

bvkJ.

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

Heft 12/08 · 39. (57.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Forum:
Themen-
schwerpunkt:
Kinder und
Medien

Fortbildung:
Komasaufen

Berufsfragen:
Jahresbericht
2008

Magazin:
Orchester
der Deutschen
Kinderärzte
in Breslau



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT

© Hannes Eichinger – Fotolia.com



bvkj.

Das Orchester der Deutschen
Kinderärzte gastierte
in Breslau

Seite 881



Inhalt 12 | 08

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

Forum

- 831 **Jahresausklang 2008**
Wolfram Hartmann
- 832 **Wer schützt unsere Kinder vor den Medien?**
Regine Hauch
- 832 **Gewalt auf dem Schirm und Sex im Netz – melden hilft!**
Holger Girbig
- 836 **Generation Online – auch medienkompetent?**
Meike Isenberg
- 840 **Computerspiele**
Regine Hauch
- 842 **Schlaue Mäuse – Kinder und Computer**
Harald Fette
- 843 **Der „Kinder- und Jugendarzt“ stellt sich der Kritik seiner Leserschaft**
Hans-Jürgen Sperling
- 844 **Eine Frage an**
- 847 **Mein Tag**
- 848 **36. Herbst-Seminar-Kongress Bad Orb**
Christoph Kupferschmid
- 852 **Mehr Säuglinge sterben im ersten Lebensjahr**

Fortbildung

- 853 **„Komasaufen“ – Ein neues dringliches Drogenproblem?**
Christoph Möller
- 859 **Schwachstellen der Beine**
Anna K. Hell
- 865 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Heribert L. Stich, Rainer Berendes
- 868 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**
- 872 **Consilium Infectiorum: Nebenwirkungen einer Dauertherapie des kindlichen Asthmas mit Montelukast**
Richard Kitz

Berufsfragen

- 874 **Jahresrückblick 2008**
Wolfram Hartmann
- 877 **Aus dem Honorar-ausschuss**
Eberhard Lassen
- 880 **Aus der Sprechstunde**
Gerrit Tigges

Magazin

- 881 **Das Orchester der Deutschen Kinderärzte gastierte in Breslau**
Klaus Gritz
- 884 **Buchtipps**
- 885 **Ehrungen im Rahmen des 36. Herbst-Seminar-Kongresses in Bad Orb**
Wolfgang Gempff
- 888 **Tagungen**
- 889 **Die Jungfrau züchtigt das Jesuskind vor drei Zeugen**
Regine Hauch
- 890 **Fortbildungstermine des BVKJ**
- 891 **Personalien**
- 893 **Nachrichten der Industrie**
- 900 **Wichtige Telefon- und Telefax-Nummern**

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen in voller Auflage als Beilage ein Supplement der Firma Hipp GmbH, Pfaffenhofen, ein Supplement der Firma Apogepha GmbH, Dresden, das Programmheft des 15. Kongresses für Jugendmedizin, Weimar, das Vorprogramm der 17. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie und eine Information der Ärztlichen Akademie für Psychotherapie von Kinder und Jugendlichen e.V., bei. Als Teilbeilage liegen das Programmheft der 7. Pädiatrie alla Kart, Dortmund, und ein Flyer zur 58. Jahrestagung der Norddeutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, bei

Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

„Komasaufen“ – Ein neues dringliches Drogenproblem?

„44 Schnäpse – 4,4 Promille. Koma-Saufen. 1. Schüler tot!“ Titelseite der Bild-Zeitung am 30. März 2007.

„237 Jugendliche kamen im vergangenen Jahr mit psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten nach Cannabiskonsum ins Krankenhaus – das sind 56% mehr als vor 5 Jahren“ teilt der Sprecher der Technikerkrankenkasse im Oktober mit.

Kinder und Jugendliche geraten in zunehmend jüngerem Alter mit Suchtmitteln in Kontakt. Eine Steigerung der Konsummenge von legalen und illegalen Drogen ist zu verzeichnen.

Risikante Konsumformen sind mit teilweise erheblichen gesundheitlichen Folgen verbunden. So werden bei manchen jungen Konsumenten Entwicklungsstörungen infolge eines Substanzmissbrauchs beobachtet (ungünstige Auswirkungen des Substanzmissbrauchs auf die Persönlichkeitsentwicklung, Leistungsfähigkeit, Motivation etc.), des Weiteren psychische Störungen (depressive Störungen, Angststörungen, Psychosen etc.) und körperliche Erkrankungen (Hirnleistungsstörungen, Infektionen, Vergiftungen etc.). Heute stellen die Suchstörungen eines der zahlenmäßig größten Risiken für die altersgerechte Entwicklung und Gesundheit im Kindes- und Jugendalter dar.



Dr. Christoph
Möller

Aktuelle Situation

Gegenwärtig rauchen unter den 12- bis 17-jährigen Jugendlichen 21% der Jungen und 19% der Mädchen. An den Folgen des **Nikotinkonsums** sterben in Deutschland jährlich 110.000 bis 140.000 Menschen, d.h. 300–380 Menschen/Tag (Jahrbuch Sucht 2007). Da die Zahl der Raucher relativ stabil bleibt, werden täglich bis 300–380



Abb. 1: „Nichtraucherschutzgesetz“

neue Kunden gewonnen, die meist im Kinder- und Jugendalter sind. Nicht nur die Tabakwerbung vermittelt, dass Rauchen zum Alltag der Erwachsenen gehört. Eine konsequente Umsetzung des „**Nichtraucherschutzgesetzes**“ (Abb. 1) – dies beinhaltet auch: **Jugendliche dürfen in der Öffentlichkeit nicht rauchen und die Abgabe von Tabakwaren ist erst ab 18 Jahren gestattet** – ist ein erster Schritt zu einer Veränderung der Haltung gegenüber so genannten „legalen Drogen“. Damit wird die Voraussetzung geschaffen, sich mit den Jugendlichen auseinander setzen zu können – eine wichtige Grundlage für Veränderung.

In Deutschland leben 2,5–3 Millionen **Alkoholranke**, davon ca. 1/2 Million im Alter zwischen 12 und 21 Jahren. Bundesweit ist ein Anstieg von Alkoholintoxikationen bei Minderjährigen zu beobachten (Abb. 2), wo-

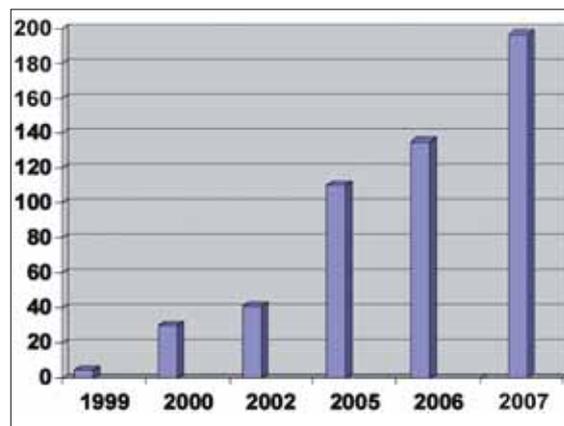


Abb. 2: Stationäre Aufnahmen wegen Alkoholintoxikation von Kindern und Jugendlichen (Kinderkrankenhaus auf der Bult, Hannover)

- Noch in der Klinik sollte ein Gespräch mit den Jugendlichen und ihren Eltern geführt werden.
- Anamnese: wird der Alkohol als „Problemlöser“ eingesetzt? Nach Schule, Freundeskreis, Schwierigkeiten mit Eltern und Drogen sollte gezielt gefragt werden.
- Gegebenenfalls Vermittlung an eine Drogenberatungsstelle oder einen Kinder- und Jugendpsychiater.
- Umgang der Eltern mit Alkohol und Nikotin? Eigenes Verhalten kritisch hinterfragen.
- Thematisierung beim Elternabend: Umgang mit Alkohol auf Parties und auf Klassenfahrten – Beachtung des Jugendschutzgesetzes! (Bier und Wein ab 16 Jahre, Spirituosen – auch Alkopops – ab 18 Jahre). Auf Klassenfahrten und Schulfeiern sollte ein generelles Alkoholverbot diskutiert werden.
- Empfohlene Lektüre für Jugendliche, Eltern und Lehrer, um über das Thema ins Gespräch zu kommen: JUGEND SUCHT, von Christoph Möller, 2007, Vandenhoeck & Ruprecht.

Tab. 1:
Vorgehen bei
„Komasaufen“

bei der Anteil der unter 15-jährigen Jugendlichen in Hannover bei 38% liegt und die Mädchen deutlich stärker vertreten sind als die Jungen. Mit Zucker angereicherte alkoholische Mixgetränke, die so genannten Alkopops und Bier- und Weinmixgetränke, letztere dürfen ab 16 Jahren erworben werden, spielen bei dieser Entwicklung eine maßgebliche Rolle. In der Altersgruppe 12 bis 25 Jahre gaben 34% an, im letzten Monat riskantes Trinken im Sinne von „Rauschtrinken“ (d.h. gezielte Verabredung, um sich zu betrinken, so genanntes „binge drinking“) durchgeführt zu haben. 40% hatten in den letzten 12 Monaten einen oder mehrmals einen Alkoholrausch. **Das Durchschnittsalter beim ersten Alkoholrausch liegt bei 15,5 Jahren. Jedoch erst ab über 16-jährige Jugendliche dürfen Bier und Wein laut Jugendschutzgesetz verkauft werden** (Drogen und Suchtbericht 2005).

Kasuistik: 17-jähriger Schüler kifft seit zwei Jahren regelmäßig bis zu 30 Joints pro Tag. Vom guten Gymnasiasten ist er zum schlechten Realschüler leistungsmäßig abgefallen. Zuletzt kein Schulbesuch mehr. Hängt nur

noch mit „Kifferfreunden“ herum, fällt aus sonstigen sozialen Bezügen heraus. Die Eltern sagen: „Unser Kind hat sich verändert“. Wäre dieser Jugendliche 20 Jahre älter und würde Alkohol trinken, würde man ihn umgangssprachlich als „Penner“ bezeichnen.

Die von Jugendlichen am häufigsten konsumierte illegale Droge ist **Cannabis**. In den letzten Jahren ist eine deutliche Zunahme des Cannabiskonsums zu beobachten (1993: 23%_m und 12%_w; 2004: 26%_m und 27%_w). Das Einstiegsalter ist im gleichen Zeitraum von 17,5 auf 16,4 Jahre gesunken. Unter den Nichtraucher konsumieren nur 5% Cannabis, während es unter den Rauchern 44% sind. Unter Jugendlichen, die keinen Alkoholrausch hatten, finden sich nur 6% Cannabiskonsumern. Jugendliche mit mehr als 6 Alkoholräschen konsumieren zu 66% Cannabis (Drogen- und Suchtbericht 2005).

Merksatz: Wenn wir von **Einstiegsdrogen** sprechen, dann sind es die sog. legalen Drogen **Nikotin** und **Alkohol**.

Konsumieren Jugendliche regelmäßig ein und mehr Gramm Cannabis am Tag, verändert dies ihre Entwicklung nachhaltig. In der Schule kommt es meist zu einem Leistungsabfall, der Interessenshorizont schränkt sich deutlich ein, viele Jugendliche werden motivations- und antriebslos, „Kiffen“ bestimmt den Tag (Tab. 2). Nach einer Untersuchung erfüllen etwa 8 bis 9% aller Cannabiskonsumern im Alter zwischen 14 und 24 Jahren das diagnostische Kriterium des Cannabismisbrauchs und etwa 4 bis 7% die Kriterien der Abhängigkeit von Cannabis (Schneider 2006) (Tab. 3). Die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens Cannabis zu konsumieren – Lifetimeprävalenz – liegt bei ca. 30%.

Merksatz: Der heutige Cannabiskonsum unter Jugendlichen ist nicht zu vergleichen mit dem Konsum junger Erwachsener während der 68er des letzten Jahrhunderts.

Die Lifetimeprävalenzen für andere illegale Drogen liegen deutlich niedriger (für Ecstasy 4%, Amphetamine 3%, LSD 2%, Kokain 2%, Heroin 0.3%, Crack 0.2%). **Die so genannten legalen Drogen Nikotin und Alkohol und die so genannte weiche Droge Cannabis sind z.Z. die Hauptdrogen im Kindes- und Jugendalter.** Diesbezüglich verharmlosende Klassifikationen sollten durch diffe-

Tab. 2: Cannabis – Wirkung und Folgen des Konsums bzw. Missbrauchs

Rausch (3–5 Std.)	Entzugssymptome	Psychiatrische Symptome
<ul style="list-style-type: none"> • Von Situation des Konsumenten abhängig • Euphorie • Entspannung • Motorische Unruhe • Kognitive Störung • Wahrnehmungsstörung • Angst-Panikreaktion • Übelkeit, Erbrechen • Witzeln • Gesteigerter Appetit 	<ul style="list-style-type: none"> • Craving („Suchtdruck“) • Appetitminderung • Schlafstörung • Schwitzen • Irritabilität • Unruhe, Angst • Dysphorie • Aggressivität • Ca. 12 Std. nach letztem Konsum • Dauer: 1–3 Wochen 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychosen • Flashbacks • Angstzustände • Panikattacken • Amotivationales Syndrom • Kognitive Beeinträchtigung v.a. bei frühem Konsum • Psychiatrische Komorbidität

Tab. 3: Kriterien des Abhängigkeits-syndroms nach der ICD-10

Die Diagnose Abhängigkeit soll nur gestellt werden, wenn während des letzten Jahres mindestens einen Monat lang drei oder mehr der folgenden Kriterien gleichzeitig vorhanden waren:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
4. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrige Dosen erreichte Wirkung der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanz- oder Alkoholkonsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es soll dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist.

Kinder- und Jugendärzte sind für drogenkonsumierende Jugendliche ein möglicher erster Ansprechpartner

renzierte Beschreibungen der pharmakologischen Wirkung sowie des Einflusses auf die Gehirnentwicklung und auf seelische Entwicklungsprozesse ersetzt werden.

Komorbidität

In klinischen Stichproben weisen substanzmissbrauchende Kinder und Jugendliche sehr häufig komorbide psychische Störungen auf (Tab. 4). Für das Jugendalter liegen nur wenig verlässliche Daten vor. In Behandlungsstichproben wird am häufigsten eine Störung des Sozialverhaltens (28–62%) genannt. Eine weitere wichtige Untergruppe bilden depressive Störungen (16–61%). Andere häufig genannte Störungen sind Angststörungen, sozialphobische Störungen, Essstörungen (v.a. Bulimie),

Tab. 4: Komorbide Störungen bei Drogenmissbrauch

- Störung des Sozialverhaltens (28–62%)
- Depressive Störungen (16–61%)
- Angststörungen
- Sozialphobische Störungen
- Essstörungen (v.a. Bulimie)
- Persönlichkeitsentwicklungsstörungen
- Schizophrene Psychosen

- Allgemeines Unwohlsein
- Unspezifische gastrointestinale oder kardiale Symptome
- Vegetative Störung
- Schlafstörung
- Appetitlosigkeit
- Gewichtsverlust
- Neurologische Ausfälle
- Einstichstellen, Spritzenabszesse
- Blass, fahles Hautkolorit
- Verschwommener, glänzender Blick
- Für die Lichtverhältnisse zu enge oder zu weite Pupillen
- Alkohol und Tabak: Geruch
- Hepatitis A/B/C
- HIV
- Bei Teenager-Schwangerschaft auch an Drogenmissbrauch denken

Tab. 5: Körperliche Symptome und Befunde

Persönlichkeitsentwicklungsstörungen und schizophrene Psychosen (Thomasius et al. 2003). Anfangs überlagert die Suchtproblematik die Grundstörung. Letztere tritt nach einem Entzug deutlicher in Erscheinung, was zu einer scheinbaren „Verschlechterung“ führen kann. Nach dem Entzug und einer ausreichenden Motivation steht eine Kinder- und Jugendpsychiatrische / Psychotherapeutische Behandlung der Grundstörung im Vordergrund, wobei die Jugendlichen, auf Grund ihrer Suchterkrankung, ein klar strukturiertes, halt- und schutzbietendes Setting benötigen.

Beachtenswertes für die Praxis

Kinder- und Jugendärzte sind für drogenkonsumierende Jugendliche ein möglicher erster Ansprechpartner. Der Besuch beim Arzt ist unverbindlich, unspezifische körperliche Symptome werden als Vorstellungsgrund akzeptiert, und der Arzt steht unter Schweigepflicht. Drogenkonsumenten neigen zu Bagatellisierung und Verleugnung. Gezieltes Nachfragen ist erforderlich und sollte – soweit möglich – durch eine Fremdanamnese durch Eltern oder Lehrer ergänzt werden. Die Diagnose eines Drogenmissbrauchs oder einer Abhängigkeitserkrankung ist im Frühstadium nicht leicht zu stellen. Die körperlichen und psychischen Frühsymptome werden häufig nicht erkannt oder im Sinne von Abwehr und Verleugnung auf Seiten des Arztes nicht beachtet (Tab. 5 und 6). Abhängige Patienten konfrontieren uns mit unseren eigenen Unzulänglichkeiten und Suchtstrukturen. Sie stellen unsere Wertmaßstäbe in Frage. Eine tragfähige Arzt-Patient-Beziehung ist die Grundlage für die Motivationsarbeit und Therapie. Jugendliche haben meist polytoxikomane Konsummuster, d.h. sie konsumieren mehrere Drogen gleichzeitig. Im ambulanten Setting sollte man zurückhaltend sein beim Verschreiben von Medikamenten, da diese missbräuchlich genutzt werden, sich zum Verkauf eignen oder überdosiert werden können (Möller 2007a).

- Schulschwierigkeiten / Leistungsknick
- Eltern: „Unser Kind hat sich verändert“
- Sozialer Rückzug
- Konzentrationsschwäche
- Unruhezustände
- Stimmungsschwankungen
- „Szenemode“
- Dissozialität
- Konflikte mit dem Gesetz / Beschaffungskriminalität / Prostitution
- Verwahrlosung, ungepflegtes Erscheinungsbild
- Vernachlässigung der Körperhygiene
- Elternhaus: Alkohol? Kriminalität? Psychische Erkrankung?

Tab. 6: Psychische und soziale Symptome

Entwicklungsaspekte

Die Drogen treffen bei Kindern und Jugendlichen auf ein sich noch im Entwicklungsprozess befindliches Gehirn. Dies bleibt nicht ohne Folgen. Die kurzfristige Wirkung, der Rausch und der Kick, sind erwünscht. Längerfristig kommt es zu psychosozialen Entwicklungshemmungen und hirnstrukturellen Veränderungen – letzteres vor allem bei den Ecstasy Pillen, aber auch bei Cannabis (siehe hierzu Hüther 2006). Später ist eine Diskrepanz zwischen Akzeleration mit verfrühter Übernahme der Erwachsenenrolle (sich auf der Straße zurecht finden, sexuell aktives Verhalten) und Entwicklungsrückständen und mangelnder Identitätsausbildung zu beobachten. Die seelische, emotionale Entwicklung wird durch hoch dosierten und regelmäßigen Drogenkonsum nachhaltig gehemmt. Die Ambivalenzen, Geborgenheitswünsche und Suche nach sich selbst, die dem Jugendalter eigen sind, werden verstärkt und erschweren ein erfolgreiches Meistern dieser Lebensphase. Treffen frühe ungünstige Entwicklungsbedingungen und ein Umfeld, in dem Rauschmittelkonsum toleriert wird oder normal ist, zusammen, sind diese Jugendlichen besonders gefährdet eine Abhängigkeitsproblematik zu entwickeln (Möller 2007a).

Was brauchen Kinder und Jugendliche?

Kinder brauchen stabile, sichere Bindungserfahrungen, auf deren Grundlage sie das Leben als verstehbar, handhabbar und sinnvoll erleben und begreifen können. Eine Entrhythmisierung der Lebensabläufe, früher, lang anhaltender Leistungsstress, die Erfahrung, den Anforderungen und Erwartungen der Erwachsenen in Schule und Elternhaus nicht zu genügen, und eine zunehmende „Medien-verwahrlosung“ können Kinder in einer sensiblen Lebensphase sehr verunsichern. Wenn Kinder und Jugendliche beim Trinken oder Kiffen merken, dass sie mit Hilfe der Droge den Stress vergessen und abschalten können, sich anerkannt fühlen in der Gruppe der Mitkonsumenten, sich ein Gefühl von Zufriedenheit und der Selbstwirksamkeit einstellt und dies ohne Drogen nicht möglich ist, dann ist der Jugendliche geneigt, die Substanz weiter zunehmen (Möller 2007b).

Wie kommt es zur Sucht?

In der Adverse Childhood Experience Study – untersucht wurden die Ursachen der 10 häufigsten Todesursachen, u.a. die Sucht – wurde der Gesundheitszustand bei 17.000 Erwachsene der amerikanischen Mittelschicht verglichen mit belastenden Ereignissen in der Kindheit. Belastende Ereignisse waren 8 möglichen Kategorien zuzuordnen, die streng definiert waren, wie ein lang anhaltender, wiederholter psychischer, physischer oder sexueller Missbrauch, das Aufwachsen mit keinem leiblichen Elternteil, kriminelle Eltern, wobei diese mindestens einmal im Gefängnis gewesen sein mussten, ein psychisch kranker Elternteil, Misshandlung der Mutter in Anwesenheit des Kindes und Alkoholiker oder Drogenkonsumenten im Haushalt. Das Ergebnis war, dass der Konsum von Nikotin, Alkohol und der i.v. Konsum von Drogen proportional zum Ausmaß negativer Kindheitserfahrungen anstiegen (Felitti 2003).

Merksatz: Negative Kindheitserlebnisse sind – zumindest vorübergehend – „rausmittellöslich“.

Wie begegne ich drogenkonsumierenden Jugendlichen?

