-2 05 · Fax. 04 51/70 31-2 14
e-Mail: kongresse@schmidt-roemhild.com · www.schmidt-roemhild.de

Neuartiges Antibiotikum: vorteilhaft für die tägliche Kinderarzt-Praxis

Innovative topische Therapie bakterieller Infektionen der Haut

Bei Infektionen durch grampositive Kokken hat sich im Praxisalltag das topische Antibiotikum Retapamulin (Altargo®) besonders bewährt: mikrobiologisches Profil, schnelle und zuverlässige Wirksamkeit, niedriges Resistenzpotential, und gute Verträglichkeit gewährleisten eine hohe Therapiesicherheit.

Staphylokokken und Streptokokken sind die Haupterreger von bakteriellen Infektionen der Haut, wie z.B. der Impetigo contagiosa, einer insbesondere im Kindesalter häufig auftretende Hauterkrankung.

Nachdem es jahrzehntlang keine therapeutischen Neuerungen auf diesem Gebiet gegeben hat, so der Dermatologe **Prof. Dr. med. Hans Christian Korting**



(München) in einem von GSK/Stiefel unterstützten Seminar anlässlich der 22. Fortbildungswoche für Dermatologie, könne man die Entwicklung eines innovativen Lokalantibiotikums wie Retapamulin als „Revolution“ bezeichnen.

Eine Lokaltherapie sei, so Korting laut AWMF-Leitlinien zur Behandlung von Staphylokokkeninfektionen der Haut, speziell der Impetigo bisher nur in leichten Fällen indiziert. Bei mittelschweren und schweren Formen sowie dem Verdacht auf Mischinfektionen mit Streptokokken wird bislang eine systemische Antibiotikatherapie empfohlen.

Relevante Erreger erfasst

„Die Diagnosestellung kann in der Praxis meist nur am klinischen Bild erfolgen“, so Korting. In der Alltagspraxis würden mangels exakter mikrobiologischer Diagnostik z.B. Mischinfektionen als solche nicht erkannt. Darüber hinaus stelle sich das Problem der ansteigenden Resistenzlage gegenüber gängigen Therapeutika, auch in der Lokaltherapie. Mit der Entwicklung von Retapamulin zeichnet sich nach den Ausführungen des Referenten eine neue Option ab, da dieses Antibiotikum für wichtige Problempunkte Lösungen beinhaltet. Retapamulin ist sowohl gegen Staphylokokken (MSSA) als auch gegen Streptokokken hochwirksam, so dass dieses Antibiotikum auch bei Mischinfek-

tionen eine zuverlässige Lokaltherapie ermöglicht.

Einziger Wirkmechanismus

Die Substanz weist einen spezifischen Wirkmechanismus auf, der sich von dem anderer Antibiotika grundlegend unterscheidet. Retapamulin hemmt an drei Ansatzpunkten die Proteinbiosynthese der Bakterien. Die Neuformation von Ribosomen wird spezifisch verhindert, die Initiierung der Translation blockiert und die Verlängerung der Peptidkette gehemmt.

Die aus dem mikrobiologischen Profil erwachsenen Erwartungen hätten sich laut Korting im Praxisalltag und in klinischen Studien (1, 2, 3) eindrucksvoll erfüllt.

Retapamulin: Wirksamkeit klinisch belegt

Bei klassischen Kokken-Infektionen im oberflächlichen Epidermalbereich wie der Impetigo contagiosa sind laut **Prof. Dr. med. Helmut Schöfer** (Universitäts-Hautklinik Frankfurt) topische Antibiotika (z.B. Fusidinsäure, Mupirocin) den Antiseptika vorzuziehen.



Mit Retapamulin wird, so betonte Schöfer, die Palette entscheidend bereichert.

In klinischen Studien an über 2000 Patienten so Schöfer, konnte die gute und schnelle Wirksamkeit von Retapamulin belegt werden. Bei einer 2 x täglichen Behandlung über 5 Tage (10 Anwendungen) war die Retapamulin-Therapie bezüglich der Abheilungsrate einer 3 x täglichen Behandlung über 7 Tage (21 Anwendungen) mit Fusidinsäure zumindest gleichwertig (1). Bei Infektionen durch Mupirocin- und Fusidinsäureresistente Keime war Retapamulin deutlich überlegen.

Als besonders eindrucksvoll bewertete Schöfer die Ergebnisse von klinischen Vergleichsstudien gegen eine systemische Cephalexin-Behandlung. Bei sekundärinfizierten Wunden an 1904 Patienten war die 5-tägige Behandlung mit zweimal täglicher Anwendung von topischem Retapamulin einer 10-tägigen Therapie mit 2 x 500 mg oralem Cephalexin ebenbürtig (2). Die Erfolgsrate lag in der Retapamulin-Gruppe bei 90 %, in der Cephalexin-Gruppe bei 92 %. Dies wurde in einer Studie an 546 Patienten mit sekundär infizierter Dermatitis bestätigt (3).

Schöfer fasste zusammen, dass mit Retapamulin (Altargo®) ein auch bei Mischinfektionen schnell und zuverlässig wirkendes Lokalantibiotikum zur Verfügung stehe, das die Therapiemöglichkeiten in der kinderärztlichen und dermatologischen Alltagspraxis entscheidend verbessert. hm

Ergebnis einer Vergleichsstudie (nach Schöfer, 2010)

Topisches Retapamulin vs orales Cephalexin bei sekundär infizierten Wunden

Klinischer Therapieerfolg bei sekundär infizierten Wunden 1904 Patienten (A. Free 2006)

Retapamulin Salbe (2 x tägl., 5 Tage)	90 %
Cephalexin oral (2x500 mg tägl., 10 Tage)	92 %

- 1.) Oranje AP et al. *Dermatology* 2007; 215:331-340
- 2.) Free A et al. *Skinmed* 2006; 5(5): 224232
- 3.) Parish L et al. *JAmAcadDermatol* 2006; 55:6: 1003-1013

Quelle: Mittagseminar „Retapamulin (Altargo®) – Ein neues Antibiotikum für Ihre dermatologische Praxis.“, 22. Fortbildungswoche für praktische Dermatologie und Venerologie in München am 26.07.2010. Mit Unterstützung von Glaxo SmithKline GmbH & Co KG, Geschäftsbereich Stiefel Dermatologie

Für ein gutes Bauchgefühl – Iberis-amara-Kombination hilft kleinen Magen-Darm-Patienten

Erfahrungsberichte bei über 43.000 Kindern und aktuelle AWB bei 980 Kindern liefern sehr positive Ergebnisse

Gastrointestinale Störungen wie funktionelle Dyspepsie und Reizdarmsyndrom sind unter Kindern weit verbreitet. Knapp 21 Prozent Kinder leiden unter diesen Erkrankungen, die meist sehr heterogene Symptommuster aufweisen und die Lebensqualität stark einschränken. Die betroffenen Kinder haben häufig Fehlzeiten in Schule und Kindergarten, können nicht unbeschwert mit Gleichaltrigen spielen und leiden oft auch psychisch.

Obwohl Kinder und Jugendliche ebenso von der funktionellen Dyspepsie und Colon irritabile betroffen sind wie Erwachsene, haben sich nur wenige Forschungsgruppen explizit mit diesen pädiatrischen Krankheitsbildern auseinandergesetzt. Dementsprechend existieren nur wenige Therapiestudien. Iberogast® kann im Bereich der Pädiatrie neben einer positiven Anwendungsbeobachtung mit 980 Kindern Erfahrungsberichte zur Therapie von über 43.000 Kindern, darunter auch Säuglinge, vorweisen. Darin bescheinigten die behandelnden Ärzte dem Präparat nicht nur eine sehr gute bzw. gute Wirkung, sondern auch eine exzellente Verträglichkeit.

Umfangreiche Erhebungen mit über 43.000 Kindern bestätigen Wirksamkeit und Verträglichkeit

In zwei retrospektiven Erhebungen^{1,2} haben Ärzte Daten zur Anwendung von Iberogast® bei über 43.000 Kindern dokumentiert. Die sehr umfangreichen Dokumentationen waren auf die Unbedenklichkeit und Wirksamkeit der Iberis-amara-Kombination ausgerichtet. Das Alter der Kinder wurde in vier Gruppen erfasst.