Bei jugendlichen Patienten ist differentialdiagnostisch immer auch an Drogenkonsum zu denken. Man sollte gezielt nach einzelnen Substanzgruppen fragen, da die Jugendlichen dies selten von alleine ansprechen und zu Bagatellisierung neigen. Sprechen Sie das Thema offen an, Heimlichkeiten zerstören das Vertrauen. Wenn Sie ein Drogenscreening machen, sollte es offen thematisiert werden. Begegnen Sie dem Jugendlichen nicht moralisierend und verurteilend, dies kennt er aus seiner Lebensgeschichte. Versuchen Sie dem Jugendlichen mit Empathie und Akzeptanz gegenüberzutreten und mit einer klaren eigenen Haltung zu diesem Thema (Möller 2007a). Machen Sie Ihren Rahmen und Ihre Grenzen deutlich, innerhalb derer Sie bereit sind, dem Patienten zu helfen. Jugendliche sprechen nicht gerne über sich. Der Einstieg ins Gespräch ist über unspezifische Symptome oder Drogen möglich. Fragen Sie im Verlauf des Gesprächs gezielt nach Elternhaus, Schule, Peergroup, Freizeitgestaltung, Umgang mit Schwierigkeiten und Frustrationstoleranz. Viele Jugendliche konsumieren vorübergehend Drogen. Wenn die Drogen zur Problembewältigung oder Selbstmedikation eingesetzt werden, besteht dringender Handlungsbedarf.

Handlungsoptionen

Frühe Intervention kann helfen, den Einstieg in eine Suchtkarriere abzuwenden. Vermuten Sie bei Ihren Patienten ein Drogenproblem, sprechen Sie dies offen an, suchen Sie das Gespräch mit dem Jugendlichen. Ein gemeinsamer Termin mit Eltern und ggf. Schule kann hilfreich sein. Wünschenswert ist die Zusammenarbeit mit Kinder- und Jugendpsychiatern und Drogenberatungsstellen. Vereinbaren Sie für den Jugendlichen einen konkreten Termin, sonst wird er Ihrer Empfehlung nicht nachkommen.

Bei jugendlichen Patienten ist differentialdiagnostisch immer auch an Drogenkonsum zu denken



Abb. 3:
Kooperation
„Teen Spirit
Island“
Hannover

Merksatz: Drogenabhängigkeit beginnt nicht erst mit dem Konsum illegaler Drogen. Die so genannten legalen Drogen Alkohol und Nikotin sollten gegenüber dem Jugendlichen nicht bagatellisiert werden.

Eltern drogenabhängiger Jugendliche sind verzweifelt. Eltern sollten sich über ihre Grenzen austauschen und diese ihren Kindern deutlich machen. Viele Jugendliche sind nur durch Aussendruck bereit etwas zu verändern, sei es eine gerichtliche Auflage oder der Druck von den Eltern und dem Jugendamt. Im Einzelfall kann eine vorübergehende geschlossene Unterbringung nach § 1631 BGB über das Familiengericht sinnvoll sein (Möller 2006).

Versorgungsstrukturen

Kinder- und Jugendärzte, Hausärzte und Eltern sollten mit den Drogenberatungsstellen vor Ort kooperieren. Für drogenabhängige Jugendliche gibt es im ambulanten und stationären Bereich nur begrenzte therapeutische Angebote. Diese Jugendlichen fallen leicht durch das Netz der psychosozialen Hilfsangebote. Opiatabhängige Patienten können vorübergehend von Ärzten substituiert werden, welche die Fachkunde „Suchtmedizinische Grundversorgung“ haben. Anzustreben ist eine stationäre Entgiftung und Entwöhnungsbehandlung. Eine Zusammenarbeit der einzelnen Institutionen ist nicht nur wünschenswert, sondern unerlässlich. Vor Ort müssen Hausärzte, Pädiater, Kinder- und Jugendpsychiater, Jugendhilfe und Drogenberatungsstellen zusammenarbeiten, um die notwendige Versorgung sicherzustellen.



Abb. 4: Teen
Spirit Island
Hannover

Die Therapiestation Teen Spirit Island

Drogenabhängige Jugendliche sind in den gegebenen Versorgungsstrukturen nicht gut aufgehoben. Die traditionelle Drogenhilfe hat ihren Schwerpunkt in der Betreuung von Erwachsenen. In der stationären Jugendhilfe ist der Drogenkonsum häufig ein Ausschlusskriterium. In der Behandlung drogenkonsumierender Jugendlicher stößt die allgemeine Kinder- und Jugendpsychiatrie schnell an ihre Grenzen. In Hannover wurde ein Netzwerk zwischen drei kooperierenden Einrichtungen für diese Patienten entwickelt (Abb. 3).

Die **Drogenberatungsstelle Prisma** hat einen Schwerpunkt in der Betreuung drogenabhängiger Jugendlicher und der Präventionsarbeit. Eine Betreuung nach § 35a und § 41 des Kinder und Jugendhilfegesetzes (KJHG) ist bei Prisma möglich. In den Räumlichkeiten von Prisma findet regelmäßig eine Kinder- und Jugendpsychiatrische Sprechstunde für drogenkonsumierende und abhängige Jugendliche und ihre Angehörigen statt.

Auf der **Therapiestation für drogenabhängige Kinder und Jugendliche Teen Spirit Island (TSI)** ist neben der qualifizierten Entgiftung eine längerfristige stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der zugrunde liegenden Störung möglich (Abb. 4). Nach Beendigung der Therapie ist eine Überleitung zu Stepkids möglich. Die ambulante Nachbetreuung findet bei Bedarf über die Ambulanz von TSI bei den gleichen Therapeuten statt. Eine Weiterbetreuung durch Prisma ist möglich.

Die **stationäre Jugendhilfeeinrichtung Stepkids** hat sich auf Jugendliche mit einer Drogenproblematik als Eingliederungshilfe nach § 35a des KJHG spezialisiert. Wiedereinstieg in die Schule, begleitende Berufsausbildung und weitere Verselbständigung sind inhaltliche Ziele.

Im Einzelfall kann der Jugendliche von der ambulanten Phase über die stationäre Therapie bis zur Wiedereingliederungshilfe ohne größere Beziehungsabbrüche betreut und behandelt werden. Dieses Modell bietet eine hohe Beziehungskontinuität und eine bedarfsgerechte, unbürokratische Zusammenarbeit unterschiedlich spezialisierter, sich ergänzender Einrichtungen (Möller 2006).

Zusammenfassung

Drogenabhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen ist ein zunehmendes Problem. Erstkonsumenten werden immer jünger. Bei der Früherkennung und Intervention kommt dem Kinder- und Jugendarzt eine wichtige Aufgabe zu. Die Versorgungsstrukturen für drogenabhängige Kinder und Jugendliche sind unzureichend. Eine Zusammenarbeit unterschiedlicher Institutionen ist notwendig.

Literatur beim Verfasser.

Dr. Christoph Möller
Kinderkrankenhaus auf der Bult
Janusz-Korczak-Allee 12, 30173 Hannover
moeller@hka.de, Tel.: 0511-8115563

Red.: Christen

Schwachstellen der Beine – Epiphyseolysis capitis femoris, Osteochondrosis dissecans und Morbus Osgood-Schlatter

Epiphyseolysis capitis femoris

Im Adoleszentenalter stellt die Epiphyseolysis capitis femoris (ECF) mit etwa zwei bis vier Erkrankungsfällen pro 100.000 Jugendlichen die häufigste Hüfterkrankung dieser Altersgruppe dar.

Definition

Die ECF wird definiert als nichttraumatische Epiphysenlösung in der Schenkelhalsepiphysenfuge während des pubertären Wachstumsschubes (Abb. 1). Gehalten durch das Ligamentum capitis femoris bleibt der Femurkopf im Acetabulum zentriert (Jingushi und Suenaga 2004) und der Schenkelhals gleitet nach lateral und ventral (Hefti 2006). Die primäre ECF während des pubertären Wachstumsschubes wird von der sekundären, untypischen Form vor dem 10. Lebensjahr oder nach dem 16. Lebensjahr unterschieden. Die ECF tritt im Verhältnis 4:1 einseitig vs. doppelseitig auf (Loder et al. 1996), wobei Untersuchungen mit den neueren bildgebenden Verfahren (Computertomographie, Kernspintomographie) eine doppelseitige Beteiligung in bis zu 50% feststellen konnten (Jerre et al. 1994).

Klassifikationen

Bei der Einteilung der ECF haben sich verschiedene Klassifikationen etabliert, die sich unter anderem an der Gehfähigkeit des Patienten, an der Anamnesedauer oder am Gleitwinkel orientieren (Aronson und Aronson 1996, Loder et al. 1993, Taillard et al. 1964). Im klinischen Alltag hat sich die Einteilung nach der Anamnesedauer der Beschwerden (Taillard et al. 1964) durchgesetzt:

- **Akute** ECF mit einer Anamnesedauer unter zwei Wochen
- **Chronische** ECF mit einer Anamnesedauer über zwei Wochen
- **Akut auf chronische** ECF mit einer Anamnesedauer über zwei Wochen und einer plötzlichen Verschlimmerung der Beschwerden bis hin zur Gehunfähigkeit.

Bei der chronischen Form versucht der Körper, den gleitenden Kopf durch Kallus abzustützen und zu stabilisieren.

Das Ausmaß des Abrutsches wird durch den sogenannten **Gleitwinkel** beschrieben, welcher bei vermehrtem Abrutsch erhöht ist.

Ätiologie und Pathogenese

Heutzutage wird bei der ECF von einer **multifaktoriellen** Genese ausgegangen. Die häufige idiopathische oder primäre ECF findet meistens in der Pubertät im Alter von 10 bis 16 Jahren statt, während die seltene atypische oder sekundäre ECF zum Beispiel bei endokrinolo-

gischen Erkrankungen (Loder und Greenfield 2001) in jungen Jahren nach Wachstumshormonsubstitution auftreten kann.

Prädisponierende Faktoren für das gehäufte Vorkommen der idiopathischen ECF ist Übergewicht (Bandyopadhyay und Teach 1999, Exner 1986, Galbraith et al. 1987, Hell 2005, Loder und Greenfield 2001) sowie das **männliche** Geschlecht, eine afroamerikanische oder afrikanische Herkunft (Moreira et al. 1998) und ein gehäuftes familiäres Vorkommen (Moreira et al. 1998). Aber auch sehr hochwüchsige, schlanke und sportliche Patienten können eine ECF entwickeln, was auf eine mechanische Überbeanspruchung als auslösenden Faktor schließen lässt.

Diagnostik

Der jugendliche Patient mit einer ECF klagt typischerweise über Hüft-, Oberschenkel- oder **Knieschmerzen**, welche akut oder chronisch auftreten können. Wichtig ist bei der Schmerzangabe im Knie, dass beim jugendlichen Patienten an eine Hüftaffektion gedacht wird. Die Symptome können sich diskret durch Humpeln oder auch durch einen kompletten plötzlichen Gehverlust manifestieren. Bei der klinischen Untersuchung zeigt sich eine Beinverkürzung und Außenrotationsfehlstellung des be-



PD Dr. med.
Anna K. Hell



Abb. 1: Akute Epiphyseolysis capitis femoris mit starkem Abrutsch



Abb. 2: Klinische Zeichen der ECF: Verkürzung und Außenrotation des betroffenen linken Beines

troffenen Beines (Abb. 2). Das **Drehmannzeichen** ist positiv, das heißt: bei der Beugung des betroffenen Beines besteht eine eingeschränkte Flexion und Innenrotation.

Bei dem klinischen Verdacht einer ECF muss eine radiologische Diagnostik beider Hüften erfolgen. Es werden eine Beckenübersicht (bzw. beide Hüften im antero-posterioren Strahlengang) und axiale Aufnahmen nach Lauenstein (Rückenlage, 45° Flexion, 45° Abduktion) angefertigt. Bei Bedarf können die Röntgenaufnahmen durch sonographische und/oder kernspintomographische Untersuchungen ergänzt werden.

Merke: Klagt ein Kind über Schmerzen im Knie, vergiss die Untersuchung der Hüfte nie!

Therapie und Komplikationen

Die Therapie der ECF ist immer **operativ**. Es werden Verfahren der geschlossenen oder der offenen Reposition bzw. in situ Fixation sowie Korrekturosteotomien angewandt. Die Fixierung kann hierbei mittels Kirschner-Drähten, Steinmann-Nägeln, Schrauben (Abb. 3) oder Platten erfolgen.

Eine sofortige Weiterleitung des betroffenen Patienten zur operativen Therapie (bitte nüchtern lassen) in ein entsprechendes Zentrum ist eminent wichtig, da die **akute ECF** wegen der Gefahr der Unterbrechung der Blutversorgung des Hüftkopfes eine der wenigen nicht

Abb. 3: Operative Versorgung einer ECF und der Gegenseite mit Schrauben



traumatisch bedingten **Notfallsituationen** in der Kinderorthopädie darstellt.

In den meisten europäischen Zentren wird die prophylaktische Fixierung der Gegenseite mit durchgeführt, wobei dieses Vorgehen besonders in den USA kontrovers diskutiert wird. Aber selbst Gegner dieses Vorgehens (Jerre et al. 1994) beschreiben in bis zu 40% der Fälle eine sekundär auftretende ECF der Gegenseite. Für eine prophylaktische Stabilisierung spricht vor allem, dass die kontralaterale Hüfte nach der operativen Stabilisierung der ECF vermehrt belastet wird und daher einem größeren Risiko eines Abgleitens ausgesetzt ist (Hefti 2006).

Im Rahmen der ECF können diverse, zum Teil gravierende Komplikationen durch die Erkrankung selber oder durch operative Maßnahmen auftreten. Besonders gefürchtet sind hier die Chondrolyse mit Zerstörung des Gelenkknorpels, die Hüftkopfnekrose mit Einbruch und/oder Deformierung des Kopfes und eine frühzeitige sekundäre Arthrose.

Merke: Die ECF wird immer operativ behandelt! Die akute ECF ist wegen der Gefahr der Alteration der Hüftkopfdurchblutung ein Notfall! Eine sofortige und möglichst nüchterne (Eltern darauf hinweisen!) Überstellung des Patienten in ein geeignetes operatives Zentrum sollte erfolgen.

Osteochondrosis dissecans

Definition

Die Osteochondrosis dissecans (OD) ist ein lokalisierter nekrotischer Herd mit umgebender Knochensklerosierung, der sich ablösen kann und dann als freies Dissekat (Gelenkmaus) im Gelenk liegt. Die häufigste Lokalisation ist die laterale Krümmung des medialen Femurkondylus im Kniegelenk. Die wichtigsten ätiologischen Faktoren sind hereditäre Faktoren und Trauma (Hefti 2006, Kozlowski und Middleton 1985).

Diagnostik

Die OD manifestiert sich mit unspezifischen Symptomen, welche von Schmerzen über Gelenkschwellung bis hin zu Blockaden durch das Vorhandensein von freien Gelenkkörpern reicht. Primär wird die Diagnose an Nativ-Röntgenbildern gestellt, wobei im Kniegelenksbereich neben der a.p und der seitlichen besonders die Tunnel-Aufnahme nach Frick eine Läsion zeigen kann. Zusätzlich wird eine MRT-Untersuchung durchgeführt, welche Aussagen über die Stabilität des Defektes machen soll, also zu der Frage, ob der Knorpel intakt oder ein Dissekat schon losgelöst ist.

Therapie

Die Behandlung der OD erfolgt je nach Befund konservativ oder operativ. Bei geringen Symptomen ohne Erguss und ohne freies Dissekat wird primär konservativ behandelt, z.B. durch

- Entlastung an Unterarmgehstützen
- Physiotherapie
- evtl. Gips- oder Orthesenbehandlung zur Immobilisation
- Reduktion sportlicher Aktivitäten.

Merke: „Sitzt die Maus noch fest in ihrem Haus, treibt der Sport sie bald daraus hinaus“ (Hefti 2006)

Bei deutlichen klinischen Symptomen und radiologisch nachgewiesenem losgelöstem Dissektat bzw. instabilem Dissekat erfolgt eine operative Behandlung, z.B. eine

- Arthroskopie
- Anbohrung der sklerotischen Zone (Pridie Bohrung)
- Refixation des Dissekats
- Rekonstruktion der aufgetretenen Defekte
- evtl. eine Achsenkorrektur bei pathologischer Belastungsachse.

In einer multizentrischen Studie der Europäischen Gesellschaft für Kinderorthopädie (EPOS) wurden verschiedene prognostische Faktoren untersucht (Hefti et al. 1999). Die Prognose ist besser bei jüngeren Patienten (d.h. mit noch offenen Wachstumsfugen) als bei älteren bzw. bei weniger sportlich aktiven als bei sehr sportlichen Jugendlichen. Positiv ist ebenfalls eine Läsion an klassischer Lokalisation. Ohne Dissektion sind die Resultate besser bei konservativem Vorgehen, mit Dissektion nach operativem Eingriff. Das alleinige Anbohren scheint keinen positiven Effekt auf das Endresultat zu haben.

Morbus Osgood-Schlatter

Definition

Der Morbus Osgood-Schlatter ist eine aseptische Knochennekrose im Bereich der Tuberositas tibiae beim Jugendlichen.

Ätiologie

Der M. Osgood-Schlatter entsteht durch wiederholten Zug der Patellarsehne an der unreifen und noch knorpeligen Apophyse der Tuberositas tibiae. Bei sportlich aktiven Jugendlichen wurde der Osgood Schlatter in 21%, bei sportlich inaktiven Kindern in 4,5% beobachtet (Kujala et al. 1985).

Klinik, Diagnostik und Therapie

Typischerweise klagen die Kinder und Jugendlichen über Schmerzen an der Tuberositas tibiae nach sportlicher Belastung. Klinisch findet sich eine Druckdolenz und manchmal eine Schwellung. Zum Ausschluss eines tumorösen Geschehens kann ein Röntgenbild **einmalig** durchgeführt werden, welches typischerweise einen Nor-

malbefund oder allenfalls eine Fragmentierung der Tuberositas tibiae zeigt. Die Fragmentierung kann aber auch bei asymptomatischen Patienten vorliegen.

Die Therapie ist **konservativ**, kann aber bis zu zwei Jahre dauern. Je nach Beschwerden können lokale Maßnahmen wie Eisapplikation und Einreiben durchgeführt werden. In schweren Fällen kann eine Ruhigstellung in einem Oberschenkelgips sinnvoll sein, da hierdurch eine sichere Sportkarenz für mehrere Wochen gewährleistet ist.

Merke: Morbus Osgood-Schlatter ist eine harmlose aseptische Knochennekrose an der Tuberositas tibiae mit teilweise hartnäckigem und langwierigem Verlauf, welche konservativ behandelt wird.

Zusammenfassung

Die Epiphyseolysis capitis femoris (ECF) ist definiert als nichttraumatische Epiphysenlösung in der Schenkelhalsepiphysenfuge während des pubertären Wachstumschubes. In Abhängigkeit von der Anamnesedauer wird bei der ECF die akute von der chronischen unterschieden. Die Therapie der ECF ist immer operativ. Die akute ECF ist wegen der möglichen Gefährdung der Hüftkopfdurchblutung ein Notfall. Die Komplikationen Hüftkopfnekrose und Chondrolyse sind gefürchtet.

Die Osteochondrosis dissecans ist definiert als ein nekrotischer Herd mit umgebender Sklerose des Knochens, der meistens an der lateralen Krümmung des medialen Femurkondylus auftritt. Eine Beteiligung anderer Gelenke (z.B. obere Sprunggelenk) ist möglich. Bei Herauslösung des Dissekats aus seinem Bett kann dieses als sogenannte Gelenkmaus im Gelenk Probleme bereiten.

Der Morbus Osgood-Schlatter ist definiert als aseptische Knochennekrose im Bereich der Tuberositas tibiae. Die Behandlung ist konservativ.

Literatur bei der Verfasserin.

Korrespondenz:

PD Dr. med. Anna K. Hell
Kinderorthopädie – Georg-August-Universität Göttingen
Robert-Koch-Str. 40
37099 Göttingen
E-mail: anna.hell@med.uni-goettingen.de

Red.: Riedel

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

Den bewährten Partner des BVKJ in allen Versicherungsfragen, die Assekuranz AG,
können Sie unter der folgenden Servicenummer erreichen:

(02 21) 6 89 09 21.

Welche Diagnose wird gestellt?

Heribert L. Stich und Rainer Berendes

Anamnese

Seit einer Woche andauernde Schmerzen im rechten Unterbauch. Zwei Wochen zuvor zwei- bis dreimaliger Durchfall, Erbrechen und Schmerzen im rechten Bein bei vermeintlichem Sturz im Kindergarten. Seit längerer Zeit Obstipationsneigung, die bereits Anlass zu einer zweimaligen Vorstellung in der Notfallambulanz war. Vor diesem Hintergrund erfolgte zur weiteren Abklärung erstmalig eine stationäre Krankenhausaufnahme.

Untersuchungsbefund bei Aufnahme

5 $\frac{1}{2}$ -jähriges Mädchen türkischer Ethnie in reduziertem AZ (Länge: 108,9 cm; Gewicht: 16,3 kg); Haut, HNO-Bereich, Lymphknoten, Herz und Lunge klinisch ohne Befund; bewegungsabhängige Schmerzen im Bereich des rechten Handgelenkes, Abdomen weich, Druckschmerz im rechten Unterbauch, Darmgeräusche in allen vier Quadranten auskultierbar; Temperatur: 37,0 °C; RR: 117/82 mmHg.

Labor und apparative Diagnostik bei Aufnahme

Leukozyten 9,2/nl; Erythrozyten 3,92/pl; Hb 8,6 g/dl; Thrombozyten 391/nl; CRP 221,41 mg/l; BKS 85/135; Calprotectin im Stuhl: 27,7 mg/l; Campylobacter jejuni: IgG-Ak <20 U/ml, IgM-Ak = 197 U/ml. Die restlichen relevanten Laborparameter, insbesondere die Nierenfunktionsparameter, waren im Normbereich. *Ösophago-gastroduodenoskopie mit PE und Coloskopie mit PE*: kein Anhalt für eine chronisch entzündliche Darmerkrankung, histologisch kein Hinweis auf entzündliche Darmerkrankung. Die *abdominelle Sonographie* zeigt im rechten Unterbauch eine mäßige Wandverdickung und eine mäßige Hyperperfusion der Dünndarmwand (Abbildung).