Altersverteilung der in die Untersuchungen eingeschlossenen Kinder:

Kinder unter 3 Monaten	655
Kinder von 3 Monaten bis 3 Jahren	7.995
Kinder von 3 bis 6 Jahren	13.282
Kinder von 6 bis 12 Jahren	21.379

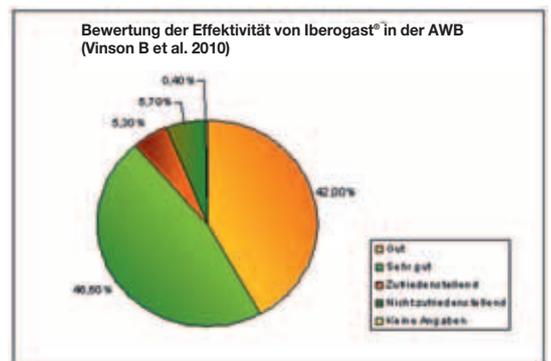
Die Ergebnisse der beiden Erhebungen fielen sehr positiv aus und bestätigten die hohe Wirksamkeit und Verträglichkeit des Phytopharmakons bei Kindern. 87,5% bzw. 96,4% der Ärzte beurteilten die Wirksamkeit der Therapie als „sehr gut“ oder „gut“. Ähnlich positiv wurde auch die Verträglichkeit bewertet. Es wurden keine unerwünschten Ereignisse mit als möglich bewertetem Kausalzusammenhang berichtet.

Aktuelle prospektive, nicht-interventionelle Studie mit 980 Kindern zur Iberis-amara-Kombination

Im Rahmen einer aktuellen prospektiven, nicht-interventionellen Studie³ wurden 980 Kinder im Alter von 3 bis 14 Jahren mit Reizmagen- und Reizdarmsyndrom in kinderärztlichen Praxen für eine Woche mit dem Phytotherapeutikum Iberogast® behandelt. Entsprechend der Dosierung für Kinder wurden dabei 10–20 Tropfen 3x täglich verwendet.

Nach dem Behandlungszeitraum bewerteten 86,6% der Ärzte die Wirksamkeit des Phytotherapeutikums als „sehr gut“ oder „gut“. 86,9% der Kinder bzw. Eltern bewerteten den Therapieerfolg mit Veränderung der Beschwerden als deutlich bis vollständig gebessert. Die Verbesserung der Symptome war weitgehend unabhängig von dem Alter der Kinder und erfolgte sowohl bei Reizmagen- wie auch Reizdarmpatienten. Die Arzneimittelsicherheit konnte als hoch beurteilt werden.

Damit erwies sich die Iberis-amara-Kombination in der Studie als eine effektive und sichere Therapieoption für Kinder mit funktionellen gastrointestinalen Störungen.



1 Leichtle K: Erfahrungsberichte zur Anwendung von Iberogast® bei Kindern. Forschungsbericht, Steigerwald Arzneimittelwerk GmbH, 1999 und

2 Gundermann K-J, Godehardt E, Ulbrich M: Wirksamkeit eines pflanzlichen Kombinationspräparates bei funktioneller Dyspepsie. Metaanalyse randomisierter Doppelblind Studien auf Basis eines validen gastrointestinalen Symptomprofils. MMW – Fortschritte der Medizin 2004; 146, Nr. 33/34

3 Vinson B, Otto W, Kühn G, Lehmann E, Radke M: Das pflanzliche Therapeutikum STW 5 zur Behandlung von funktionellen gastrointestinalen Erkrankungen bei Kindern von 3–14 Jahren – eine prospektive, nicht-interventionelle Studie, DGKJ, Potsdam 2010

Nach Informationen von Steigerwald Arzneimittelwerk GmbH, Darmstadt

INFECTOGINGI MUNDGEL – 3fach wirksam bei Stomatitis

- **INFECTOGINGI MUNDGEL ist zur unterstützenden Behandlung von Entzündungen und Wunden der Mundschleimhaut und des Zahnfleisches in jedem Alter geeignet.**
- **Einzigartige Wirkstoffkombination: Lidocain gegen Schmerzen, Salbei wirkt desinfizierend, Kamille wirkt entzündungshemmend**

Mit INFECTOGINGI MUNDGEL erweitert INFECTOPHARM erneut seine Palette an Präparaten für die Pädiatrie.