Verlauf

Unter der Verdachtsdiagnose einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung wurde die stationäre Aufnahme veranlasst. Nach Ausschluss einer chronisch in-

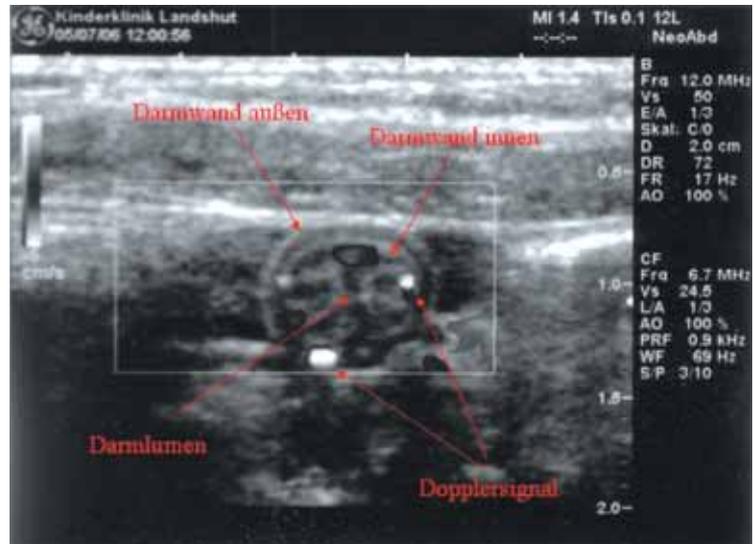
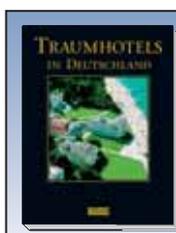


Abb.: Mäßige Wandverdickung und Hyperperfusion der Darmwand

testinalen Entzündung bzw. einer akuten Appendizitis erfolgte eine parenterale Flüssigkeitszufuhr nebst der Gabe von Indometazin, worunter die Arthralgien und die Bauchschmerzen anhielten. Intermittierendes Fieber oder Durchfälle traten nicht auf. Unter der Diagnose einer akuten Campylobacter-Infektion wurde eine antibiotische Behandlung (Erythromycin 3x250 mg) bzw. auf Grund der mikrozytären Anämie eine Eisensubstitutionstherapie (Ferrosanol 3x15 mg) eingeleitet, woraufhin es zu einer Besserung der Beschwerdesymptomatik und einem Rücklauf der laborchemischen Entzündungsparameter kam. Im Rahmen weiterer differentialdiagnostischer Überlegungen wurde zusätzlich eine Erhöhung des Serumamyloid A (SAA) mit 583 mg/l nachgewiesen.

Wie lautet die Diagnose?



Neuer Pracht-Bildband Traumhotels in Deutschland

240 Kunstdruckseiten, Großformat 22,5 x 30 cm, durchgehend farbige Abbildungen, Kunstledereinband mit Goldprägung, ISBN 978-3-7950-7046-5, € 34,20

Erhältlich im örtlichen Buchhandel oder direkt beim Verlag.

**SCHMIDT
ROEMHILD** DEUTSCHLANDS
ÄLTESTES VERLAGS-
UND DRUCKHAUS
SEIT 1879

Mengstraße 16 Tel. 04 51/70 31-2 67
23552 Lübeck Fax 04 51/70 31-2 81

Internet: www.schmidt-roemhild.de
E-Mail: vertrieb@schmidt-roemhild.com

Diagnose: familiäres Mittelmeerfieber (Siegal-Cattan-Manou-Syndrom)

Das familiäre Mittelmeerfieber (FMF) wurde durch den US-amerikanischen Allergologen Sheppard Siegal im Jahre 1945 als periodisches Fiebersyndrom erstmals genauer beschrieben (1). Auf Grund der anamnestischen Angaben und in Kenntnis sämtlicher Befunde war das beschriebene Beschwerdebild als Schub eines FMF einzuordnen, wobei der serologisch positive Campylobacterbefund bzw. die mikrozytäre Anämie als unspezifische Nebenbefunde zu interpretieren waren.

Klinisches Erscheinungsbild

Im Vordergrund der klinischen Symptomatik stehen rezidivierende Fieberschübe, die spontan und ohne offensichtlich exogene Ursachen auftreten. Vorzugsweise kommen diese Fieberschübe erstmals vor dem 20. Lebensjahr, bei Ethnien des Mittelmeerraumes (bevölkerungsspezifische Prävalenzen zwischen 0,1%–0,2%) und mit einer Zeitdauer zwischen sechs Stunden bis zu maximal drei Tagen vor.

Auf Grund einer die Fieberschübe begleitenden Polyserositis (Abbildung) kann es zum klinischen Bild eines akuten Abdomen (95%), einer asymmetrischen Monoarthritis der großen Gelenke (45–75%) oder einer einseitigen Pleuritis (30%), gefolgt von einer Sakroilitis, von Polyarthritiden der kleinen Gelenke, einer Perikarditis, Myalgien und Skrotumbeteiligung, kommen (2,3). Basierend auf dieser Begleitsymptomatik wurden Diagnosekriterien nach Klinik, Alter, Familienanamnese, Ethnie und Therapieerfolg entwickelt (4). Im Langzeitverlauf des FMF ist die Manifestation einer Amyloidose, deren Ausprägungsgrad für die Gesamtprognose entscheidend ist, die häufigste Komplikation.

Laborchemische und molekulargenetische Befunde

Während des Fieberschubes kommt es zu einer unspezifischen Erhöhung der Entzündungsparameter (Leukozytose mit Neutrophilie, Anstieg von CRP und Serumamyloid A) im Serum. Seit 1997 ist die genetische Ursache für das familiäre Mittelmeerfieber aufgeklärt, wobei primär durch eine so genannte Missense-Mutation auf Chromosom 16 in der Region 16p13 das Translationsprodukt „Pyrin“ („Marenostrin“) codiert wird und in einem rezessiven Erbgang phänotypisch in Erscheinung tritt (5). Bei unserer Patientin fand sich eine homozygote M694V-Mutation, die mit einem relativ hohen Risiko der Entwicklung einer Amyloidose assoziiert ist.

Differentialdiagnosen

Differentialdiagnostisch sind andere genetisch bedingte Fiebersyndrome (Hyper-IgD-Syndrom, Tumornekrosefaktor-Rezeptor-assoziierte periodische Syndrom), andere Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises (juvenile rheumatoide Arthritis, Still-Syndrom, M. Behçet, systemischer Lupus erythematodes) und chronisch-entzündliche Darmerkrankungen zu bedenken, ferner Neoplasien und infektiöse Erkrankungen.

Therapie

Seit Anfang der 1970iger Jahre wird die lebenslange Gabe von Colchizin als Standardtherapie zur Anfallsprophylaxe und zur Prävention einer Amyloidose empfohlen (6). Im Bedarfsfall kann bei Anthralgien ein nicht-steroidales Antiphlogistikum verordnet werden.

Literatur

1. Siegal, S. Benign paroxysmal peritonitis. *Ann Intern Med* 1945; 23:1-21.
2. Ben-Chetrit, E., Levy, M. Familial mediterranean fever. *Lancet* 1998; 351:656-665.
3. Sohar, E., Gafni J., Pras, M., et al. Familial mediterranean fever. A survey of 470 cases and review of the literature. *Am J Med* 1967; 43:227-253.
4. Livneh, A., Langevitz, P., Zemer, D., et al. Criteria for the diagnosis of familial mediterranean fever. *Arthritis Rheum* 1997; 40:879-885.
5. The International FMF Consortium Ancient missense mutations in a new member of the RoRet gene family are likely to cause familial mediterranean fever. *Cell* 1997; 90:797-807.
6. Goldfinger, S.E. Colchicine for familial mediterranean fever. *N Engl J Med* 1972; 287:1302.

Dr. med. Dr. P.H. Heribert Ludwig Stich, MPH
Landratsamt Dingolfing-Landau
Abteilung Gesundheitswesen
Obere Stadt 1
84130 Dingolfing

Dr. med. Rainer Berendes
Kinderkrankenhaus St. Marien
Kinderrheumatologie
Grillparzer Straße 9
84036 Landshut



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Growth Retardation Versus Overgrowth: Silver-Russell Syndrome is Genetically Opposite to Beckwith-Wiedemann Syndrome

Eggermann T, Eggermann K, Schönherr N. Trends in Genetics 24: 195-202, März 2008

Das Wachstum des Menschen ist ein komplexer Prozess, bei dem viele Gene interagieren, auch solche, die einer epigenetischen Regulierung, einer Prägung, unterliegen. Ca. 100 Gene sind mittlerweile bekannt, die durch epigenetische Mechanismen geprägt werden.

Prägung kann u.a. durch Methylierung erfolgen. Viele dieser geprägten Gene sind in das fetale Wachstum involviert. Die bisher bekannten geprägten Gene sind in Gruppen angeordnet über das Genom verteilt. Die in diesen Gruppen liegenden Gene werden von einer Imprinting-Controllregion (=ICR) kontrolliert. Väterliche geprägte Gene unterstützen und fördern eher das Wachstum, während mütterlich geprägte Gene dieses eher hemmen.

Bei zwei Erkrankungen waren solche Mechanismen vermutet worden, dem Silver-Russell Syndrom (SRS) und dem Beckwith-Wiedemann Syndrom (BWS). Schon klinisch fällt die Gegensätzlichkeit dieser beiden Syndrome auf: Intrauterine und postnatale Wachstumsretardierung beim SRS, pränatal beginnender Großwuchs beim BWS, Hemihypoplasie beim SRS, Hemihyperplasie beim BWS.

Die Vermutung, dass unterschiedlich geprägte Gene bei diesen Syndromen eine Rolle spielen könnten, wurde durch molekulargenetische Untersuchungsergebnisse bestätigt. Eine Duplikation des mütterlichen Allels 11p15 (kurzer Arm eines der beiden Chromosomen 11) führt zum SRS und eine Duplikation des väterlichen Allels 11p15 zum BWS.

Es konnte dann auch nachgewiesen werden, dass im kurzen Arm des Chromosoms 11 tatsächlich Gene liegen, die von den jeweiligen Eltern unterschiedlich geprägt werden. Sie werden von einer Controllregion reguliert, der sogenannten ICR1.

Neben der erwähnten strukturellen Chromosomenanomalie (Duplikation) können auch veränderte Methylierungsmuster die Erkrankungen verursachen (Hypomethylierung der ICR1 führt

zum SRS, Hypermethylierung der ICR führt zum BWS). Da die Methylierung postzygotisch erfolgt, wird auf diese Weise auch die Hemisymptomatik der Betroffenen erklärt.

Kommentar:

Warum kann es wichtig sein, von den Ursachen dieser Syndrome zu wissen? Der Verdacht auf ein SRS oder ein BWS wird klinisch gestellt. Bekannt ist bei beiden Syndromen, dass unterschiedliche Mechanismen zu der Symptomatik führen können. Neben den oben beschriebenen Mechanismen kann auch eine maternale uniparentale Disomie des Chromosoms 7 ein SRS oder eine Hypomethylierung der Region H19 (Chr. 11) bzw. der ICR2 ein BWS verursachen.

Die Bestätigung der klinischen Verdachtsdiagnose durch molekulargenetische Untersuchungsmethoden dient der Sicherung der Diagnose, hilft das Wiederholungsrisiko festzulegen und möglicherweise in Zukunft auch Behandlungspfade zu klären.

Vorstellbar ist, dass abhängig von der Art des molekulargenetischen Befundes spezifische Empfehlungen zur Vorsorge und zur Therapie gegeben werden. Schon jetzt ist bekannt, dass bestimmte Mutationen beim BWS mit einem höheren Tumorrisiko assoziiert sind. Vorstellbar ist für die Zukunft auch, dass z.B. die Ansprechbarkeit von Wachstumshormon beim SRS abhängig vom jeweiligen molekulargenetischen Befund ist.

(Stephanie Spranger, Bremen)

Daily vs As-Needed Inhaled Corticosteroid for Mild Persistent Asthma ... The Helsinki Early Intervention Childhood Asthma Study

Turpeinen M et al., Arch. Dis. Child 93:654-659, August 2008

Inhalative Steroide stellen die Dauertherapie des kindlichen Asthma bronchiale dar. Um die Frage zu klären, ob dieses auch bei mildem persistierendem Asthma sinnvoll ist, wurden 172 Kinder im Alter von 5–10 Jahren mit neu diagnostiziertem mildem Asthma kontrolliert randomisiert doppelblind parallel in einer klinischen Studie an der Universitätskinderklinik in Helsinki (Finnland) mit Budesonid 2 x 400 µg für einen Monat, dann 2 x 200 µg für weitere 5 Monate und 2 x 100 µg für ein weiteres Jahr behandelt (Verum-Gruppe) und mit einer Budesonid-/Placebo-Gruppe verglichen. Diese inhalierte in den ersten 6 Monaten ebenfalls Budesonid (1 Monat 2 x 400 µg, dann 5 Monate 2 x 200 µg), dann aber wurde auf Placebo über die nächsten 12 Monate umgestellt, Budesonid wurde lediglich bei Exazerbationen benutzt. Eine weitere Vergleichsgruppe inhalierte 3 x am Tag über den gesamten Zeitraum von 1½ Jahren mit Cromoglycinsäure 10 mg. Die Akutmedikation bestand aus inhalativen Betamimetika.

Nach 6 Monaten hatte sich der Peak flow in den beiden mit Budesonid behandelten Gruppen um 6,6 % verbessert, in der DNCG-Gruppe aber auch um 6,1%. Am Ende der Studie (nach 18 Monaten) war der Peak flow in der Budesonid-Gruppe um 18,2% gebessert, in der Budesonid-/Placebo-Gruppe um 16,9% und in der DNCG-Gruppe um 17,3%. Asthmaexazerbationen

waren allerdings in den ersten 6 Monaten in den mit Budesonid behandelten Gruppen signifikant seltener gegenüber der DNCG-Gruppe und der FEV1-Wert verbesserte sich signifikant in den Budesonid-Gruppen im Vergleich zur DNCG-Gruppe. Diese FEV1-Unterschiede waren aber am Ende der Untersuchung nicht mehr vorhanden, trotz der Unterschiede in der Anzahl der Exazerbationen. Insbesondere war die Anzahl der asthmafreen Tage zwischen den Gruppen nicht unterschiedlich. Die Gruppe, die die ganzen 18 Monate Budesonid inhaliert hatte, zeigte eine geringe, allerdings signifikante Reduktion des Längenwachstums.

Kommentar:

Diese Studie zeigt, dass Budesonid in einigen Parametern besser wirkt als das DNCG, insbesondere bezüglich der Zahl der Exazerbationen. Langfristig jedoch sind die Unterschiede zwischen den drei Gruppen nicht so eindrucksvoll, sodass man im Grunde in jedem Einzelfall entscheiden sollte, ob man bei mildem persistierendem Asthma ganzjährig eine Budesonid-Therapie benötigt. In der klinischen Praxis wird häufig in den infektarmonen Sommermonaten (wenig Exazerbationen) versucht, auch ohne Dauertherapie mit dem inhalativen Steroid auszukommen. Die „Asthma-Kontrolle“ (definiert als Symptombefreiheit tags und nachts sowie gute körperliche Belastbarkeit) ist heute das Ziel.

(Frank Riedel, Hamburg)

Continuous Glucose Monitoring and Intensive Treatment of Type 1 Diabetes.

The Juvenile Diabetes Research Foundation Continuous Glucose Monitoring Study Group

N Engl J Med 359; 1464-76, Oktober 2008

322 Kinder und Erwachsene aus Diabetes-Zentren in den USA, die bereits wegen eines Typ 1 Diabetes mellitus eine intensiviertere Therapie erhielten, wurden in einer klinischen Multizenter-Studie für 26 Wochen randomisiert in eine Gruppe mit kontinuierlicher Glucose-Messung und in eine Kontrollgruppe, die häusliche Blutglucose-Messungen durchführte, eingeteilt.

Voraussetzungen für die Aufnahme in die Studie waren die Diagnose eines Typ 1 Diabetes vor ≥ 1 Jahr, ein Alter von ≥ 8 Jahren, der Gebrauch einer Insulin-Pumpe oder wenigstens 3 Insulin-Injektionen täglich, ein HbA1c-Wert von 7–10 % und in den letzten 6 Monaten vor Studienbeginn keine kontinuierliche Glucose-Messung.

Ziel der Studie war es, die Auswirkungen des kontinuierlichen Monitoring auf die Veränderung der glykosilierten Haemoglobinwerte vom Ausgangszeitpunkt bis zum Studienende nach 26 Wochen im Vergleich mit konventionellen, punktuellen Bestimmungen des Glucosespiegels zu untersuchen.

Dazu wurden die Patienten in der Gruppe mit kontinuierlicher Glucose-Messung mit einem DexCom Seven Device (Dex

Com) oder einer „MiniMed Paradigm Real-Time Insulin Pump“ sowie einem System für die kontinuierliche Glucose-Messung (Medtronic) oder dem Freestyle Navigator (Abbott Diabetes Care) versorgt. Jedes Mess-System bestand aus einem elektrochemischen Sensor, der subkutan platziert wird und je nach System alle 3 oder 7 Tage gewechselt werden muss, sowie einem Receiver, dem die interstitiellen Glucose-Messungen drahtlos übermittelt und von ihm gespeichert werden. Die Patienten wurden instruiert, die Apparaturen täglich zu benutzen und die Genauigkeit der Messungen durch häusliche Glucometer-Messungen zu kontrollieren, bevor sie Änderungen des Diabetes-Management vornehmen. Die Patienten der Kontrollgruppe erhielten ein Glucometer zum häuslichen Gebrauch für wenigstens 4 Messungen täglich. Es wurden Kontroll-Vorstellungen in ihren jeweiligen Zentren nach 1, 4, 8, 13, 19 und 26 Wochen durchgeführt mit je einem Telefonkontakt zwischen den Vorstellungsterminen, zur Kontrolle der Glucose-Werte und der Anpassung der Diabetes-Behandlung.

Ergebnisse: Altersabhängig variierten die Spiegel des glykosilierten Haemoglobin (HbA1c) in beiden Studien-Gruppen erheblich ($p = 0.003$), mit einer signifikanten Differenz bei den ≥ 25 Jahre alten Patienten zugunsten der kontinuierlichen Glucose-Messung ($p < 0.001$). In den Altersgruppen von 15–24 Jahre ($p = 0.52$) und von 8–14 Jahren ($p = 0.29$) waren die Unterschiede zwischen den Studiengruppen nicht signifikant.

Das sekundäre Ziel waren die Messwerte des glykosilierten Haemoglobin (HbA1c): Diese waren in der Altersgruppe der jüngsten (8–14 Jahre) und der ältesten (≥ 25 Jahre) Patienten für die Gruppe mit kontinuierlicher Glucosemessung besser als in der Kontroll-Gruppe, nicht jedoch bei den 15–24 Jahre alten Patienten. Das Auftreten einer schweren Hypoglykämie war selten und zeigte keine Unterschiede in beiden Studiengruppen.

Die Autoren schliessen aus ihrer Studie, dass die kontinuierliche Glucose-Messung bei Erwachsenen mit einem Typ 1 Diabetes zu einer verbesserten Blutglucose-Kontrolle beiträgt. Sie halten weitere Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen für erforderlich, um hier die Grenzen des kontinuierlichen Glucose-Monitoring zu identifizieren.

Kommentar:

Die statistisch sehr aufwendige Analyse der Daten in den 3 Subgruppen ergab mit Ausnahme der Erwachsenen ≥ 25 Jahre keine überzeugenden Vorteile der kontinuierlichen Glucose-Messung. Die Patienten-Zahlen in den jeweiligen Alters-Gruppen erschienen für eine überzeugende Statistik relativ klein, so dass verschiedene statistische Verfahren herangezogen werden mussten, um eine halbwegs zuverlässige Aussage zu ermöglichen. Das Studienziel, die verwendeten Apparaturen für eine kontinuierliche Glucose-Messung auch im Kindes- und Jugendalter mit Gewinn einzusetzen, konnte in der vorliegenden Studie nicht erreicht werden. Hierzu sind weitere Studien an einem möglichst homogenen Patienten-Kollektiv aus möglichst wenig Zentren wünschenswert. Es fragt sich jedoch, ob der damit verbundene Aufwand unter Verwendung der derzeit verfügbaren Apparaturen gerechtfertigt ist, da die jugendlichen Patienten offensichtlich mit der intensivierten Insulin-Therapie mit und ohne Pumpe auch ohne kontinuierliche Glucose-Messung gut zurechtkommen.

(Helmut Helwig, Freiburg)

Long-Term Course of Chronic Hepatitis C in Children: From Viral Clearance to End-Stage Liver Disease

Bortolotti F et al., Gastroenterology 134:1900-1907, Juni 2008

Nach dem Verschwinden der parenteralen Übertragung des Hepatitis-C-Virus sind heute ätiologisch fast alle chronischen Hepatitis-C-Infektionen einer vertikalen Übertragung zuzuordnen. Diese ist zwar selten (1–6 %), aber doch ausreichend häufig, so dass immer wieder neue Fälle auftreten, pro Jahr in Deutschland ca. 100–120. Studien aus der Vergangenheit ergaben eine ganz unterschiedliche Einschätzung der spontanen Viruselimination, von 5 % bis zum Teil weit über 20 % in den ersten Lebensjahren. Aus dieser Tatsache wurde auch die Therapieindikation häufig relativ gesehen und empfohlen, zuzuwarten, da die spontane Elimination relativ hoch sei.