Schmerzen und Entzündungen von Zahnfleisch und Mundschleimhaut sind im Kindesalter besonders belastend. Sie haben vielfältige Ursachen: Zahnungsbeschwerden, Aphthen, Stomatitis aphthosa aber auch Läsionen durch Zahnschmerzen.

Hier schafft jetzt INFECTOGINGI MUNDGEL durch seine sinnvolle Wirkstoffkombination Abhilfe: Lidocain unterdrückt die Entstehung und Weiterleitung der Schmerzen. Kamille wirkt antientzündlich und fördert die Wundheilung. Salbei wirkt desinfizierend und verringert die mikrobielle Besiedlung. Unterstützend wirkt sich der kühlende Effekt des Gels aus. Die gute Haftung ermöglicht eine lange Einwirkungsdauer. Das zuckerfreie Gel kann in jedem Alter angewendet werden.



„Wir freuen uns, dass wir mit INFECTOGINGI MUNDGEL dem Pädiater endlich ein Stomatologikum mit Lidocain in der kindgerechten Konzentration von 1 % zur Verfügung stellen zu können.“, so Dr. Manfred Zöller, Gründer und Geschäftsführer von INFECTOPHARM. „Damit untermauern wir

unseren Anspruch, Kinderärzte mit maßgeschneiderten Präparaten bei der Therapie ihrer kleinen Patienten zu unterstützen.“

Nach Informationen von InfectoPharm GmbH, Heppenheim

Durch Dialog zum Fortschritt

Hämophilie ist weiterhin nicht heilbar. Dank der immensen Therapiefortschritte der letzten 50 Jahre haben Hämophilie-Patienten aber heute die Chance auf ein nahezu normales Leben. Um ihre Lebensqualität weiter zu verbessern, wurde am 1. Dezember 2005 das „Bündnis zur Förderung der Sicherheit von Hämophilen e.V. (BFSH)“ gegründet. „Das Bündnis hat in diesen fünf Jahren viel erreicht, sieht sich aber noch lange nicht am Ziel“, resümierte Prof. Alexander P. F. Ehlers, München, auf dem Pressegespräch „Bilanz und Perspektiven“ zum 5-jährigen Jubiläum des BFSH in Berlin.

Oberstes Ziel des BFSH, das von der Bayer Vital GmbH und der Novo Nordisk Pharma GmbH getragen wird, ist es, die Lebensqualität von Hämophiliepatienten nachhaltig zu verbessern. „Dies setzt die optimale Behandlung der Patienten voraus.“, betonte Prof. Rainer Zimmermann, Heidelberg. Seit 2007 organisiert und unterstützt das BFSH daher den einmal jährlich stattfindenden „Intensivkurs Hämophilie“ für junge Ärzte.

Ein weiteres Ziel ist es, dafür Sorge zu tragen, dass die in den Leitlinien der Bundesärztekammer beschriebenen Behand-

lungsgrundsätze konsequent angewendet werden. „Die Optimierung der Sicherheit des Hämophilie-Patienten steht im Fokus der Aktivitäten“, führte Zimmermann aus. Dazu zählt nicht allein die Produktsicherheit, sondern auch die Versorgungs- und Erstattungssicherheit. Sicherheit bedeutet auch, die Patienten durch den Einsatz von Konzentraten, die den höchsten Sicherheitsstandards entsprechen, vor einer Infektion zu schützen.

„Dank der großen Therapiefortschritte, die in den vergangenen 50 Jahren erzielt wurden, ist die Chance auf ein nor-

males Leben für viele Hämophilie-Patienten bereits in greifbare Nähe gerückt“, sagte Prof. Johannes Oldenburg, Bonn. Die Verfügbarkeit von Faktorkonzentraten, die Spezialisierung der Behandlung, die Einführung der primären und sekundären Prophylaxe, verbesserte Behandlungsmöglichkeiten für FVIII/FIX-Inhibitoren und HIV/HCV haben entscheidend dazu beigetragen.