Bortolotti et al. zeigten nun in einer sehr sorgfältig durchgeführten Studie bei 504 anti-HCV-positiven Kindern, die in den Jahren 1990 bis 2005 beobachtet wurden, dass die spontane Viruselimination doch relativ niedrig liegt. 56,2 % der Infektionen waren perinatal übertragen, 31,3 % parenteral und bei 12,5 % der Patienten war der Übertragungsweg nicht bekannt. 94,6 % aller Fälle hatten initial HCV-RNA im Serum. 10 Jahre nach Diagnosestellung wurde bei 8 % der Patienten festgestellt, dass keine Virämie mehr vorlag. Dabei war auffällig, dass Patienten mit einem Genotyp 3 eine höhere spontane Viruselimination aufwiesen als Individuen mit Genotyp 1 und 2.

Wahrscheinlich wird ca. 1/4 der Patienten mit Genotyp 3 das Virus über einen Zeitraum von 5 Jahren nach postpartaler Infektion verlieren. Aufgrund der kleinen Fallzahl besteht hier eine relativ hohe Ungenauigkeit.

Der Häufigkeitsgipfel der spontanen Viruselimination lag zwischen dem 2. und 3. Lebensjahr. Über den gesamten Beobachtungszeitraum lag die Progressionsrate zu einer Leberzirrhose bei 1,8 %.

Kommentar:

Die vorliegende Studie zeigt, dass die spontane Viruselimination vor allem bei dem am weitesten verbreiteten Genotyp 1 relativ gering ist. Die Behandlung mit Interferon und Ribavirin ist erst ab dem vollendeten 3. Lebensjahr zugelassen und auch sinnvoll. Aufgrund der deutlich verbesserten Therapieergebnisse ist es durchaus überlegenswert, im gegebenen Zulassungsrahmen eine Behandlung anzubieten. Die vermeintlich hohe spontane Viruselimination ist jedenfalls kein tragfähiges Argument gegen ein Therapieangebot.

(Stefan Wirth, Wuppertal)

Nebenwirkungen einer Dauertherapie des kindlichen Asthmas mit Montelukast

Frage: Gibt es negative Auswirkungen oder Nebenwirkungen beim Langzeiteinsatz von Montelukast bei Kindern mit Asthma?

Antwort:

In mehreren Kurzzeitstudien (bis 3 Monate) konnte die Sicherheit von Montelukast bei Kindern ab dem 6. Lebensmonat gezeigt werden. Daten zur Dauertherapie finden sich dagegen nur spärlich, obwohl die Substanz zur Dauertherapie zugelassen ist (Fachinformation Mai 2007) und auch so von den Leitlinien (S2-AWMF-Leitlinie 02/2006) empfohlen wird.

In der PREVIA-Studie [1] wurden 278 Kinder zwischen 2 und 5 Jahren über ein Jahr täglich mit Montelukast behandelt. Der Anteil medikamentenbezogener Nebenwirkungen war derjenigen in der Placebogruppe vergleichbar. Veränderungen in Laborkontrollparametern waren ebenfalls vergleichbar. In keinem Fall führten Laborveränderungen zu Therapieabbrüchen. Die Behandlung wurde als sehr sicher eingestuft.

In einer Studie von Williams [2] wurden in einem Studienarm Kinder zwischen 6 und 14 Jahren nach einer primären Studiendauer von 15 Wochen in einem Open-Label-Design bis insgesamt 52 Wochen täglich mit Montelukast behandelt und mit inhalativem Beclomethason verglichen. Montelukast zeigte hier eine sehr gute Verträglichkeit, es kam zu keinen Studienabbrüchen.

In der MOSAIC-Studie [3] wurde über 12 Monate die tägliche Gabe von 5 mg Montelukast (n=495) mit Fluticason-Inhalationen (n=499) bei 6 bis 14-jährigen Kindern mit Asthma bronchiale verglichen. Neben der Effektivität wurden auch Daten zur Verträglichkeit und Sicherheit der Therapie erhoben. In der Montelukast-Gruppe brachen 1,2 % der Patienten die Studie wegen Nebenwirkungen vorzeitig ab (Kopfschmerzen, Asthma). Diese Nebenwirkungen wurden nicht als ernst eingestuft. Laborveränderungen traten bei 0,5 % der Patienten in der Montelukast-Gruppe auf, waren vorübergehend und führten nicht zum Therapieabbruch.

Auch unter Sicherheitsaspekten stellt sich Montelukast als eine therapeutische Alternative zu inhalativen Steroiden dar, wenn eine Controllertherapie bei leichtem bis mittelgradig persistierendem Asthma indiziert ist. Immer sollte aber das step-down Prinzip in der Langzeittherapie des Asthma bronchiale berücksichtigt werden. So ist eine angepasste Intervalltherapie oft möglich (z. B. saisonal allergisches Asthma).

1 Bisgaard H et al. 2005. Am J Crit Care Med 171:315-22

2 Williams B et al 2001. Clin Exper Allergy 31:845-854

3 Garcia MLG et al 2005. Pediatrics 116(2):360-369

Dr. med. Richard Kitz
Oberarzt des Clementinen Kinderhospital
Pneumologie Allergologie
Theobald Christ Str. 16
60316 Frankfurt

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

Jahresrückblick 2008

Blick in ein angeblich neues Zeitalter mit Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die gesetzlichen Krankenkassen



Dr. Wolfram
Hartmann

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

auch wenn das Jahr 2008 von gesundheitspolitischem Dilettantismus gekennzeichnet war und unsere Tätigkeit in Praxis, Klinik und ÖGD weiterhin auch nicht annähernd adäquat honoriert wurde, so kann der BVKJ doch auf eine insgesamt erfolgreiche Verbandsarbeit zurückblicken. Die Kontakte zur Politik sind weiterhin sehr intensiv, wir werden gehört, auch wenn die Entscheidungen nicht immer unseren Vorstellungen und Forderungen entsprechen. In der Medienpräsenz sind wir absolut Spitze, kein anderer ärztlicher Berufsverband wird so häufig in den Medien zitiert oder als kompetenter Gesprächspartner eingeladen, wie der BVKJ.

Entwicklung der Mitgliederzahlen

Unsere Mitgliederzahl nähert sich der Marke von 11.000, damit sind wir der viertgrößte ärztliche Berufsverband in Deutschland. Erfreulicherweise haben wir auch zunehmend Mitglieder aus dem Bereich der Weiterbildungsassistenten. Aber auch zahlreiche andere angestellte Ärztinnen und Ärzte haben gemerkt, dass der BVKJ berufspolitisch sehr aktiv ist und sich bemüht, die berufspolitischen Interessen aller Kinder- und Jugendärzte zu vertreten.

Zusatzeinnahmen durch neue Leistungen in der Kinder- und Jugendmedizin

Durch unsere rege Vertragstätigkeit mit den gesetzlichen Krankenkassen ist es uns gelungen, unseren vertragsärztlich tätigen Mitgliedern trotz stagnierender oder leicht rückläufiger Einnahmen im Bereich der GKV Zusatzeinnahmen in Höhe von ca. 5 Millionen € zu sichern. Auch die auf Druck des BVKJ durch den G-BA zum 01.07.2008 eingeführte U7a mit 3 Jahren, die inhaltlich allerdings absolut nicht unseren Vorstellungen entspricht, bringt den Kinder- und Jugendärzten noch einmal Zusatzeinnahmen von ca. 2 Millionen € im Jahr. Wer am DMP Asthma bronchiale teilnimmt, kann ebenfalls mit seiner Praxis noch zusätzliche Einnahmen verbuchen und die Ausfälle seitens der KV-Zahlungen z.T. kompensieren. Das kann aber natürlich nicht darüber hinwegtäuschen, dass die vertragsärztlichen Einkommen nicht dem entsprechen, was Politik, Medien und Kassenvertreter immer wieder wahrheitswidrig in der Öffentlichkeit verbreiten. Die Erhebung des Instituts des Bewertungsausschusses (InBA) zu den Kosten in pädiatrischen Praxen und Spezialambulanzen hat gezeigt, dass unsere Praxiskosten deutlich höher liegen als bisher von der Selbstverwaltung angenommen und hier ein deutlicher Anpassungsbedarf besteht. Der durchschnittliche

Gewinn einer Kinder- und Jugendarztpraxis liegt bei ca. 70.000 € im Jahr vor Steuern. Das ist eindeutig zu wenig für diese qualifizierte Tätigkeit!

EBM-Änderungen

Es ist uns gelungen, dass die Leistungen der Entwicklungs- und Sprachdiagnostik ab 01.01.2009 ohne Absenkung der Versichertenpauschale als Einzelleistungen vergütet werden und somit die Besonderheiten der Kinder- und Jugendmedizin wieder teilweise abgebildet werden können. Durch die Pauschalierung auch des Ganzkörperstatus ist die Kinder- und Jugendmedizin sowohl bei der Versichertenpauschale als auch beim Notfalldienst ganz besonders betroffen. Hier gilt es, auf Nachbesserungen hinzuarbeiten. Auch im Bereich der fachärztlichen Kinder- und Jugendmedizin und der Schwerpunktambulanzen in den Kinderkliniken besteht noch ein erheblicher Handlungsbedarf, sonst ist diese spezielle Kinder- und Jugendmedizin, die ja gerade für Kinder und Jugendliche mit chronischen und/oder seltenen Erkrankungen von besonderer Bedeutung ist, auf Dauer nicht mehr zu gewährleisten. Der Einheitspunktwert von 3,5001 Cent, der auch für die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen gilt, führt trotz der Anhebung der Punktzahlen der Untersuchungen um 27 % in einem Teil der KVen zu einer niedrigeren Bewertung im Jahr 2009 gegenüber 2008. Wir erhalten demnächst wohl weitgehend einheitlich für die U2 bis U9 30,49 €, die U7a und die J1 35,17 € und das Hüftscreening 16,69 €. Mit solchen Preisen sind diese für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen so entscheidenden Untersuchungen kaum in entsprechender Qualität durchzuführen. Wir verlangen eine Vergütung von mindestens 50,- € pro Früherkennungsuntersuchung und 25,- € für das Hüftscreening.

Gesundheitsreform

Es gab mit dem GKV-OrgWG (Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung) einen erneuten Versuch der Politik, Probleme im Gesundheitswesen zu lösen und Zukunftsperspektiven für eine hochwertige, wohnortnahe medizinische Versorgung der Bevölkerung zu eröffnen. Das ist nicht gelungen. Wir erkennen keine klaren Signale der Politik zur Sicherung einer bestmöglichen gesundheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen entsprechend der UN-Kinderrechtskonvention von 1990, obwohl wir erreicht haben, dass bei den Vorgaben zu Verträgen nach § 73 b (hausarztzentrierte Versorgung) der Gesetzgeber festgelegt hat, dass auch bei Einschrei-

bung eines Kindes bei einem Allgemeinarzt „**die direkte Inanspruchnahme eines Kinderarztes unberührt bleibt.**“ In der Begründung für diese Sonderregelung heißt es erfreulicherweise: „Sofern Eltern für ihre Kinder keinen Kinderarzt als Hausarzt wählen, sondern auch für ihre Kinder den Allgemeinarzt als Hausarzt wählen, soll sichergestellt sein, dass diese Kinder und Jugendliche im Einzelfall gleichwohl **den für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen besonders qualifizierten Kinderarzt** ohne Überweisung in Anspruch nehmen können. Daher hebt die Regelung die im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung grundsätzlich bestehende Verpflichtung zur Inanspruchnahme allein des gewählten Hausarztes für versicherte Kinder und Jugendliche auf. Kinder und Jugendliche können auch für den Fall, dass sie keinen Kinderarzt als Hausarzt gewählt haben, ohne Überweisung einen Kinderarzt in Anspruch nehmen.“

Dies ist ein ganz wesentlicher politischer Erfolg des BVKJ!

Die politisch Verantwortlichen weigern sich aber weiterhin, in § 26 SGB V allen Kindern bis zum vollendeten 18. Lebensjahr einen Anspruch auf Vorsorgeuntersuchungen zu gewähren. Die Zweiklassenmedizin wird unverändert fortgeschrieben, auch bekennen sich die Politiker nicht zur Notwendigkeit der primären Prävention. Es bleibt bei einem reinen Krankheitsfrüherkennungsprogramm, von Vorsorge kann keine Rede sein. Die Krankenkassen werden in einem Zusatz zu § 26 lediglich verpflichtet, die Versicherten rechtzeitig auf anstehende Untersuchungstermine hinzuweisen.

Der BVKJ fordert unverändert folgenden Wortlaut für den § 26 SGB V: „(1) **Versicherte Kinder und Jugendliche haben bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres Anspruch auf ärztliche Untersuchungen zur primären Prävention und Früherkennung von Störungen der psychischen und physischen Gesundheit, die ihre Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden...**“

Auch haben die politisch Verantwortlichen entgegen der Zusage von Frau Ministerin Schmidt gegenüber dem BVKJ die Weiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin nicht der Weiterbildung der Allgemeinmedizin gleichgestellt. Dies ist ein schwerer Schlag gegen die Sicherung von Weiterbildungsmöglichkeiten in der Praxis.

Zukünftige pädiatrische Versorgung

Der BVKJ steht im neuen Jahr vor großen Aufgaben. Da die gesetzlichen Krankenkassen bis zum 30.06.2009 allen ihren Versicherten Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung anbieten müssen, ist es für uns ganz besonders wichtig, dass wir hier gut aufgestellt sind und den Kassen attraktive Angebote machen können, die die Versorgung von Kindern und Jugendlichen auf einem hohen Niveau bei gleichzeitig attraktiver Bezahlung sichert. Die Delegiertenversammlung des BVKJ hat sich in Bad Orb auf Eckpunkte für solche Verträge verständigt. Unverrückbar hält der BVKJ an der Forderung fest, dass folgende Leistungen ausschließlich Ärztinnen und Ärzten

mit abgeschlossener Weiterbildung im Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin vorbehalten sein müssen:

- Durchführung der gesamten Entwicklungsdiagnostik bei Säuglingen und Kindern nach standardisierten Testverfahren
- Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen, die zu einer Pflegestufe führen
- Behandlung von Frühgeborenen, von Neugeborenen mit Adaptationsstörungen, von Kindern und Jugendlichen mit seltenen und/oder chronischen Erkrankungen, die eine Dauerbehandlung erforderlich machen, von Kindern mit behandlungsbedürftigen Entwicklungsstörungen im Bereich von Sprache, Motorik, Sozialverhalten, Kognition, Sexualentwicklung, Wachstum usw.
- Durchführung der vom BVKJ weiterentwickelten Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche
- die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit schwerwiegenden akuten Erkrankungen, die potenziell lebensbedrohlich sind
- Zugang zu hoch spezialisierten Ambulanzen der Kinder- und Jugendmedizin in Schwerpunkt- und Universitätskliniken

Bei nachgewiesener Qualifikation kann es im Einzelfall Ausnahmen geben, aber die Grundstrukturen sind für uns unverrückbar. Für Sie als unsere Mitglieder bedeutet dies natürlich zusätzliche Arbeit mit neuen Verträgen, wir hoffen aber, dass wir Ihnen auch zusätzliche Einnahmen und damit den Bestand Ihrer Praxis in der Zukunft sichern können. Das gleiche gilt natürlich für neue Organisationsstrukturen zwischen Klinik, Praxis und ÖGD. Wenn wir eine hochwertige Kinder- und Jugendmedizin in Klinik und Praxis auf Dauer sichern wollen, müssen wir eingefahrene Gleise verlassen und gemeinsam neue Strukturen entwickeln.

Die Auseinandersetzungen mit dem Hausärzterverband waren unerfreulich, ich habe darüber ausführlich in Heft 10/2008 dieser Zeitschrift berichtet.

Weitere Forderungen an die Politik

Die unverändert zunehmende Kinderarmut in Deutschland macht uns sehr zu schaffen. Die Politik ist bisher nicht auf unsere Forderung eingegangen, in einem jährlichen Bericht darzulegen, was sie in den vergangenen 12 Monaten gegen die Kinderarmut unternommen und welche Erfolge sie erzielt hat. Mit finanziellen Zuwendungen an die Eltern allein ist es dabei nicht getan. Zuvorderst muss die Arbeitslosigkeit verringert und die Bildung von Kindern und Eltern wesentlich verbessert werden. Einige Familien müssen wirksam von Fachleuten begleitet und in ihrer Erziehungs- und Alltagskompetenz gestärkt werden. Dazu gehören neben aufsuchender Betreuung der Eltern ebenso kostenlose Kindertageseinrichtungen, in denen neben der Erziehung und Bildung der Kinder auch den Eltern Kompetenz und Stärke vermittelt wird. Dieses Thema wird uns auch 2009 unverändert beschäftigen. Der 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung, an dem ich intensiv mitgearbeitet

habe, wird Wesentliches zu diesem Thema aussagen und hoffentlich in der Öffentlichkeit bei seiner Vorlage im Juni 2009 die ihm gebührende Beachtung finden.

Zunehmend führen die Bundesländer nach den beiden Kanzlergipfeln im Dezember 2007 und Juni 2008 zur Kindergesundheits verpflichtende Kinderfrüherkennungsuntersuchungen ein. Der BVKJ stimmt einer gesetzlichen Verpflichtung zur Teilnahme an Kinderfrüherkennungsuntersuchungen zu, weil jedes Kind ein Grundrecht auf „bestmögliche gesundheitliche Versorgung“ im Sinne der UN-Kinderrechtskonvention hat. Wir warnen aber eindringlich davor, verpflichtende Kinderfrüherkennungsuntersuchungen (es sind eben keine „Vorsorge“untersuchungen) als alleiniges Mittel zur Verhinderung von Kindesmisshandlung bzw. -vernachlässigung zu sehen, wie es einige Politiker aus Kostengründen weiterhin gern tun. Die Untersuchungen müssen auf der Basis der vom BVKJ erarbeiteten Vorschläge den Erfordernissen der heutigen Zeit angepasst werden. Um Kindesvernachlässigung bzw. -misshandlung wirksam einzudämmen, müssen viele Berufsgruppen in Teams zusammen arbeiten und Risikofamilien aufsuchend engmaschig spätestens ab Geburt betreuen. Der BVKJ hat dazu konkrete Konzepte unterbreitet. In unseren Praxen werden wir zunehmend konfrontiert mit:

- Sozialisations- und Verhaltensstörungen
- Auffälligkeiten in der Gewichtsentwicklung bis hin zum Typ 2-Diabetes
- Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung
- Zahn-, Mund- und Kieferanomalien
- Störungen beim Ablösungsprozess von den Eltern und Auffälligkeiten bei der Entwicklung zur Selbständigkeit
- Störungen im Bereich der Fein- und Grobmotorik
- Störungen im Sozialverhalten (z.B. ADHS)
- Störungen im Bereich der psychischen Entwicklung
- Schulleistungsstörungen
- gesundheitsschädliches Medien- und Konsumverhalten
- Störungen der Pubertätsentwicklung
- ersten Zeichen einer Suchtentwicklung
- psychosomatischen Störungen (Kopf- und Bauchschmerzen, Durchfälle, Ängste, Schlafstörungen)
- Störungen der Persönlichkeitsentwicklung

Auf diese Veränderung der Morbiditäten ist unser Gesundheitssystem nicht eingestellt. Viele dieser „neuen Morbiditäten“ könnten durch intensive primäre Prävention im Kleinkind- und Grundschulalter wesentlich eingedämmt werden. Dazu ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Krankenversicherungen, Öffentlichem Gesundheitsdienst, Kinder- und Jugendhilfe, Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie den Trägern von Kindertageseinrichtungen notwendig. Bisher wendet die GKV für Präventionsleistungen nur maximal 2,8 % ihrer Gesamtausgaben auf. Dies ist entschieden zu wenig. Es ist absehbar, dass nahezu jedes zweite Kind, das heute geboren wird, im Laufe seines Lebens einen Typ 2-Diabetes entwickeln wird, weil es falsch ernährt wird und zu wenig Bewegung hat. Dies ist mit immensen Folgekosten für

unsere Gesellschaft verbunden und wird unser Gesundheitssystem auf Dauer unfinanzierbar machen. Es ist daher allerhöchste Zeit, Programme zur Primärprävention des Diabetes mellitus bereits für das Kindesalter zu entwickeln, ihre Effektivität zu prüfen und flächendeckend umzusetzen.

Ausblick

Ob das Jahr 2009 wirklich die von der Politik großspurig angekündigten Verbesserungen in der Honorierung ärztlicher Leistungen bringt und sowohl Praxen als auch Kliniken wirtschaftlich auf festeren Boden stellt, bleibt abzuwarten. Skepsis ist auf jeden Fall angezeigt. Möglicherweise kommt es im Wahljahr auch wieder zu flächendeckenden Ärzteprotesten wie 2006. Um die Ausstiegsszenarien aus dem GKV-System ist es nach dem Richtungswechsel der bayerischen Hausärzte wesentlich ruhiger geworden, aber sie sind natürlich noch nicht endgültig vom Tisch. Es brodeln unverändert weiter im Medizinsystem und die Ärzteschaft ist zu unkonventionellen Schritten bereit. Diese können aber nur erfolgreich sein, wenn wir geschlossen auftreten und die Laienpresse hinter uns haben.

Dr. Wolfram Hartmann,
Präsident des BVKJ

Red.: ge

Hilf mir zu leben!



Senden Sie eine SMS, damit auch NCL-Kinder eine Chance auf Leben haben.

SMS mit Kennwort „NCL“ an 81190
Für 2,99 €*, davon 2,82 € Spende. (* zzgl. SMS-Gebühr)

Die gemeinnützige **NCL-Stiftung** setzt sich für die Erforschung der tödlichen Erbkrankheit NCL ein.

NCL-Stiftung
Holstenwall 10
20355 Hamburg
Tel. 040-350044-91



**National Contest
for Life_NCL**

Infos unter: www.ncl-stiftung.de

Aus dem Honorarausschuss

EURO-EBM 2009

Ab 1.1.2009 gilt der neue EURO-EBM 2009. Die bisherigen Budgets werden abgeschafft, die Vergütung wird in EURO ausgewiesen. Die Leistungsbewertung in Punkten wird mit dem neuen bundesweiten Orientierungspunktwert von 3,5001 Cent multipliziert und in EURO ausgewiesen. Auf Grund der sich abzeichnenden gesamtwirtschaftlichen Lage wurde der Punktwert noch einmal von 3,5058 auf 3,5001 gesenkt. Dabei sind regionale Unterschiede möglich, da die regionalen Punktwerte auf Landesebene zwischen KV und Krankenkassen ausgehandelt werden. Wegen der schwierigen Finanzlage muss sicherlich häufig das Schiedsamt angerufen werden.

Jeder Vertragsarzt bekommt von seiner KV ein arztgruppenbezogenes Regelleistungsvolumen (RLV) mitgeteilt. Die Höhe des individuellen RLV errechnet sich aus der Fallzahl des Vorjahresquartals multipliziert mit dem fachgruppenspezifischen Fallwert.

Übersteigt die Fallzahl des Vorjahresquartals 150 % des Fachgruppendurchschnitts, wird entsprechend abgestaffelt. Im folgenden Beispiel wird vereinfacht mit einer durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe von 1000 Fällen und einem fachgruppenspezifischen Fallwert von 40,00 € gerechnet. Bis zum 30. November 2008 sollen die einzelnen RLV bekannt gegeben werden.

Beispiel 1

EBM 2009 Berechnung des individuellen RLV		Abstaffelung	
Beispiel		25 % > 150 - 170 % FG-Durchschnitt	
FG-Durchschnitt	= 1000 Fälle	50 % > 170 - 200 % FG-Durchschnitt	
150 %	= 1500 Fälle	75 % > 200 % FG-Durchschnitt	
Eigene Fallzahl	= 1800 Fälle		
Fallwert Kinderärzte	= 40 EUR		
1500 Fälle x 40 EUR	= 60.000 EUR		
200 Fälle x 30 EUR (- 25%)	= 6.000 EUR		
100 Fälle x 20 EUR (- 50%)	= 2.000 EUR		
1800 Fälle	= 68.000 EUR		

RLV in Gemeinschaftspraxen

In Berufsausübungsgemeinschaften mit mehreren Ärzten wird das RLV der Praxis aus der Summe der RLV je Arzt ermittelt. Für das RLV relevant sind kurativ-ambulante Fälle, ausgenommen Fälle aus dem organisierten Notdienst. Da in Gemeinschaftspraxen Patienten durchaus von mehreren Ärzten behandelt werden (sog. Arztfall), wird die Summe der Arztfälle größer sein als die Fallzahl der Praxis.

Das RLV für GM-Praxen und Jobsharing-GM-Praxen soll um 10 % angehoben werden, um ein Auseinanderbrechen dieser Praxisformen zu verhindern.

Die Dokumentation des mehrfachen Arztkontaktes ist nach wie vor ungelöst. Eine Extraziffer ist auch im neuen EBM 2009 bisher nicht vorgesehen.

Die **GOP 01435** (mittelbarer Arzt-Patient-Kontakt) wurde neu gefasst und vorerst bis zum 31.12.2009 befris-

tet. Sie ist weiterhin nur als alleinige Leistung und **nicht neben der Versichertenpauschale** sowie nicht im organisierten Notdienst abrechenbar.

GOP 01435 Telefonische Beratung und/oder anderer mittelbarer Arzt-Patient-Kontakt, 250 Punkte, bis zum vollendeten 12. Lebensjahr 2x im Quartal, sonst 1x berechnungsfähig.

Entwicklungsdiagnostik

Die entwicklungsneurologischen Leistungen können, dank intensiver Intervention von Herrn Dr. Hartmann und Herrn J. U. Köhler im beratenden Fachausschuss, ab 1.1.2009 wieder, wie im EBM 2005, als Einzelleistung abgerechnet werden.

Tabelle 1

EBM 2009	EBM-Reform ab 1.1.2009	
Einzelleistungsabrechnung		
• 04350	Untersuchung funktionelle Entwicklung	480 P
• 04351	Entwicklungsneurologische Untersuchung	270 P
• 04352	Vollständiger Entwicklungsstatus	805 P
• 04353	Untersuchung zur Sprachentwicklung	470 P
• 04354	Zuschlag neben Früherkennung	205 P
Einzelleistungsabrechnung Qualifikation erforderlich!		
• 35100	Differentialdiagnostik Psychosomatik	430 P
• 35110	Verbale Intervention Psychosomatik	430 P

Zusätzliches Budget für qualitätsgebundene Leistungen

Der Qualitätszuschlag für psychosomatische Leistungen entfällt, dafür können, bei entsprechender Qualifikation, die Einzelleistung vergütet werden. Für die nachfolgenden Leistungsbereiche erhält der Hausarzt **jeweils ein weiteres Honorarvolumen**, das ihm für die Abrechnung der genannten Leistungen zur Verfügung steht. Das jeweilige Honorarvolumen errechnet sich aus der Fallzahl des Vergleichs quartals in **2007** und dem Euro-Betrag.

Das Honorarvolumen der Leistungsbereiche Kleine Chirurgie und Spirometrie kann gegeneinander verrechnet werden, für die Sonographie und die Psychosomatik gilt das nicht.

Beispiel 2

EBM 2009 Qualitätsgebundene Leistungen		
Fallwertzuschlag zum RLV (Auswahl Kinderärzte):		
Für jeden der nachfolgenden Leistungsbereiche erhält der Hausarzt jeweils ein weiteres Honorarvolumen , das ihm für die Abrechnung der genannten Leistungen zu Verfügung steht:		
Leistungsbereich	GOP	EUR
Sonographie	33012, 33043, 33050-33052	3,50
Psychosomatik	35100 und 35110	3,00
Kleinchirurgie	02300 bis 02302	1,50
Spirometrie	04330	1,00
Honorarvolumen = Fallzahl in 2007 * EUR		



Dr. Eberhard Lassen

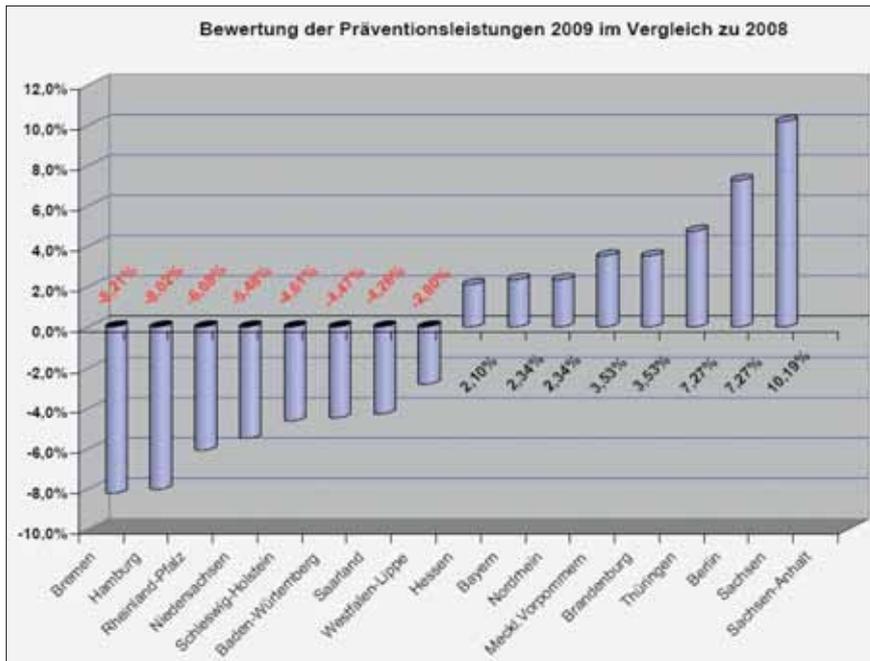


Tabelle 2

Schwerpunktpädiatrie

Eine bundesweit gültige Regelung für die fachärztliche Pädiatrie wird es in diesem Jahr nicht mehr geben. Der Bewertungsausschuss wird im Januar 2009 über das Vorgehen entscheiden.

Regelungen für die Schwerpunktpädiater ab dem 1. Quartal 2009 müssen deshalb vor Ort ausgehandelt werden. Die betroffenen Kollegen sollten rechtzeitig bei ihrer KV nachfragen.

Bewertung der Präventionsleistungen, außerhalb des Budgets

Bisher wurden die Präventionsleistungen in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich honoriert. Die verschiedenen Krankenkassen zahlten unterschiedliche Punktwerte.

Jetzt werden Im EURO-EBM 2009 alle Leistungen mit dem bundeseinheitlichen Orientierungspunkt von 3,5001 Cent errechnet. Das führt zu starken Verwerfungen innerhalb der Bundesländer.

Um einen Ausgleich für die Unterbewertung zu schaffen, werden die Punktwerte der Vorsorgen um den Korrekturfaktor 1,2719 angehoben. Hier gibt es Gewinner und Verlierer, wie die nebenstehende Tabelle 2 zeigt (Daten aus Sachsen-Anhalt fehlen). Die Vertragspartner können regional höhere Punktwerte verhandeln, um an das alte Vergütungsniveau anzuknüpfen. Ob die Kassen dazu bereit sind, wird sich zeigen.

In Tabelle 3 ist die neue Bewertung der Kindervorsorgen aufgeführt mit Angaben des (Kern-) Untersuchungszeitraumes und der Toleranzgrenzen. Die **Hüftsonographie nach GOP 01722** soll nach den **Empfehlungen** der Anlage 5 der Kinderrichtlinien in der 4. bis 5. Lebenswoche in zeitlichem Zusammenhang mit der Vorsorge U3 durchgeführt werden.

Bewertung der Kindervorsorgen 2009

Tabelle 3

EBM 2009	Früherkennungsuntersuchungen Kinderheilkunde	Punktwert-Anhebung	Orientierungs-Punktwert
	Kernzeit der Untersuchung + (Toleranzgrenzen)	1,2719	0,035501
01 707	Erweitertes Neugeborenen-Screening	293	10,24 €
01 711	Neugeborenen-Erstuntersuchung U1	356	12,46 €
01 712	Vorsorgeunters. U2 3. - 10. Tag (3. -14. Lebenstag)	871	30,49 €
01 713	Vorsorgeunters. U3 4. - 5. Woche (3. - 8. Lebenswoche)	871	30,49 €
01 714	Vorsorgeunters. U4 3. - 4. Monat (2. - 4 1/2. Lebensmonat)	871	30,49 €
01 715	Vorsorgeunters. U5 6. - 7. Monat (5. - 8. Lebensmonat)	871	30,49 €
01 716	Vorsorgeunters. U6 10. - 12. Monat (9. - 14. Lebensmonat)	871	30,49 €
01 717	Vorsorgeunters. U7 21. - 24. Monat (20. - 27. Lebensmonat)	871	30,49 €
01 723	Vorsorgeunters. U7a 34. - 36. Monat (33. - 38. Lebensmonat)	1005	35,17 €
01 718	Vorsorgeunters. U8 46. - 48. Monat (43. - 50. Lebensmonat)	871	30,49 €
01 719	Vorsorgeunters. U9 60. - 64. Monat (58. - 66. Lebensmonat)	871	30,49 €
01 720	Jugendges.unters. J1 14. Lebensjahr (13. - 15. Lebensjahr)	1005	35,17 €
01 721	Besuch im Rahmen einer Vorsorge U1 oder U2	560	19,59 €
01 722	Hüftsonografie bei U3 4. - 5. Woche (in zeitlichem Zusammenhang mit der U3 empfohlen)	477	16,69 €

Serie:
**Aus der
 Sprechstunde**

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



Gerrit Tigges

Bin ich verpflichtet Patientenunterlagen auf alleiniges Verlangen des Vaters eines Kindes herauszugeben, auch wenn das Kind bislang ausschließlich in Begleitung der Mutter bei mir war und mir der von der Mutter getrennt lebende Vater persönlich nicht bekannt ist?

Es ist das Recht auf informationelle Selbstbestimmung des Kindes als Patient zu beachten. Auf der anderen Seite hat der Arzt seiner ärztlichen Schweigepflicht nachzukommen. Ärztinnen und Ärzte haben über das, was ihnen in ihrer Eigenschaft als Ärztin oder Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist – auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus – zu schweigen. Sie sind zur Offenbarung befugt, soweit sie von der Schweigepflicht entbunden worden sind oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist (§ 9 MBO-Ä).

Die ärztliche Schweigepflicht erstreckt sich grundsätzlich auch auf

Familienangehörige des Patienten. Ein Einsichtsrecht in die Behandlungsunterlagen hat daher stets nur der Patient selbst. Bei Minderjährigen im Alter unter 14 Jahren wird regelmäßig unterstellt, dass diese noch nicht die Einsichts- und Urteilsfähigkeit in bezug auf gesundheitsrelevante Entscheidungen besitzen. Für sie nehmen die Sorgeberechtigten Eltern dieses Recht wahr.

Sind die Eltern gemeinsam für das Kind sorgeberechtigt (§ 1629 Absatz 1 BGB), ist davon auch die gemeinsame Vertretung des Kindes umfasst.

Leben Eltern, denen die gemeinsame elterliche Sorge für das Kind zusteht, wie im geschilderten Fall, dauerhaft getrennt, so ist bei Entscheidungen in Angelegenheiten, deren Regelung für das Kind von erheblicher Bedeutung ist, das gegenseitige Einvernehmen der Eltern erforderlich. Der Elternteil, bei dem sich das Kind mit Einwilligung des anderen Elternteils oder aufgrund einer gerichtlichen Entscheidung gewöhnlich aufhält, hat die Befugnis

zur alleinigen Entscheidung in Angelegenheiten des täglichen Lebens (vgl. § 1687 BGB).

Nachdem es sich bei der Einsichtnahme in Patientenunterlagen nicht um eine Angelegenheit des täglichen Lebens handelt, ist bei gemeinsamem Sorgerecht das Einvernehmen beider Elternteile über die Einsichtnahme zu verlangen. Das Einsichtnahme- bzw. Herausgabeverlangen nur eines Elternteils ist damit grundsätzlich zurückzuweisen.

Zu beachten ist, dass ein Anspruch auf Übersendung bzw. Aushängung der Patientenunterlagen im Original – auch zum Zwecke der Fertigung von Kopien – seitens des Patienten und damit auch der Eltern nicht besteht. Es besteht lediglich ein Anspruch auf Zurverfügungstellung der Behandlungsunterlagen im Original zur Einsichtnahme in der Praxis oder Bereitstellung von gefertigten Kopien gegen Kostenerstattung.

Red: ReH

● Recht aktuell

Heilpraktiker muss auf ärztliche Behandlung hinwirken

Ist ein Patient mit einer schwerwiegenden Erkrankung bei einem Heilpraktiker in Behandlung, so darf der Heilpraktiker den Patienten nicht in dem Glauben lassen, eine ärztliche Behandlung werde durch ihn ersetzt. Ei-

nem Heilpraktiker, der den Besuch eines Arztes nicht empfohlen hat, kann die Heilpraktikererlaubnis entzogen werden.

(VGH 9 S 1782/08)

Red: ReH

Das Orchester der Deutschen Kinderärzte gastierte in Breslau

Mit großem Applaus hatten die Kongressteilnehmer ihre musizierenden Kollegen am 12. September nach ihrem Konzert anlässlich der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin in der Philharmonie im Gasteig von München verabschiedet. Nach dem festlichen Essen blieben im „Trainingslager“ Bernried nur wenige Stunden Schlaf. Dann ging es mit dem Flugzeug auf eine Gastspielreise nach Breslau, dem heutigen Wrocław. Sie wurde für alle Teilnehmer zu einem spannenden Ereignis, das Musikern, Mitreisenden und Konzertbesuchern lange in Erinnerung bleiben dürfte.

Charterflug München – Breslau

Regungslos und stumm sitzen in der Reihe vor mir ungewöhnliche Fluggäste: drei Celli. Ihr Transport beim Gepäck im Bauch der Boing wäre für die empfindlichen Instrumente zu gefährlich. Die acht Kontrabässe und die Kesselpauken dürfen aus Platzgründen gar nicht erst mitreisen. Ersatzinstrumente stellt die Breslauer Oper zur Verfügung.

Kurz nachdem wir Münchener Nieselregen und die zunächst noch geschlossene Wolkendecke unter uns gelassen haben, wird die Sicht frei, lässt einen Blick auf Prag zu, dann auf das Riesengebirge und schließlich auf die Autobahn, die an Breslau vorbei weiter nach Krakau führt. Nach einem Katzensprung von kaum mehr als einer Stunde rollt die Maschine auf die Halle des kleinen, aber schon fleißig angefliegenen Flughafens zu, der den Namen Nikolaus Kopernikus trägt.

Wettrennen mit der Zeit

Zwischen Touchdown und Auftakt bleiben kaum mehr als drei Stunden, von denen eine bereits für die Fahrt vom Flughafen zum Hotel durch die Randgebiete geopfert werden muss. Breslau ist im Bauboom. Baufahrzeuge, aufgerissene Straßen, Ausbau des Straßenbahnnetzes und der Kanalisation zwingen zu Umleitungen und Schnecken tempo. Einchecken, Imbiss, Umziehen, Fußmarsch zur Oper und das Stimmen der Instrumente werden von den Orchestermitgliedern zügig bewältigt. Eine eingespielte Mannschaft von polnischen Bühnentechnikern hilft beim Aufbau, der für sie diesmal eine Besonderheit darstellt. Seit Wiedereröffnung der Oper vor wenigen Jahren hat dort noch nie ein so großes Orchester gastiert. Der Orchestergraben musste dafür abgedeckt und so die Bühne erweitert werden.

Über allem schwebt der gute, ordnende Geist einer charman ten, eleganten jungen Dame. Anna Leniart ist Geschäftsführerin der Opera Wroclawia. Ihr fehlerfreies Deutsch spricht sie ebenso schnell wie ihre Muttersprache.

Lampenfieber? Den Orchestermitgliedern ist davon nichts anzumerken, wohl aber dem 23-jährigen Solisten Adam Czermak, obwohl oder gerade weil er ein Heimspiel hat. Der junge Pole ist in Breslau geboren, hat bereits international Karriere gemacht und leitet als Konzertmeister die Göttinger Symphoniker. In München ist er vom Publikum nach dem Violinkonzert Nr. 2 seines Landsmannes Henryk Wieniawski stürmisch gefeiert worden. Ob er heute seinen Erfolg wiederholen kann? Im Publikum wird mit kritischen Augen und Ohren seine Familie sitzen, und sein

Papa scheint besonders streng zu sein. Schließlich ist auch er Konzertmeister und das beim Breslauer Opernorchester!

Warum ein Gastspiel in Breslau?

Vor zehn Jahren hatten wir mit dem Berufsverband den Schulterschluss mit verbandspolitischen Funktionsträgern der europäischen Nachbarländer vereinbart. Auf der Suche nach polnischen Gesprächspartnern geriet ich an die Deutsch-Polnische Gesellschaft der Universität Breslau, wurde deren Mitglied und fündig. Im Rahmen des Jahrestreffens der Gesellschaft fanden auch zwei Vorstellungen in der Breslauer Oper statt. Dieses Haus wird von Professor Ewa Michnik geleitet, einer dynamischen Dame, der nicht nur der Wiederaufbau eines der schönsten Opernhäuser in Europa zu verdanken ist, sondern auch spektakuläre und weltweit beachtete Inszenierungen. Es gelang, Vorstand und Orchester für ein Gastspiel in diesem Haus zu interessieren. Und auch in Breslau fand der Plan Zustimmung: Professor Heisig als Präsident der Deutsch-Polnischen Gesellschaft vermittelte den Kontakt zur Direktorin der Oper. Er und der Rektor der Universität übernahmen die Schirmherrschaft. Unterstützung fanden wir in persönlichen Gesprächen beim deutschen Generalkonsul und beim Stadtpräsidenten (Oberbürgermeister). Dr. Dutkiewicz spricht deutsch weil er in Freiburg Physik studiert hat. Er ist als bekennender Europäer seit Jahren unumstrittenes Stadtoberrhaupt.



Die Oper in Breslau



Anna Leniart, Prof. Brandis, Konsulin Dr. Bußmann, Direktorin Prof. Michnik
© Foto: Bartek Sadowski

Präludium zum Konzert

In Breslau sollte das Benefiz-Konzert zugunsten krebskranker Kinder stattfinden. Dazu bedurfte es eines breiten Publikums und potentieller Sponsoren. Den 80 Teilnehmern einer Pressekonferenz – darunter hochkarätige Prominenz aus Kunst und Politik – wurde über das Orchester berichtet. Generalkonsul Dr. Schöpfer versäumte nicht, neben der humanitären Bedeutung auch auf die politische hinzuweisen.

Unsere Sorge, es könnten sich organisatorische Pannen einschleichen, waren völlig unbegründet. Wir hatten das polnische Organisationstalent unterschätzt. Anna Leniart übersetzte nicht nur flüssig simultan ins Polnische. Sie hatte auch für jeden unserer Wünsche eine stereotype Antwort parat: „Kein Problem.“ Und so war denn auch das Konzert im Schaukasten der Oper rechtzeitig zwischen Verdis „Rigoletto“ und „Halka“ (S. Moniuszko) angekündigt, waren Plakate und Programmhefte gedruckt, Kesselpauken, Kontrabässe und ein zusätzlicher Hornist bestellt.

Der Konferenz folgte ein bemerkenswertes Medienecho.

Bewegende Grußworte

Bis 16 Uhr hat sich die Breslauer Oper mit einem festlichen, erwartungsvollen Publikum bis in die oberen Ränge gut gefüllt. Die Intendantin begrüßt Orchester und Publikum und freut sich, ihr Haus für dieses Konzert und den guten Zweck zur Verfügung zu stellen.