*Nach Informationen von:
„Bündnis zur Förderung der Sicherheit von Hämophilen e.V. (BFSH), Erfurt*

Dermatologisches Schulungsmaterial für Kinderärzte und Medizinische Fachangestellte

Mit der Zunahme von Allergien und belastender Umweltfaktoren wird der Kinderarzt von Elternseite zunehmend zu Hautproblemen bei Babys und Kleinkindern um Rat gefragt. Pädiater müssen manchmal wahre Dermatologen sein, um das Hautbild der kleinen Patienten korrekt einschätzen zu können. Um hier eine Unterstützung für den Arzt zu bieten, die es in dieser Form bisher nicht gab, wurde von der Babypflegemarke Bübchen in Zusammenarbeit mit einem führenden pädiatrischen Dermatologen Schulungsmaterial entwickelt, das sich für das Selbststudium und als Nachschlagewerk genauso eignet wie für die Schulung des Praxisteams. Das besondere Plus des Haut-Kompodiums ist das umfangreiche Bildmaterial, das eine hervorragende Hilfestellung bietet bei der Diagnose und Bewertung der Hautauffälligkeiten bzw. -erkrankungen. Harmlose Hautirritationen lassen sich mit Hilfe des



neuen Kompodiums eindeutig von ernsthaften Erkrankungen differenzieren.

Das Schulungsmaterial befasst sich im ersten Teil mit der Physiologie der Haut des Neugeborenen und erklärt, wie sich die Haut optimal schützen und pflegen lässt.

Auch die Themen Sonnenschutz und Frühgeborenenhaut sind abgedeckt. Der zweite Teil befasst sich mit den Hauterkrankungen – von der Neugeborenenakne bis zu Neurodermitis – und wie man sie erkennen, bewerten und behandeln kann.

Die Schulung steht als CD in Form von Powerpoint-Dateien sowie als Folien zur Verfügung. Sie kann kostenlos angefordert werden unter:

anforderung@schulungsmaterial.net

Aktuelle CME-Online-Fortbildung:

Influenza – ein ernstes Risiko für Kinder?

Die Influenza ist jedes Jahr eine relevante Infektion bei Kindern. Kinder erkranken während der Influenza-Saison oft als Erste. Sie infizieren als Indexpatienten im weiteren Verlauf ihre Spielgefährten, Geschwister und Eltern und stellen somit einen Multiplikator für die Ausbreitung der Erkrankung dar. Eine aktuelle CME-Fortbildung bietet Kinderärzten ab sofort umfassende Informationen zu Risiken, Diagnose und Therapie der Influenza bei Kindern.

Eine Influenza-Infektion stellt bei vielen Kindern eine schwerwiegende, therapiebedürftige Erkrankung dar. Neben dem plötzlichen Krankheitsbeginn und hohem Fieber (über zwei bis vier Tage) neigen Kleinkinder häufig zu Fieberkrämpfen, starker Abgeschlagenheit und gastrointestinalen Beschwerden. Zudem kommt es immer wieder zu Komplikationen durch bakterielle Sekundärinfektionen (insbesondere Otitis Media und Pneumonien).

Dabei kann der behandelnde Arzt die Treffsicherheit seiner klinischen Diagnose durch Kenntnis über die Virusaktivität in der Region deutlich erhöhen. Diese Informationen liefert der seit Oktober wöchentlich erscheinende Influenza-Bericht

der Arbeitsgemeinschaft Influenza des RKI unter dessen Homepage www.rki.de.

Die Therapie mit Neuraminidase-Hemmern wie z.B. Tamiflu (Oseltamivir) reduziert signifikant das Risiko von Influenza-assoziierten Komplikationen bei Kindern [1]. Dabei zeigt ein frühzeitiger Therapiebeginn den größten Benefit [2]. Oseltamivir ist für Kinder ab dem 1. Lebensjahr zur Behandlung und Prophylaxe zugelassen – im Pandemiefall auch bei Kindern unter einem Jahr. Für Kinder bis 12 Jahren stehen für diesen Wirkstoff neben der Suspension auch besonders kleine Kapseln mit 30 mg und 45 mg zur Verfügung (Kapseln zu 75 mg für Jugendliche ab 13 Jahren und Erwachsene).

Die Online-CME-Fortbildung von Prof. Dr. Heino Skopnik, Chefarzt der Kinderklinik Worms, informiert Sie (den Pädiater) umfassend zu den Themen Risiken, Prävention, Diagnose und Therapie der Influenza bei Kindern. Eine Kasuistik und die Beschreibung besonderer Krankheitsverläufe ergänzen die Fortbildung. Die CME-Fragen können direkt online beantwortet werden, die Punkte werden dem Arzt sofort angerechnet.

[1] Barr et al. *Curr Med Res Opin* 2007; 23:523-31, Peters et al. *Medscape J med* 2008; 10:131

[2] Aoki FY et al. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* 2003; 51 (123-129)

Nach Informationen von Roche Pharma, Grenzach-Wyhlen

Jetzt online:

www.my-medical-education.com



mymedicaleducation
Finden. Bewerten. Kommunizieren.

Die neue interaktive Fach-Community zur medizinisch-fachlichen Fortbildung

Die neue interaktive Fach-Community zur medizinischen Fort- und Weiterbildung www.my-medical-education.com ist jetzt mit neuen Funktionen online. Bekannt für die Suche medizinischer Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, stellt sich das innovative Portal ab sofort als Fach-Community für alle an medizinisch-wissenschaftlicher Fortbildung interessierten Berufsgruppen vor. Zum einzigartigen Social Network weiterentwickelt und durch die WEFRA Werbeagentur Frankfurt umgesetzt, bietet das Netzwerk alles, was das Web 2.0-Herz begehrt.

Mit bereits 11.000 registrierten Ärzten und rund 90.000 erfassten nationalen und internationalen medizinischen Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen ist [my-medical-education.com](http://www.my-medical-education.com) das größte medizinische Portal seiner Art weltweit – und damit auch für Kongress-Veranstalter und Anbieter fachlicher Fortbildungen eine interessante Plattform, um ihre Angebote bekannt zu machen. Dieses Tool – schon lange im Portfolio der WEFRA Werbeagentur Frankfurt – ist nun konsequent von der Agenturgruppe in Richtung soziales Netzwerk ausgebaut worden, denn: „Social Media werden auch in der Fachkommunikation ein weiterer entscheidender Draht zur Zielgruppe sein“, weiß Matthias Haack, geschäftsführender Gesellschafter der WEFRA. Was von Ärzten wie

Veranstaltern und Unternehmen an der Vorgängerplattform www.medizinische-kongresse.de bereits geschätzt wurde, bleibt erhalten und wird ergänzt. Das Credo des neuen Portals: Finden. Bewerten. Kommunizieren. Zusätzlich zur reinen Veranstaltungssuchfunktion können Mitglieder jetzt nicht nur ihr eigenes Profil erstellen und Kontakte knüpfen, sondern aktiv Veranstaltungen sowie Referenten bewerten und kommentieren. Neben Community-Modulen zum Meinungs- und Informationsaustausch der User untereinander enthält die Plattform interaktive Features wie Marktforschungstools, E-Learning-Programme, virtuelle Fortbildungen, Weiterempfehlungsfunktionen oder reiseunterstützende Online-Angebote. [my-medical-education.com](http://www.my-medical-education.com) präsen-

tiert sich mit einem zeitgemäßen neuen Auftritt, welcher durch ein klares Design besticht und durch seine übersichtliche Struktur besonders nutzerfreundlich ist.

Die Suchfunktion für Veranstaltungen wurde für Mitglieder noch einfacher gestaltet: Ab sofort können Themengebiete eingegrenzt werden, die für den User relevant sind. So erhält er automatisch auf seiner persönlichen Startseite eine aktuelle Übersicht zu aktuellen Veranstaltungen, die ihn wirklich interessieren – das erleichtert die Auswahl umso mehr. „Wir bieten unseren Mitgliedern eine einzigartige interaktive Plattform und setzen hiermit einen Trend in der medizinischen Fachkommunikation“, betont Haack.