Konsulin Dr. Annette Bußmann: „Ein Benefizkonzert von **deutschen Kinderärzten für krebskranke Kinder** hier in Polen.“



Dr. Christian Weymann,
Solist Adam Czernak

© Foto:
Bartek Sadowski

Diese Symbolik zeigt, dass es gemeinsame grenzüberschreitende Initiativen der Menschlichkeit und Solidarität geben kann, die dieses Leiden von Kindern mindern und vielleicht ein bisschen erträglicher machen können.“

„Die Besonderheit dieses Orchesters, dessen Schwerpunkt in der Pädiatrie liegt, ist einmalig in der Welt“, so Professor Brandis. „Es ist uns allen eine besondere Freude, heute in dieser wunderschönen Oper zu spielen.“

Von Müdigkeit keine Spur

Als Professor Manfred Fabricius den Taktstock für Schuberts Ouvertüre im italienischen Stil hebt, ist dem Orchester der Schlafentzug der letzten Tage nicht anzumerken. Auch Adam Czernak spielt das Violinkonzert Nr. 2 seines Landsmannes Henryk Wieniawski mit der selben Virtuosität und Leidenschaft wie am Vorabend in München. Er braucht die Kritik seines Vaters nicht zu fürchten. Stürmisch feiert ihn das Publikum und wird mit zwei Zugaben belohnt. Nach der Pause folgt die Symphonie Nr. 2 von Johannes Brahms, der von den Breslauern als ihr Ehrendoktor besonders verehrt wird. Und nach der Zugabe (Ungarischer Tanz Nr. 5 von Brahms) erfährt das Orchester einen besonderen Dank: „Stehende Ovationen sind sonst in diesem Haus nicht üblich“, freut sich Anna Leniart.



Beschwingte Zugabe: Ungarischer Tanz Nr. 5 von Brahms
© Foto: Bartek Sadowski

Und auch das erfährt nicht jedes Orchester: Es wird von Intendantin und Generalkonsul zu einem „Imbiss“ in das Foyer eingeladen, der an großzügiger Bewirtung kaum zu übertreffen ist. Endlich Zeit zum Entspannen und Durchatmen!

Aber nicht für alle: Die Intendantin hat zu einem weiteren musikalischen Ereignis eingeladen. In der gewaltigen gotischen Maria-Magdalena-Kirche wird Benjamin Britten's „War Requiem“ aufgeführt. Weltbekannte Chöre und Orchester hinterlassen mit diesem beeindruckenden Werk Erinnerungen an die Zerstörungen des Zweiten Weltkriegs. Britten hat es 1962 für die wieder aufgebaute Kathedrale von Coventry geschrieben.

Auch Breslau lag in Trümmern

Breslau wurde im Januar 1945 zur Festung erklärt und war „bis zum letzten Mann“ zu verteidigen. Alle Frauen mit Kindern wurden vom 22. Januar an evakuiert. Alle anderen wurden verpflichtet, die Verteidigung zu übernehmen: Frauen ohne Familie, alte Männer, Halbwüchsige. Gauleiter Hanke führte ein tyrannisches Regime; wer sich widersetzte, riskierte die Erschießung. Auf sei-

nen und des Stadtkommandanten Befehl wurden ganze Straßenzüge zerstört, um den vorrückenden russischen Truppen Widerstand leisten zu können. Auf den Trümmern ließ Hanke unter dem Beschuss sowjetischer Bomber ein Rollfeld planieren, das er schließlich selber zur Flucht mit einem „Fieseler Storch“ benutzte. Die verbliebene Bevölkerung erlebte ein monatelanges Inferno mit hohen Verlusten. Am Ende der Belagerung am 6. Mai 1945 war Breslau zu 80 Prozent zerstört und das Leid der Menschen noch nicht beendet. Alle Deutschen mussten Breslau verlassen. In ihre Stadt wurden Polen aus dem ukrainischen Lemberg zwangsweise umgesiedelt. Auch sie waren also Vertriebene. Breslau galt nun als „repatriert“ und heißt seither Wrocław, wohl abgeleitet von Wratislawia, wie die Stadt vor etwa 1000 Jahren hieß.

Begegnung mit einer auferstandenen Stadt

Der Benefit des Konzerts kommt dem Förderverein für krebskranke Kinder zugute. Dieser Verein hat für uns den nächsten Tag gestaltet. Es ist wohlthuend sich nach den Anstrengungen der letzten Tage verwöhnen zu lassen. Drei Busse bringen Orchestermitglieder und Mitreisende zum „Panorama Raclawicka“, einem riesigen und eindrucksvollen Rundbild, das eine historische Schlacht der Polen gegen die Russen darstellt, die mit dem Sieg der Polen endete. Danach folgt eine ausgiebige Stadtrundfahrt und eine Führung durch den historischen Stadtkern, bei der man sich von der gewaltigen Leistung des Wiederaufbaus überzeugen kann. Die Polen sind bekanntlich Meister der Restauration, und ihrer hohen Kunst ist zu verdanken, dass von den Verwüstungen nichts mehr zu ahnen ist. Seit fast eintausend Jahren ist das weltbekannte Rathaus Zentrum des Rings, der von den prachtvollen Fassaden alter Bürgerhäuser umgeben ist. Auf diesem Platz herrscht das heitere Leben der über 100 000 Studenten und der Touristen aus aller Welt. Über 300 Jahre alt ist die im alten Glanz wieder auferstandene Universität. Die Stadt zeugt von einer tausendjährigen Geschichte, in der sie als Mitglied der Hanse internationaler Handelsplatz, Zentrum europäischer Kultur und der Wissenschaft war. Mit Stolz bekennen sich die jetzigen Bewohner von Wrocław zu ihrer jahrhundertelangen polnischen, böhmischen, habsburgischen und deutschen Geschichte.



Das Breslauer Rathaus



Entspannte Gäste auf Schloss Wojnowice

Überschwängliche Gastgeber

Am späteren Nachmittag fahren wir mit Bussen aus der Stadt auf das Land zum Wasserschloss Wojnowice. In den behaglichen Räumen warten üppige Köstlichkeiten der polnischen Küche, reichlich Bier und der unverzichtbare Wodka auf dankbare Gäste. Das alles wird spendiert vom Förderverein, dessen Vorsitzender Włodzimierz Olbromski sich für den Erlös des Konzerts von umgerechnet 13 000 Euro bedankt. „Und das“, so verspricht er, „wird noch nicht alles sein; denn die große Aufmerksamkeit in den Medien bereits vor dem Konzert wird unserem Verein nachhaltige Hilfe bringen.“ Die Leiterin der pädiatrisch-onkologischen Abteilung, Professor Alexandra Chybicka, ergänzt: „Mit diesem Geld können wir nicht nur einem krebskranken Kind helfen.“ Dann drückte sie jedem der Gäste dankbar die Hand.

Man kommt nur schwer zur Ruhe. In Gruppen wird spät abends die Gastronomie der Stadt erschlossen, und wie auf Verabredung füllt im weltbekannten Schweidnitzer Keller unter dem Rathaus ein glückliches, ausgelassenes Pädiatervolk das Gewölbe.

Gut gelaufen

Nichts hat den Ablauf dieser Konzertreise getrübt, darüber ist man sich vor dem Heimflug am nächsten Morgen einig. Allen hat sie Freude bereitet. Für viele war es die erste Begegnung mit dieser wunderbaren Stadt und ihren liebenswerten Menschen. Dabei wissen sie noch nichts von dem Medienecho der nächsten Tage, das dieses Orchester wie eine klingende Visitenkarte der deutschen Pädiatrie feiert.

Und mancher wird gern wiederkommen.

Do widzenia, Wrocław!

Zur Finanzierung dieser Orchesterreise trugen die Orchestermitglieder, die DGKJ und unser Freundeskreis des Orchesters durch Spenden bei. Wir freuen uns über neue Mitglieder. Jahresbeitrag 25 €. Anmeldung bei Herrn Hans-Ulrich Laar, Joh.-Seb.-Bach-Str. 3, 82049 Pullach

Buchtipps

Sucht im Jugendalter

Christoph Möller

Herausgeber: Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, ISBN 978-3-525-49119-5, 217 S., 19,90 €

Christoph Möller, der ärztliche Leiter der Einrichtung Teen Spirit Island in Hannover legt im Vandenhoeck & Ruprecht Verlag die Ergänzung seines 2006 erschienenen Buches „Drogenmissbrauch im Jugendalter“ vor. Dieser zweite Band, der zusammen mit dem Interviewband „Jugend sucht“, im gleichen Verlag erschienen, eine Trilogie bildet, ergänzt den Themenreichtum des ersten Buches. Auch wenn man vielleicht Tagungssammelbänden und Mehrautorenbüchern kritisch gegenüber steht, so ist doch Michael Schulte Markwort zuzustimmen, der im Vorwort die Bandbreite der von der Neurobiologie bis zur Kulturanalyse gehenden Herangehensweise herausstellt. Die Komplexität und Vielfältigkeit dieses Themengebietes wird durch sehr pointierte Einzelbeiträge, die keinen enzyklopädischen oder Lehrbuchcharakter erheben, gut angegangen. Die jeweiligen Einzelthemen werden durch namhafte Autoren wie Leon Wurmser, Marcus Backmund, Wolfgang Poser und Christian Pfeiffer, um nur einige zu nennen, anspruchsvoll und doch gut lesbar dargestellt.

Als Nachschlagewerk ist dieses Buch weniger geeignet, vielmehr entsteht beim Leser ein stets neuer Blick auf die Thematik, und die jeweiligen Literaturverzeichnisse regen zum Weiterlesen an. Wenn in der öffentlichen Diskussion oft zwischen einer sehr gewährenden Haltung und in der klinischen Diskussion einer zu stark defektorientierten Haltung

schwer eine Verbindung herzustellen ist, so versammelt Christoph Möller in seinem Buch Autoren, die einem ressourcenorientierten und salutogenetischen Ansatz – bei aller notwendigen systematischen Differenzialdiagnostik – den Vorzug geben.

Die relativ kurzen Entzugszeiten, das teilweise sehr gute Ansprechen auf Psycho- und Pharmakotherapie und das enorme gestalterische Potential von Kindern und Jugendlichen, auch mit schweren Suchterkrankungen wird hier deutlich. Wer dies noch persönlicher lesen will, sei auf den Interviewband „Jugend sucht“, Vandenhoeck & Ruprecht 2007 verwiesen. Insgesamt ist dies ein sehr gelungenes Buch für den Kliniker und Praktiker aber auch den sozial und gesellschaftlich Interessierten. Es dürfte zur Standardausstattung jeder guten Fachbibliothek gehören.

Dr. Oliver Bilke, Berlin

JUGEND SUCHT

Christoph Möller

Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, 2. erweiterte Aufl., ISBN 978-3-525-49123-2, 108 S., 12,90 €

Mit dem Buch „Jugend sucht“ ist Christoph Möller, der auch zwei der lesbarsten und praktischsten Bücher zur Suchthematik bei Kindern und Jugendlichen herausgegeben hat, ein besonderer Wurf gelungen. Alle im klinischen oder beraterischen Bereich Tätigen wissen, dass gerade suchtkranke Jugendliche zwar zunächst für mancherlei Projekte begeisterungsfähig sind, bei Konkretion dann allerdings zurückschrecken. So wird Chris-

toph Möller sicher viele Jugendliche angefragt haben, bis er dann eine repräsentative Auswahl von Fallgeschichten in Interviewform zusammenstellen konnte.

Kennzeichnend für diese Fallgeschichten ist nicht das Sprechen über den Patienten, das Objektivieren auf vielerlei Mehrebenen-diagnostik sondern der direkte persönliche Austausch, der Dialog mit jugendlichen Patienten. Das diese sich dabei teilweise einer sehr einfachen und drastischen Sprache befleißigen, Dinge direkt auf den Punkt bringen, aber ebenso versuchen, um den heißen „Brei“ herumzureden, ermöglicht es Christoph Möller, durch seinen behutsamen aber doch konsequenten Interviewstil hier neue Themengebiete für den Einzelnen und für Therapie und Beratung zu entdecken.

Man kann sich gut vorstellen, wie diese Gespräche geführt wurden und welche Untertöne und nonverbale Nichtaussprechbarkeiten es noch gegeben haben wird.

Für Jugendliche und Eltern aber ebenso für Fachleute ist dieser schmale Band eine Fundgrube von einzelnen Impressionen und regt sicherlich zum Weiterlesen an. Vielmehr noch aber regt er an, sich mit dieser zunehmenden und nicht mehr zu ignorierenden Patientengruppe und -thematik auseinander zu setzen, die wie kaum eine Andere eine konsequente Mehrebenenbetrachtung nicht nur in der Diagnostik sondern auch in Therapie und Langzeitbetreuung erfordert.

Im Wettstreit zwischen „Kasuistik und Kohorte“ sind diese dialogisch-kasuistischen Beiträge sehr erhellend. Das Buch ist gleichermaßen für Kliniker, Beratungsstellen wie für Eltern und Jugendliche selbst zur Lektüre geeignet und empfohlen.

Dr. Oliver Bilke, Berlin



Ehrungen im Rahmen des 36. Herbst-Seminar-Kongresses in Bad Orb



Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. verlieh im Rahmen seiner Eröffnungsfeier in Bad Orb die **Ehrenmitgliedschaft an Herrn Professor Dr. med. Hans-Jürgen Nentwich, Zwickau**, in Anerkennung seiner großen Verdienste für den BVKJ.

Schon kurz nach der Wende 1990 begann Prof. Nentwich sein Engagement im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, dem er zunächst als Vorsitzender des Landesverbandes Sachsen diente. Schon ein Jahr später wählten ihn die Delegierten des Verbandes zum Vizepräsidenten, ein Amt, das er bis zum Jahre 2007 ausübte und dabei mit drei Präsidenten hervorragend zusammenarbeitete. Es gelang ihm in dieser Funktion zum einen, die besondere Interessenlage der ostdeutschen Kinder- und Jugendärzte in die Arbeit des BVKJ einzubringen, zum anderen sorgte er dafür, dass die Probleme der stationären Kinder- und Jugendmedizin ein integraler Bestandteil der Verbandspolitik wurden.

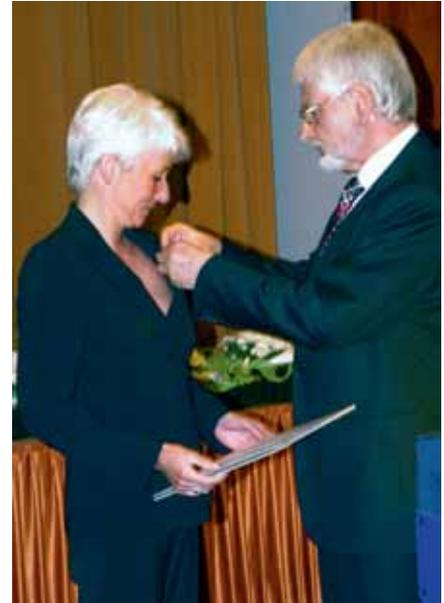
Hans-Jürgen Nentwich genießt sowohl bei der ärztlichen Selbstverwaltung als auch bei politischen Entscheidungsträgern großes Ansehen als Experte für eine sinnvolle und patientengerechte Gestaltung der stationären Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Dass dies auch von den pädiatrischen Schwes-tergesellschaften so gesehen wird, zeigt

seine Berufung zum Generalsekretär der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin im Mai dieses Jahres.

Die **Ehrennadel in Silber** wurde an **Frau Dr. Karin Böhmer, Jena**, in Würdigung ihrer berufspolitischen Verdienste als langjährige Vorsitzende des Landesverbandes Thüringen verliehen. Neben ihrer beruflichen Verpflichtung engagierte sich Frau Böhmer in zahlreichen ehrenamtlichen Funktionen im BVKJ und in der ärztlichen Selbstverwaltung. So gehörte sie zu den Gründungsmitgliedern der Landesärztekammer Thüringen, deren erstem Vorstand sie als Beisitzerin angehörte. Von 1994 bis 2004 vertrat sie ihre Ärztekammer in der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen bei der Bundesärztekammer. Von 1997 bis 2004 war Frau Böhmer Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen und übernahm im Jahre 2000 den Vorsitz dieses Gremiums.

Die Mitglieder des Landesverbandes Thüringen des BVKJ wählten Frau Böhmer 1993 zur stellvertretenden Vorsitzenden, ein Amt das sie bis 2006 wahrnahm.

Außerdem arbeitete sie viele Jahre als Honorarbeauftragte des Landesverbandes und setzte sich in diesem Amt unermüdlich und erfolgreich für die Interessen ihrer niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen ein.



Eine weitere **Ehrennadel in Silber** wurde **Frau Dr. Sylvia Schuster, Düsseldorf**, verliehen. Dies in Anerkennung ihres großen Einsatzes im Rahmen der ärztlichen Selbstverwaltung und für den BVKJ Landesverband Nordrhein, dem sie als Obfrau und langjährige Delegierte angehört. Herausragende Verdienste erwarb sie sich aber vor allem in ihrem Amt als Pressesprecherin des Landesverbandes. Sie gehörte zu den ersten Verbandsmitgliedern, die erkannten, dass der Erhalt einer flächendeckenden Pädiatrie nicht alleine mit guter ärztlicher Arbeit zu sichern ist, sondern es auch unbedingt erforderlich ist, die durchaus beeindruckenden Ergebnisse dieser Arbeit publikumswirksam zu präsentieren.

Es gelang ihr nicht nur, eine hocheffiziente Öffentlichkeitsarbeit aufzubauen, sondern mit vielen Pressemitteilungen, Beiträgen in Publikumszeitschriften und Kolumnen auch auf Bundesebene Interesse für die Belange der Kinder- und Jugendmedizin zu wecken.

Die **Ehrenurkunde des Berufsverbandes** wurde an **Frau Evamaria Baum, München**, verliehen. Frau Baum leitete zuletzt den wissenschaftlichen Dienst des Außendienstes und des Kongress- und Verwaltungsbereiches der Firma Nestlé. Als Verantwortliche des gesamten Kongress- und Veranstaltungsbereiches der Nestlé



Nutrition pflegte sie langjährige und intensive Kontakte mit medizinischen Fachgruppen, den medizinischen Fachangestellten, Hebammen und Kinderkrankenschwestern.

Frau Baums Wirken in den letzten 20 Jahren war geprägt von einer intensiven und fruchtbaren Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte. Ihr ist es zu verdanken, dass mit Unterstützung ihres Hauses eine Vielzahl von Projekten im Interesse der Mitglieder des BVKJ und der ihnen anvertrauten Patienten verwirklicht werden konnten. Funktionsträger und Mitarbeiter konnten sich darauf verlassen, bei Frau Baum immer ein offenes Ohr für ihre Anliegen zu finden. Sie hat maßgeblichen Anteil daran, dass sich die Kooperation zwischen dem Hause Nestlé und dem Berufsverband durch ein ganz besonders enges und vertrauensvolles Verhältnis auszeichnet.

Der Förderpreis „Pädiater für Kinder in Krisenregionen“ wurde in diesem Jahr an Dr. Hartmut Kasischke verliehen.

Den im ostpreußischen Kulm an der Weichsel geborenen Hartmut Kasischke zog es schon während seiner Studienzeit in Münster und Essen in ferne Länder. Reisen und Studium miteinander zu vereinbaren, strebte er an. Sein Freund und Studienkollege Ricardo Losno aus dem peruanischen Lima gab den Anstoß zu Hartmut Kasischkes erster Reise nach Südamerika, der viele weitere Reisen auch in andere Regionen der Erde folgen sollten. In Lima absolvierte Kasischke seine Famulatur und unter-

nahm zusammen mit seinem Freund Arbeitseinsätze bis in die letzten Winkel Perus. In dem südamerikanischen Land berührte ihn vor allem die Not der Kinder in den Slums und den ärmeren Regionen.

Während seiner Studienzeit führte ihn auch eine durch Nachtwachen finanzierte Reise in den Süden Indiens, wo er in einem Hospital für Leprakranke und später in einem Flüchtlingslager in Kalkutta arbeitete. Hier wurde er zum ersten Mal mit der Choleraeuche konfrontiert, der besonders die Kinder zum Opfer fielen. Vier Monate war er aktiv an der Choleraekämpfung beteiligt. Zusammen mit den Kenntnissen über Tropenkrankheiten, die er später in Lima erwarb und die er am Tropeninstitut in Hamburg vertiefte, befähigten ihn seine frühen Erfahrungen mit der Choleraekämpfung zur Beratung südamerikanischer Regierungen 1991 nach dem Ausbruch einer großen Choleraepidemie.

Nach seinem Staatsexamen 1973 zog es Dr. Kasischke abermals nach Südamerika, wo er tief im peruanischen Andenhochland lebte und die indianische Quechua-Sprache erlernte, deren Beherrschung ihm das Vertrauen der Ureinwohner sicherte und ihm später im Umgang mit den Indianern sehr zur Hilfe kam. Im Übrigen widmete er sich seinen ethnologischen Studien, die in einem Buch über den Cocagebrauch der Andenindianer gipfelten.

Dr. Kasischke hat seine kinderärztliche Ausbildung an der MH Hannover und an der DRK-Kinderklinik in Siegen von 1974 bis 1976 erhalten. Danach arbeitete er ein Jahr als Flussarzt im peruanischen Urwald und übernahm für mehrere Jahre die Ver-

sorgung der Ashaninka-Indianer, erlernte ihre Sprache, ging mit ihnen auf die Jagd und rettete Kinder mit schwerster Anämie nach Malariaerkrankung. Sicher hätte er Deutschland ganz vergessen, wäre da nicht ein Telegramm des Ärztlichen Direktors Dr. Körver von der Kinderklinik in Siegen mit sechswöchiger Verspätung angekommen, in dem er gebeten wurde, doch möglichst schnell seine Assistenzarztstelle dort anzutreten. Dr. Körver hatte seinen jungen Kollegen während einer Praxisvertretung kennengelernt und war begeistert von seiner Fähigkeit, pädiatrische Diagnosen klinisch festzustellen.

So trat Kasischke 1979 seinen Dienst an der Siegener Kinderklinik an, wurde Facharzt für Kinderheilkunde und Oberarzt. Es gibt sicher einige Kollegen unter Ihnen, die Herrn Dr. Kasischke noch aus dieser Zeit kennen. Nach Siegen war Dr. Kasischke übrigens nicht allein gekommen. Sein 16-jähriger peruanischer Pflegesohn Ernesto begleitete ihn, den Dr. Kasischke in Deutschland zum Kfz-Mechaniker ausbilden ließ, was diesem nach seiner Rückkehr eine erfolgreiche berufliche Zukunft in Peru sicherte.

Ab Mitte der 80er Jahre führten Einsätze für die Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit in zahlreiche Länder Süd- und Mittelamerikas mit Schwerpunkt in Cochabamba/Bolivien. Hier baute Dr. Kasischke zehn Jahre lang ein sehr erfolgreiches Projekt in der Anden-Region für die primäre Gesundheitsversorgung auf, das später im ganzen Land übernommen wurde. Zwischen 1990 und 1994 war er verantwortlich für ein Nothilfeprogramm während der anhaltenden



Dürrekatastrophen. Zusammen mit dem Kinderhilfswerk UNICEF veranlasste er Brunnenbau und kleine Bewässerungssysteme, zur Verhinderung von Durchfallerkrankungen und zur Ernährungssicherung.

Im vom Bürgerkrieg gezeichneten El Salvador leitete Dr. Kasischke zuletzt über fünf Jahre ein mutiges Projekt für sexuelle Gesundheit und Aufklärung von Jugendlichen in Armenvierteln. Eine vom Projekt erarbeitete und gut gelungene Aufklärungsbroschüre war konservativen Regierungskreisen und dem katholischen Erzbischof zu freizügig. Der deutsche Botschafter musste vermitteln und nach geringfügigen Änderungen konnte mit der Broschüre weitergearbeitet werden. Jugendliche selbst führten Straßentheater auf, die die sexuelle Aufklärung und die AIDS-Prävention zum Thema hatten. Auch dadurch wurde das Projekt unter der Leitung von

Hartmut Kasischke über die Grenzen El Salvadors berühmt.

Mit vielen anderen Kollegen und Partnern hat er zuletzt gegen das Einstellen der staatlichen Entwicklungshilfe im Gesundheitswesen in Lateinamerika gekämpft, leider ohne Erfolg. Die sozialen Komponenten (Gesundheit und Erziehung) in der deutschen Entwicklungszusammenarbeit mit Südamerika sind mittlerweile anderen Schwerpunkten geopfert worden.

Hartmut Kasischke hat den ganz überwiegenden Teil seines beruflichen Lebens in den Dienst der Kinder und Jugendlichen in den Ländern Lateinamerikas gestellt. Er war und ist immer mit großem fachlichem Sachverstand und mit dem Herzen dabei. Seit 2005 lebt er im Ruhestand im bolivianischen Santa Cruz und unterstützt seine Frau, die als Kinderärztin weiterhin in der Bekämpfung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche in Mittelamerika arbeitet.



Dr. Hartmut Kasischke hat nie großes Aufsehen verursacht oder öffentliche Anerkennung verlangt. Gerade deshalb war es an der Zeit, ihm wegen seiner großen und anhaltenden Verdienste den Förderpreis „Pädiater für Kinder in Krisenregionen“ zu verleihen, und die Festversammlung bedachte ihn stehend mit anhaltendem Applaus.

Red.: ge

Tagungen

28.–31. März 2009

Amsterdam

**Pediatric Nephrology Spring Meeting
der Gesellschaft für Pädiatrische Nephro-
logie und Sectie Kindernefrologie**

Info: www.pnspringmeeting.nl

1.–4. April 2009

Hamburg

24. Jahrestagung der GPGE

Info: www.gpge2009.eu

2.–4. April 2009

Bremen

**17. Jahrestagung der Deutschen Gesell-
schaft für Pädiatrische Infektiologie in Zu-
sammenarbeit mit der Gesellschaft für Kin-
der- und Jugendrheumatologie**

Info: www.dgpi2009.de

23.–25. April 2009

Lübeck-Travemünde

NOSTRA – 7. Notfallsymposium der AGNN

Info: www.agnn.com

15. Mai 2009

Wolfsburg

**58. Jahrestagung der Norddeutschen
Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin**

Info: www.ndgkj-wolfsburg-2009.de

15.–17. Mai 2009

Karlsruhe

**58. Jahrestagung der Süddeutschen Gesell-
schaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.
(SGKJ)**

Info: Digel.F@t-online.de

17.–20. Juni 2009

Lübeck

**EUNOS – 9th Meeting of the European
Neuro-Ophthalmology Society**

Info: www.eunos2009.org

3.–6. September 2009

Mannheim

**105. Jahrestagung der Deutschen Gesell-
schaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.**

Info: www.dgkj2009.de

Exklusiv nur für Mitglieder des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte e.V.:

**Neues bvkj-Gesundheits-Checkheft
inkl. U 7a, U 10, U 11, J2**

Als Ergänzung für das veraltete gelbe Vorsorgeheft hat der BVKJ ein zusätzliches **Gesundheits-Checkheft** für Kinder und Jugendliche entwickelt, das die vier neuen Vorsorgeuntersuchungen enthält: im Alter von 3 Jahren (U 7a), 7-8 Jahren (U 10), 9-10 Jahren (U 11) und 16-17 Jahren (J 2).

Das Gesundheits-Checkheft beinhaltet Tabellen, Fragebögen, Blutdruck-Richtwerte für Kinder, Größen- und Gewichtsperzentilen von Jungen und Mädchen, Körpermassenindex für Jungen und Mädchen.

Da diese neuen Untersuchungen noch nicht von allen gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden, müssen einige Eltern sie zunächst selbst bezahlen und mit ihrer Krankenkasse dann darüber verhandeln, ob sie ihnen die Kosten für diese Untersuchung erstattet. Ein großer Teil der Kassen ist unter Wettbewerbsgesichtspunkten dazu bereit.

Die bisherigen Vorsorgeuntersuchungen werden im alten, redaktionell überarbeiteten gelben Heft und die zusätzlichen im Gesundheits-Checkheft für Kinder und Jugendliche dokumentiert.

Ein Manual zum Umgang mit dem Gesundheits-Checkheft sowie die Elternbroschüre runden das Vorsorgeangebot ab.

Zu beziehen bei:

Verlag Schmidt-Römhild, Mengstr. 16, 23552 Lübeck, Tel. 04 51 / 70 31 267,

Fax 04 51 / 70 31-281 oder im Online-Shop der Verlagsgruppe: www.schmidt-roemhild.de.

bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

**Gesundheits-Checkheft
für Kinder und Jugendliche -**

36 Seiten, DIN A5

15 Hefte € 15,00

30 Hefte € 30,00

60 Hefte € 60,00

inkl. MwSt. zzgl. Versand

**Manual zum Umgang mit dem
Gesundheits-Checkheft des BVKJ**

98 Seiten, DIN A5

Einzelheft € 2,50

inkl. MwSt. zzgl. Versand

**Begleitende Informationen für Eltern
Einheiten zu 50 oder 100 St.**

4 Seiten, Faltblatt DIN A5

kostenlos



Die Jungfrau züchtigt das Jesuskind vor drei Zeugen

1926, Öl auf Leinwand, 196 x 130 cm, Köln, Museum Ludwig

Ein Skandal: Da sitzt eine Frau und verhaut ihr Kind. Schrecklich sieht es aus, wie sie mit konzentriertem Blick die Hand zum Schlag erhebt. Darf man ein Kind so schlagen? 1926, als das Bild entstand, durfte man noch. Mütter schlugen zu, wenn die Kinder nicht „parierten“, wenn sie scheinbar grundlos brüllten und ihren Eltern auf die Nerven gingen.

Dennoch löste das Bild einen Skandal aus. Denn hier ist es ausgerechnet Maria, die sanftmütige Mutter Gottes, die die Hand erhebt. Und sie schlägt Jesus, Gottes Sohn. Man sieht die Abdrücke der mütterlichen Hand auf dem Po. Die Mutter drückt den rechten Arm des Jesuskindes gegen ihren Körper, das linke Ärmchen hebt sich abwehrend. Der Heiligenschein des Jesuskindes ist schon auf den Boden gefallen. Und in diesem Heiligenschein hat Max Ernst, der Maler, seine Signatur hinterlassen.

Als Max Ernst das Bild zum ersten Mal in Paris zeigte, löste es einen Schock aus. Die damals noch überwiegend gut katholischen Franzosen verstanden die doppelte Blasphemie, die der heruntergerollte Heiligenschein mit der Signatur des Künstlers darstellte. Da beleidigte einer die Religion, die Kirche, und als wäre dies nicht genug, machte sich der Gotteslästerer auch noch über die eigene Scheinheiligkeit als Künstler lustig.

Vielleicht war es gerade die Ironie, die sich in dem Bild ausdrückt, die die braven Franzosen empörte. Kirchenkritik waren sie von Intellektuellen, Künstlern und Schriftstellern bereits gewöhnt. Nach den Schrecken des Ersten Weltkriegs machte insbesondere die Künstlergruppe der Dadaisten die Säulen der alten Gesellschaftsordnung – Monarchie und Kirche – für das Grauen des Desasters verantwortlich und schrieb und malte gegen den Klerus an. Aber hier nahm einer so gut wie

alles aufs Korn und war ideologisch nicht mehr einzuordnen. Man wusste, dass der junge Maler aus Brühl bei Köln kam, ein Wunderkind, ein Autodidakt, der als Soldat die Grauen der Schlachten in Frankreich und Polen erlebt hatte, nun in Paris lebte und sich zu den Dadaisten zählte. Dem nichts heilig war – weder die Kirche, noch die Familie, nicht einmal die Kunstgeschichte – und der die malerischen Mittel hatte, dies auszudrücken.

Man erkennt es in jenem Bild, das formal der „pittura metafisica“ Giorgio de Chiricos ähnelt und dabei die traditionelle christliche Ikonografie, wie sie in Deutschland die Romantiker verherrlichten, ironisch zitiert. Statt die Gottesmutter dem Gläubigen in einem Fenster als anbetungswürdiges Sinnbild liebevoller Mutterliebe zu zeigen, wie es seit dem Mittelalter üblich war, zeigt Max Ernst die Gottesmutter, wie sie erzieherische Maßnahmen ergreift.

Seinen Künstlerkollegen hat das Bild mit Sicherheit gefallen, denn es greift nicht nur die Kirche als Säule der Gesellschaft an, es präsentiert zugleich die neuen Päpste des Surrealismus: den großen Dichter Paul Eluard und den ebenso großen Maler André Breton und den Künstler selber. Sie sind im Hintergrund in einem Fenster zu sehen, gleichgültig gegenüber der Szene im Vordergrund und ganz mit sich selbst beschäftigt.

Die Kirche nahm Max Ernst diesen malerischen Scherz übel. Der Künstler selber erzählte später immer wieder genüsslich, wie er bei einer Katholikenversammlung im Kölner Gürzenich unter heftigen Pfui-Rufen der Gemeinde vom Vertreter des Erzbischofs exkommuniziert wurde.

Heute ist das Bild der Jungfrau, die das Jesuskind züchtigt, ein beliebter Aufhänger für theologische



© VG Bild-Kunst, Bonn 2008 / akg-images

und weltliche Ansprachen und Abhandlungen. Pastorinnen zitieren es, wenn sie darüber reden wollen, dass Maria vielleicht nicht nur 24 Stunden am Tag heilig war, sondern eine ganz normale Sterbliche, der manchmal die Hand ausrutschte. Feministinnen loben Max Ernst dafür, dass er endlich mit dem veralteten Idealbild der Mutter in der Kunst brach und uns zeigt, wie Männer sich stets aus der Verantwortung fürs Kind und seine Erziehung stehlen, Psychologen und Therapeutinnen zitieren das Bild, wenn sie über mütterliche Gewalt gegen Jungen sprechen.

Im Museum Ludwig in Köln, nicht weit vom Dom, hängt das Bild. Als eine Kölner Boulevard-Zeitung 2006 Prominente aufrief, „ihren Lieblings-Ludwig“ zu nennen, wurde kein Werk so oft genannt wie „Die Jungfrau züchtigt das Jesuskind vor drei Zeugen“.

ReH

Fortbildungstermine des BVKJ

Januar 2009

28.–30. Januar 2009

Seminar für Klinikärzte

des BVKJ e.V. in Altötting

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

Februar 2009

14.–15. Februar 2009

7. Pädiatrie alla Kart des LV Westfalen-Lippe

des bvkJ e.V., in Dortmund

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

März 2009

6.–8. März 2009

15. Kongress für Jugendmedizin

des bvkJ e.V., Weimar

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

20.–22. März 2009

Pädiatrie zum Anfassen

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

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

April 2009

18. April 2009

Pädiatref 2009 und 1. Kongress PRAXIS-fieber-regio für medizinische Fachangestellte in Kinder- und Jugendarztpraxen

des bvkJ e.V., LV Nordrhein, Köln

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

23.–26. April 2009

6. Assistentenkongress

des bvkJ e.V., Nürnberg

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

Mai 2009

15.–17. Mai 2009

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

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

16.–17. Mai 2009

Pädiatrie zum Anfassen

des bvkJ e.V., LV Thüringen, Erfurt

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

Juni 2009

13.–14. Juni 2009

Pädiatrie zum Anfassen

des bvkJ e.V., LV Baden, Freiburg

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

19.–21. Juni 2009

Kinder- und Jugendärztetag 2009

39. Jahrestagung des bvkJ e.V., Berlin

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

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

20.–21. Juni 2009

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

in Berlin

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

27. Juni 2009

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

in Worms

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

August 2009

28. August 2009

Jahrestagung des LV Sachsen

in Dresden

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

September 2009

26.–27. September 2009

12. Seminartagung des LV Hessen

des bvkJ e.V., Bad Nauheim

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

Oktober 2009

11.–16. Oktober 2009

37. Herbst-Seminar-Kongress

des bvkJ 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 (bvkJ.kongress@uminfo.de) ②

November 2009

13.–15. November 2009

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

des bvkJ e.V., in Berlin

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

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

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

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

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

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

Wir gratulieren zum Geburtstag im Januar 2009

65. Geburtstag

Frau Dr. med. Heike *Schröder*, Essen, am 06.01.
 Frau Dr. med. Heidrun *Strobel*, Lobenstein, am 06.01.
 Frau Dr. med. Cordula *Keienburg*, München, am 07.01.
 Frau Dr. med. Ursula *Rösler*, Jena, am 07.01.
 Herrn Dr. med. Volker *Kuhberg*, Mühlhausen, am 12.01.
 Frau Dr. med. Bärbel *Hueske*, Idar-Oberstein, am 13.01.
 Herrn Dr. med. Ulf-Jürgen *Beckmann*, Stuttgart, am 15.01.
 Herrn Dr. med. Roland *Engst*, Dresden, am 15.01.
 Frau Dr. med. Bettina *Schneider*, Bad Buchau, am 15.01.
 Frau Dr. med. Elke *Heitz*, Bad Waldsee, am 17.01.
 Frau Dr. med. Diana *Eberhardt*, Uffenheim, am 19.01.
 Herrn Dr. med. Thomas *Müller*, Waren, am 19.01.
 Herrn Dr. med. Wilfried *Herold*, Taucha, am 20.01.
 Herrn Dr. med. Werner *Frassine*, Fürth, am 23.01.
 Frau Dr. med. Monika *Reimer-Veit*, Neuenhagen, am 23.01.
 Frau Waltraud *Schreiter*, Bautzen, am 23.01.
 Frau Dr. med. Elisabeth *Möller*, Clausthal-Zellerfeld, am 24.01.
 Frau Dr. med. Gudrun *Sommers*, Duisburg, am 27.01.
 Herrn Dr. med. Faycal *Abid*, Saarbrücken, am 28.01.
 Herrn Dr. med. Dieter *Rose*, Overath, am 28.01.
 Frau Dr. med. Christina *Ritz*, Heidelberg, am 29.01.
 Herrn Dr. med. Heinz-Rüdiger *Moritz*, Berlin, am 30.01.
 Frau Dr. med. Käte *Niederkirchner*, Berlin, am 30.01.
 Frau Dr. med. Tin *Scholl*, Aachen, am 30.01.

70. Geburtstag

Frau Dr. med. Gisela *Blase*, Heilbad Heiligenstadt, am 02.01.
 Frau Gisela *Lotz*, Halberstadt, am 02.01.
 Frau Dr. med. Marlen *Schönwetter*, Nittenau, am 02.01.

Herrn Dr. med. Rolf *Künzel*, Leipzig, am 03.01.
 Herrn Dr. med. Wilfried *Fischer*, Bad Homburg, am 04.01.
 Herrn Dr. med. Severin *Wink*, Trierweiler, am 04.01.
 Herrn Dr. med. Ulrich *Wöhrle*, Markgröningen, am 04.01.
 Herrn Dr. med. Edmund *Michaelis*, Wetter, am 05.01.
 Herrn Dr. med. Wolf *Kefer*, Abenberg, am 06.01.
 Frau Dr. med. Ellen *Niemeyer*, Bielefeld, am 06.01.
 Herrn Hans *Glaser*, Offenburg, am 09.01.
 Frau SR Dr. med. Erlanda *Hartmann*, Kalbe, am 09.01.
 Frau Dr. med. Irmgard *Arndt*, Fehrbellin, am 10.01.
 Frau SR Gisela *Reiße*, Schneeberg, am 10.01.
 Herrn Dr. med. Herbert *Scheying*, Tangstedt, am 12.01.
 Herrn SR Dr. med. Günther *Weishäutel*, Gotha, am 12.01.
 Herrn Prof. Dr. med. Karl-Ernst *von Mühlendahl*, Osnabrück, am 14.01.
 Frau Dr. med. Eva *Zeuner*, Nordhausen, am 14.01.
 Herrn Dr. med. Johann *Bau*, Hamburg, am 15.01.
 Herrn Dr. med. Joachim *Gunkel*, Dannewerk, am 15.01.
 Frau SR Edith *Biedermann*, Gotha, am 18.01.
 Frau Dr. med. Roswitha *Hübscher*, Aachen, am 23.01.
 Frau Dr. med. Karin *Sommer*, Wuppertal, am 24.01.
 Frau Dr. med. Rosemarie *Schmiedek*, Greven, am 28.01.
 Herrn Dr. med. Hermann *Walther*, Fürth, am 29.01.

75. Geburtstag

Frau MR Dr. med. Lieselotte *Weiß*, Lutherstadt Wittenberg, am 07.01.
 Frau Dr. med. Käthe *Heber*, Goslar, am 13.01.
 Frau Dr. med. Ingeborg *Baßler*, Ladenburg, am 15.01.
 Herrn Dr. med. Peter *Scharfe*, Dresden, am 20.01.
 Frau Dr. med. Hannelore *Stockberg*, Aachen, am 22.01.
 Herrn Dr. med. Siegfried *Neumann*, Berlin, am 23.01.

80. Geburtstag

Frau MR Dr. med. Ruth *Schnürer*, Berlin, am 01.01.
 Herrn OMR Dr. med. Rolf *Haberland*, Riesa, am 04.01.
 Herrn Dr. med. Anton *Oster*, Köln, am 09.01.
 Herrn Dr. med. Stanislaw *Remin*, Essen, am 28.01.

81. Geburtstag

Herrn Prof. Dr. med. Wolf *Berg*, Rotenburg, am 21.01.

82. Geburtstag

Frau Dr. med. Emely *Salzig*, Geisenheim, am 05.01.

83. Geburtstag

Frau Dr. med. Else *Trautwein*, Volxheim, am 01.01.
 Frau Dr. med. Eva *Joeden*, Haard-Neustadt, am 06.01.
 Frau Dr. med. Irmgard *Englert*, Neusäß, am 10.01.

84. Geburtstag

Frau Dr. med. Hildegund *Scholz*, Hannover, am 12.01.
 Herrn Dr. med. Kurt *Schebek*, Bensheim, am 14.01.
 Frau Dr. med. Marlis *Fitzen*, Leverkusen, am 17.01.
 Frau Dr. med. Inge *Flehmig*, Hamburg, am 24.01.
 Frau Dr. med. Marianne *Fincke*, Bergneustadt, am 25.01.
 Frau Dr. med. Maria E. *Gertkemper*, Detmold, am 28.01.
 Herrn Dr. med. Wolfgang *Emrich*, Kirkel, am 29.01.

85. Geburtstag

Frau Dr. med. Ursula *Kleutsch*, Saarbrücken, am 07.01.
 Frau Dr. med. Elisabeth *Prechtel*, Egloffstein, am 07.01.
 Herrn Prof. Dr. med. Walther *Burmeister*, Bonn, am 18.01.
 Herrn Dr. med. H.-Helmut *Schmidt*, Worms, am 19.01.
 Frau Dr. med. Ursula *Petschelt-Heyse*, Kronshagen, am 27.01.

89. Geburtstag

Herrn Dr. med. Rolf *Wenzel*, Ulm, am 01.01.

Herrn Dr. med. Werner *Schneidt*,
Seeshaupt, am 02.01.
Herrn Dr. med. Adolf *Steinlein*, Trier,
am 21.01.

91. Geburtstag

Herrn Dr. med. Roland *Rott*, Bremen,
am 11.01.

94. Geburtstag

Frau Dr. med. Barbara *Tiemann-
Hebsaker*, Frankfurt, am 10.01.

95. Geburtstag

Frau Dr. med. Hilde *Strüfing*, Naumburg,
am 08.01.