Nach Informationen von:
WEFRA PR, Neu-Isenburg

NYDA® bekommt von Ökotest das Prädikat „gut“

ÖKOTEST¹ untersuchte 14 Kopflausmittel unter anderem im Hinblick auf nachgewiesene Wirksamkeit, Pharmakologie, Unbedenklichkeit der Inhalts- und Hilfsstoffe sowie Umweltfreundlichkeit der Verpackung. Im Rennen waren physikalisch wirksame Präparate mit Dimeticonen, Cyclomethicon – aber auch Pedikulozide auf der Basis klassischer neurotoxisch wirksamer Insektizide wie Permethrin, Pyrethrum oder Allethrin sowie Kopflauspräparate auf pflanzlicher Basis, die vor allem Kokos- oder Rapsöl enthalten. Dabei wurde NYDA® mit der Note 2 ausgezeichnet.

NYDA® – Marktführer unter den deutschen Kopflauspräparaten – enthält zwei

unterschiedlich viskose Dimeticone (insgesamt 92%): ein dünnflüssiges, leicht flüchtiges und ein dickflüssiges, schwerflüchtiges. Die Dimeticonlösung dringt tief in das Atemsystem der Läuse, Larven und Eier ein und verdrängt den Sauerstoff. Das dünnflüssige Dimeticon verflüchtigt sich – dadurch dickt die Lösung ein und verschließt so das Atemsystem irreversibel. Kopfläuse und alle ihre Entwicklungsstadien ersticken. Das physikalische Wirkprinzip macht Resistenzenentwicklungen äußerst unwahrscheinlich.

In einer klinischen Vergleichsstudie an 145 Kindern wurde die Wirksamkeit von NYDA® mit der eines 1%igen wässrigen Permethrinpräparates (Kwell®, in

Deutschland nicht im Handel) verglichen. Ergebnis: Nach neun Tagen betrug die Heilungsrate in der Dimeticongruppe 97%, während die Heilungsrate in der Permethringruppe vergleichsweise geringe 68% betrug².

1. ÖKOTEST: Ratgeber Kleinkinder, Nr. N 1010
2. Heukelbach J. et al. (2008): A highly efficacious pediculicide based on dimeticone randomizes observer blinded comparative trial: BMC Infect. Dis. 8 (115); doi:10.1186/1471-2334-8-115

Nach Informationen von G. Pohl-Boskamp GmbH & Co. KG, Hohenlockstedt

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. med. Wolfram Hartmann

Tel.: 02732/762900

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

Vizepräsident des BVKJ e.V.

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

Tel.: 08671/5091247

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

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Ulrich Fegeler

Tel.: 030/3626041

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

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Roland Ulmer

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

Sie finden die Kontaktdaten sämtlicher Funktionsträger des BVKJ unter www.kinderaerzte-im-netz.de und dort in der Rubrik „Berufsverband“.

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Hauptgeschäftsführer: Dipl.-Kfm. Stephan Eßer

Tel.: 030/28047510, Tfx.: 0221/683204

stephan.esser@uminfo.de

Geschäftsführerin: Christel Schierbaum

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Tel.: 0221/68909-14, Tfx.: 0221/68909-78

christel.schierbaum@uminfo.de

Mitgliederverwaltung

E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

Leiterin der Verwaltungsabteilung: Doris Schomburg

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

Kongressabteilung

E-Mail: bvkj.kongress@uminfo.de

Kongresse des BVKJ

www.kongress.bvkj.de

Leiterin der Kongressabteilung: Christel Schierbaum

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

BVKJ Service GmbH

Geschäftsführer: Dr. Wolfram Hartmann

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Verhandlungsbevollmächtigter: Herr Klaus Lüft

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Tel.: 0221/68909-18, Tfx.: 0221/6890929

Ansprechpartnerinnen:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-27

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Ursula Horst

Tel.: 0221/68909-28

E-Mail: uschi.horst@uminfo.de

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Christen

E-Mail: Christen@HKA.de

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Frank Riedel

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

Dr. med. Wolfgang Gempp

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

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Sonstige Links

Kinder- und Jugendarzt

www.kinder-undjugendarzt.de

Kinderärzte im Netz

www.kinderaerzte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php