Wir trauern um:

Herrn Dr. med. Claus D. *Huenges*,
Berlin

Als neue Mitglieder begrüßen wir

Landesverband Baden-Württemberg

Frau Dr. med. Eva *Bielecki*
Frau Dr. med. Kerstin *Kunkel-
Meierhenrich*
Frau Bernadette *Rüber-Laiipple*
Frau Dr. med. Maria *Haller*
Frau Dr. med. Regina *Cremer*
Herrn Dr. med. Jörg *Budde*
Frau Dr. med. Ines *Bartuschek*
Frau Christina *Schaefer*
Frau Karina *Frenzel-Dorschnek*
Frau Dr. Vera *Rolf*

Landesverband Bayern

Frau Caroline *Haberl*
Frau Dr. med. Eva *Köberlein*
Herrn Dr. med. Christian *Schröter*
Herrn Dr. med. Ralph *Selbach*
Frau Andrea Julia *Seemann*
Herrn Dr. med. Ronald *Jung*
Herrn Stefan *Gsinn*

Landesverband Berlin

Herrn Dr. med. Reiner *Shetty*
Frau Dr. med. Jenny *Schwabe*
Dr. med. Olaf *Schnabel*
Herrn Dr. med. Andreas *Guggemos*
Herrn René *Zeller*

Landesverband Bremen

Frau Dr. med. Antje *Rühmkorf*

Landesverband Hamburg

Frau Dr. med. Catrina *Lawin-Mosecker*
Frau Edelgard *Bercz-Suchrow*

Landesverband Hessen

Frau Dr. med. Christina *Konrad*
Herrn Dr. med. Stefan *Sgoll*
Frau Dr. med. Tina *Templin*
Frau Dr. med. Karin *Link*
Herrn Dr. med. Michael *Goroncy*
Frau Evelyn *Kramer-Pfeilschifter*
Herrn Dr. med. Tobias *Hecht*
Frau Angela *Eisenhauer*
Frau Judith *Moskovits*
Frau Julia *von Quettingen*
Herrn Mario *Berwald*

Landesverband

Mecklenburg-Vorpommern

Frau Dipl.-Med. Gabriele *Luther*

Landesverband Niedersachsen

Frau Heike *Würtenberger*
Frau Annika *Mönkemeyer*
Herrn Dr. med. Alexander *Warnecke*
Frau Dr. med. Christiane *Stengel*
Herrn Alexander *Wiegel*
Frau Sandra *Suthe*
Frau Dr. med. Martina *Klauck*

Landesverband Nordrhein

Herrn Dr. med. Ulrich *Stotzem*
Frau Dr. med. Katja *Schaaf*
Frau Susanne *Verfürth*
Frau Dr. med. Beate *Rittinghaus-
Afflerbach*
Herrn Mark David *Arhelger*
Frau Dr. med. Cornelia Helene *Krämer*
Herrn Dr. med. Reinhard *Hecken*
Frau Dr. med. Nina *Schneider*

Frau Dr. med. Ulrike *Meierhenrich-Thiele*
Herrn Andreas *König*

Landesverband Rheinland-Pfalz

Herrn Dr. med. Ronald-Peter *Handke*
Herrn Dr. med. Michael Zschommler
Frau Katrin *Rath*
Herrn Dr. med. Carsten *Graf*

Landesverband Saarland

Frau Dr. med. Silke *Steinmann*

Landesverband Sachsen

Frau Alice *Kaminsky*
Frau Dr. med. Gabriele *Sierig*
Frau Susann *Bley*
Frau Anne *Heine*
Frau Dr. med. Sarah Magdalena *Köllmann*

Landesverband Sachsen-Anhalt

Frau Alexandra *Gläser*

Landesverband Schleswig-Holstein

Herrn Christian *Trocha*
Frau Viola *Bach*
Frau Ioana *Klopf*

Landesverband Westfalen-Lippe

Frau Dr. med. Katrin *Abshagen*
Herrn Dr. med. Herbert *Schultenkämper*
Frau Dr. med. Alexandra *Boehm*
Frau Dorit *Riedel*
Frau Deniz *Cahir*
Frau Anita *Pievonczyk*
Herrn Dr. med. Thorsten *Arp*

Praxistafel

KV-Sitz für Kinderheilkunde und Jugendmedizin in
gutgehender Gemeinschaftspraxis in der Nähe einer
norddeutschen Großstadt abzugeben.
Zuschriften unter Chiffre 1776 KJA 12/08 an den Verlag
erbeten.

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

Praxiseinrichtungen

Sehtest

Kinderarzneimittel sollen sicherer werden

Rund 150 Arzneimittel von PASCOE Naturmedizin haben eine Kinderdosierung

Etwa 75 % der bei Kindern angewendeten Arzneimittel besitzen keine formale Anerkennung aufgrund behördlicher Überprüfung oder Zulassung. Sie seien hinsichtlich ihrer Dosierung, Therapiedauer, Wirkungen und Nebenwirkungen bei Kindern nicht gezielt untersucht und freigegeben worden, so Prof. F. Zepp, Direktor der Kinderklinik und Kinderpoliklinik der Universität Mainz. Kinderarzneimittel sollen sicherer werden. Das schreibt auch die neue EU-Verordnung zu Kinderarzneimitteln vor, die vor gut einem Jahr in Kraft getreten ist.

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen, denn ihre kleinen Körper verarbeiten Arzneistoffe anders als die der Erwachsenen. Um Arzneimittel für Kinder zur Verfügung zu stellen, genügt es nicht, die Erwachsenendosierung herunterzurechnen und vielleicht noch etwas Erdbeeraroma einzuarbeiten.

Das Gießener Unternehmen PASCOE Naturmedizin erhielt für einen Großteil seiner Arzneimittel eine Kinder-Zulassung und hilft so, den eingangs erwähnten Missstand zu beseitigen. Kinder haben im Vergleich zu Erwachsenen wesentlich stärker ausgebildete Selbstheilungskräfte. Pflanzliche und homöopathische Arzneimittel unterstützen die Selbstheilungskräfte der kleinen Körper, statt Fehlfunktionen mit chemischen Gegenmitteln zu unterdrücken.

Für alle Interessierten gibt es ab sofort die neue Auflage der PASCOE-Kinderapotheke. Sie informiert über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten eines erkrankten Kindes und gibt Hilfestellungen bei harmlosen Verletzungen und leichten Erkrankungen. Tipps zur vorbeugenden Behandlung bei Infektanfälligkeit und Allergien sowie alte Hausmittel werden ergänzend zu den pflanzlichen und homöopathischen Mitteln aufgeführt. Die Broschüre enthält darüber hinaus grundlegende Informationen zu den jeweiligen Krankheitsbildern.



Wissen was zu tun ist!

DIE PASCOE-KINDERAPOTHEKE

PASCOE
NATURMEDIZIN
Weil ich die Wahre habe.

Der Patientenratgeber „Die PASCOE-Kinderapotheke“ kann ab sofort und kostenlos bei PASCOE Naturmedizin angefordert werden.

PASCOE pharm. Präparate GmbH, Schiffenberger Weg 55, D-35383 Gießen, www.pascoe.de; www.lieblingsdoc.de

Satellitensymposium von Danone anlässlich des Kinderärztekongresses 2008

Kleine ganz groß – Neues zu Probiotika in der Praxis

Anlässlich der 104. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin in München gab das Satellitensymposium „Kleine ganz groß – Neues zu Probiotika in der Praxis“ einen Überblick über das stets wachsende Feld der Probiotikaforschung. Im Fokus des Symposiums stand das Immunsystem. Dabei wurden unter anderem Aspekte wie dessen Entwicklung und die Entstehung von Allergien beleuchtet und darüber hinaus diskutiert, wie Probiotika als mögliche „Assistenten“ des Immunsystems in der Praxis zum Einsatz kommen können.

Dank intensiver Forschungsaktivitäten in den letzten Jahren gelten positive gesundheitliche Wirkungen ausgewählter Probiotika bei bestimmten Anwendungen auch im pädiatrischen Bereich mittlerweile als wissenschaftlich anerkannt. Auch wenn die genauen Wirkmechanismen bislang noch nicht vollständig aufgeklärt sind, gibt es konkrete Hinweise, dass probiotische Bakterien über die Darmflora, das Darmepithel und das intestinale Immunsystem den gesamten Organismus positiv beeinflussen können. Dabei übt jede probiotische Kultur spezifische Effekte aus: „Probiotika stellen unterschiedliche Bakterienstämme dar und die nachgewiesene Wirkung gilt immer nur für den betreffenden Stamm“, erläuterte zu Beginn des Symposiums Chairman Prof. Christian Braegger, Zürich. Um die verschiedenen Wirkweisen von Probiotika besser einordnen und verstehen zu können, ist zunächst die Betrachtung der Entwicklung des kindlichen Immunsystems hilfreich.

Toleranz wird „programmiert“

In den frühesten Lebensabschnitten ist eine „Programmierung“ des Abwehrsystems für die normale immunologische Entwicklung wichtig. Diese Programmierung startet bereits in utero. Das Ergebnis ist eine immunologische Toleranz, die eine normale Antwort auf Allergenkontakt ermöglicht. Denn für das Neugeborene ist es essentiell, bereits nach der Geburt über eine Grundausstattung an immunologischer Toleranz zu verfügen, um mit den ersten Fremdantigenen aus Umwelt und Ernährung optimal zurechtzukommen. „Wenn die Programmierung der Toleranz misslingt, kommt es letztendlich zu einer Fehlfunktion im Immunsystem“, so Prof. Harald Renz, Marburg. Einen positiven Einfluss auf die Immunprogrammierung haben viele Mikroorganismen – besonders harmlose, apathogene Bakterien spielen hier eine wichtige Rolle. Kontaktflächen für diese sind beim Neugeborenen neben der Haut die Schleimhäute von Respirations- und Gastrointestinaltrakt (Ausbildung/Aufbau der Darmflora). Dieses Wissen macht man sich zunehmend in der pädiatrischen und neonatologischen Praxis im Rahmen der Anwendung von Probiotika zunutze. „Jeder probiotische Stamm hat ein anderes immunologisches Profil“, betont Prof. Renz in diesem Zusammenhang. Das bedeutet, dass sich verschiedene Probiotika-Stämme in ihren grundsätzlichen Mechanismen zwar oft ähneln, im Detail jedoch unterschiedliche Eigenschaften aufweisen, die für die gesundheitliche Wirkung entscheidend sind.

Probiotika als „Assistenten“ des Immunsystems

Können also Probiotika als „Assistenten“ des Immunsystems fungieren? Dieser Frage widmete sich Prof. Stephan Bischoff, Stuttgart, in seinem Vortrag. „Der Schlüssel zur Erklärung der Wirkung von Probiotika ist die gastrointestinale Barriere“, so Bischoff. An dieser größten Grenzfläche des Körpers zwischen innen und außen treffen Nahrungsstoffe, Darmflora und Darmimmun-

system aufeinander und beeinflussen sich dabei gegenseitig. Daher ist auch eine normale Keimbildung nach der Geburt für die Entwicklung eines normalen Darmimmunsystems essentiell. Dies wiederum ermöglicht die Etablierung und Stabilisierung der Darmbarriere. „Wir wissen genau, dass wir die Darmflora modulieren können, denn sie ist nicht statisch“, betonte Prof. Bischoff und führte weiter aus: „Durch Probiotika ist nicht nur eine direkte Modulation der Darmflora, sondern auch der Darmbarriere und der Immunfunktionen möglich“. Folglich können Probiotika zu Recht als „Assistenten“ des Immunsystems bezeichnet werden.

In der pädiatrischen Praxis steht derzeit der klinische Einsatz von Probiotika bei den unterschiedlichen Formen von Diarrhöen im Vordergrund – besonders hoch ist laut einer Metaanalyse¹ die Evidenz bezüglich der Anwendung bei Antibiotika-assoziierten Diarrhöen. Eine aktuelle Studie mit älteren Menschen aus England zeigt diese Wirkung auch für Actimel® (probiotischer Stamm *L. casei* DN-114 001, Handelsname: L. Casei Defensis), einen handelsüblichen Joghurtdrink, der nachweislich die Abwehrkräfte stärkt. Der tägliche Verzehr dieses Joghurtdrinks während und nach einer Antibiotika-Therapie konnte das absolute Risiko für Antibiotika-assoziierte Diarrhöen signifikant um 22% senken². Ein weiteres Einsatzgebiet von Probiotika für den Pädiater sind Allergien. Hier zeigte beispielsweise eine Studie an 187 Kindern mit allergiebedingtem Heuschnupfen/Asthma, dass durch den Verzehr des probiotischen Joghurtdrinks Actimel® während des Untersuchungszeitraumes von einem Jahr die Gesamtzahl der Heuschnupfenepisoden um etwa ein Drittel reduziert und die beschwerdefreie Zeit bis zum Auftreten einer ersten Heuschnupfen/Asthmaepisode um über einen Monat verlängert werden konnte³.

Fazit für die Praxis

„Für die pädiatrische Praxis haben wir eine gute Basis, ausgewählte Probiotika mit nachgewiesener Wirkung einzusetzen“, zog Chairman Prof. Berthold Koletzko, München, als positives Fazit der Veranstaltung. Besonders auf dem Gebiet der Behandlung akuter Diarrhöen liegt eine sehr gute Evidenz für bestimmte Probiotika vor. Neben dem heute schon bestehenden großen Potential für die Praxis bestehen große Chancen für die weitere Forschung. Denn besonderer Wissensbedarf herrscht weiterhin zu der Frage, welche speziellen probiotischen Stämme wann und bei wem dazu beitragen können, positive gesundheitliche Effekte auszulösen.

Wichtig in diesem Zusammenhang ist jedoch, dass die wissenschaftlichen Nachweise zur gesundheitlichen Wirkung in klinischen Studien am Menschen mit dem Produkt selbst und nicht nur an der isolierten Kultur erbracht werden.

1 D'Souza, A.L. et al. (2002); BMJ Vol. 324 (7350): 1361

2 Hickson, M. et al. (2007); BMJ Vol. 335 (7610): 80

3 Giovannini, M. et al. (2007); *Pediatr. Res.* Vol. 62 (2): 215-220

Impfstoff Gardasil® wurde mit dem Prix Galien International für pharmazeutische Forschung ausgezeichnet

Impf-Schutz vor Gebärmutterhalskrebs, präkanzerösen Läsionen der Zervix, Vulva und Vagina und vor Genitalwarzen

Gardasil®, der tetravalente Impfstoff gegen humane Papillomviren (HPV) vom Typ 6, 11, 16 und 18, ist mit dem Prix Galien International 2008 ausgezeichnet worden. Dieser prestigeträchtige Preis würdigt bedeutende Fortschritte in der pharmazeutischen Forschung. Der Prix Galien gilt auch als Nobelpreis der pharmazeutischen Branche.

Didier Hoch, Präsident von Sanofi Pasteur MSD, meint dazu: *„Es ist äußerst erfreulich, an der Übertragung eines wissenschaftlichen Durchbruchs in einen spürbaren Nutzen für die Gesundheit von Menschen Teil zu haben. Nur 30 Jahre nach der Erkenntnis, dass HPV Gebärmutterhalskrebs und viele andere Erkrankungen verursachen kann, verfügen wir heute über einen Impfstoff, mit dessen Hilfe wir das Leben tausender Frauen retten und Millionen von Frauen unnötiges Leid ersparen können. Das ist ein beispielloser Fortschritt in der pharmazeutischen und medizinischen Forschung.“*

Zwischen 2006 und 2008 wurde Gardasil® bereits der nationale Prix Galien in Belgien, Frankreich, den Niederlanden, der Schweiz, Großbritannien und den USA verliehen. Darüber hinaus wurde Gardasil® mit einer Vielzahl anderer Preise gewürdigt und wurde z.B. in der Kategorie „bestes neues biologisches Präparat“ mit dem Scrip Award 2006 der britischen Pharmakologiezeitschrift Scrip sowie mit dem von französischen Allgemeinmedizinern verliehenen Prix Medec 2007 in der Kategorie „Arzneimittel des Jahres“ geehrt.

Harald zur Hausen, einer der Träger des diesjährigen Nobelpreis für Medizin, hat in den 70er Jahren die Bedeutung von HPV für die Entwicklung von Gebärmutterhalskrebs postuliert. Mehr als 10 Jahre lang verfolgte er diese Theorie und identifizierte dabei verschiedene HPV-Typen – eine Suche, die 1983 in der Entdeckung gipfelte, dass HPV 16 Gebärmutterhalskrebs verursacht. 1984 gelang Harald zur Hausen die Isolierung von HPV 16 und 18 bei Patientinnen mit Gebärmutterhalskrebs. Heute wissen wir, dass der Großteil aller HPV-bedingten Erkrankungen im Genitalbereich von den HPV-Typen 6, 11, 16 und 18 verursacht wird.

Die Entwicklung von Gardasil® begann Anfang der 90er Jahre. Heute – zwei Jahre nach der Erstzulassung im Jahr 2006 – ist Gardasil® in 107 Ländern weltweit zugelassen, und die Impfung ist weit verbreitet: Weltweit wurden 36 Millionen Dosen Gardasil vertrieben. Der weltweite Marktanteil liegt bei 90 %. Diese Zahlen spiegeln die große Akzeptanz wieder, die Gardasil bei Impfstoffexperten, Zulassungsbehörden, Gesundheitsbehörden, Ärzten, Eltern und Töchtern genießt.

Gardasil® ist der einzige tetravalente Impfstoff gegen humane Papillomviren (HPV 6, 11, 16 und 18). Gardasil® bietet starken und dauerhaften Schutz vor HPV 16- und 18-assoziiertem Gebä-



Foto:
„Ärzte-Zeitung“

mutterhalskrebs, präkanzerösen Läsionen der Zervix, der Vulva und der Vagina sowie vor Genitalwarzen, die durch die HPV-Typen 6 und 11 hervorgerufen werden. Diese vier Typen sind für die große Mehrheit aller HPV-bedingten Erkrankungen im Genitalbereich verantwortlich.

In 18 von 19 europäischen Ländern, in denen Sanofi Pasteur MSD Gardasil® vermarktet, gibt es offizielle Impfeempfehlungen für die Impfung gegen HPV. In 17 dieser Länder werden die Impfkosten bereits jetzt erstattet oder es liegen Pläne für die Kostenerstattung vor. Des Weiteren haben die USA, Australien, Neuseeland und Kanada Empfehlungen für die Impfung ausgesprochen und erstatten zudem die Impfkosten.

Der Prix Galien wurde 1970 vom französischen Pharmazeuten Roland Mehl ins Leben gerufen und hat zum Ziel, bedeutende Fortschritte in der pharmazeutischen Forschung zu würdigen. Der Preis wird jährlich von einer Jury aus Ärzten, Toxikologen, Pharmakologen und Pharmazeuten verliehen und bietet Gelegenheit, die bedeutendsten neu zugelassenen Arzneimittel und die Leistungen der besten Forschungsteams aus dem Bereich der Pharmazie zu würdigen.

Nach Informationen von Sanofi Pasteur MSD GmbH, Leimen

13-valenter Impfstoff in Phase III

7-valenter Pneumokokken-Konjugatimpfstoff Prevenar® schützt auch vor Akuter Otitis Media

Die Schutzimpfung mit dem 7-valenten Pneumokokken-Konjugatimpfstoff Prevenar® verhindert nicht nur invasive Erkrankungen, sondern auch zahlreiche durch Pneumokokken verursachte Fälle Akuter Otitis Media. Dadurch werden Erkrankungen mit oftmals schweren Komplikationen vermieden. Zudem wird durch den Rückgang der Arztbesuche und die Reduktion von Antibiotikaverordnungen auch das Gesundheitswesen entlastet. Um in Zukunft noch mehr Säuglinge und Kleinkinder vor Pneumokokken-Infektionen zu schützen, entwickelt Wyeth derzeit einen 13-valenten Pneumokokken-Konjugatimpfstoff, der voraussichtlich Anfang 2009 zur Zulassung eingereicht wird.

„Durch Pneumokokken hervorgerufene Mittelohrentzündungen verlaufen meist schwerer als die durch andere Erreger verursachten Erkrankungen“, betonte Privatdozent Dr. Markus A. Rose aus Frankfurt am Main. Ein Impfschutz kann insbesondere die häufig rezidivierenden Fälle, aber auch seltene Komplikationen wie Mastoiditis und Meningitis verhindern. Wie Rose erläuterte, wurde bereits in der Zulassungsstudie des 7-valenten Pneumokokken-Konjugatimpfstoffs mit 37.868 Säuglingen nicht nur die Wirksamkeit gegen invasive Infektionen, sondern auch gegen lokale Infektionen wie AOM nachgewiesen. Für die im Impfstoff enthaltenen Pneumokokken Serotypen betrug die Schutzrate gegenüber AOM 67 Prozent, gegenüber jeglicher AOM 9 Prozent.

Rose. Eine retrospektive Datenanalyse zeigt, dass – im Vergleich zum Zeitraum vor der Einführung von Prevenar® (1997–1999) – die Rate der Arztkonsultationen aufgrund von AOM im Jahr 2004 um 43 Prozent rückläufig war, die der Antibiotika-Verschreibungen um 42 Prozent. Die Kosten für ambulante Behandlungen und Antibiotika wegen AOM gingen um 32 Prozent zurück.

13-valenter Konjugatimpfstoff in der Entwicklung

Der Pneumokokken-Konjugatimpfstoff Prevenar® schützt vor den sieben häufigsten Serotypen. „Seit einigen Jahren werden allerdings vermehrt Pneumokokken-Serotypen nachgewiesen, die im 7-valenten Impfstoff nicht enthalten sind. Dies betrifft vornehmlich die Serotypen 19A und 6A, was den Bedarf an neuen Impfstoffen mit erweiterter Serotypenabdeckung unterstreicht“, erläuterte Professor Dr. Ralf René Reinert, Wyeth Vaccines Research, Paris.

Wyeth entwickelt derzeit einen neuen 13-valenten Pneumokokken-Konjugatimpfstoff, der voraussichtlich Anfang 2009 zur Zulassung eingereicht wird. Der Impfstoff beinhaltet zusätzlich zu den in Prevenar® enthaltenen Serotypen (4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F und 23F) die Serotypen 1, 5, 7F, 3 sowie 19A und 6A. „Der 13-valente Impfstoff deckt zwischen 80 und 90 Prozent der zirkulierenden invasiven Pneumokokken in Europa ab“, betonte Reinert. In den Phase-III-Studien wurde die neue 13-valente Vakzine im Vergleich zur 7-valenten Vakzine auf Nicht-Unterlegenheit geprüft. Bei den mit der 13-valenten Vakzine geimpften Studienteilnehmern wurden hohe IgG-Antikörperkonzentrationen ($\geq 0,35 \mu\text{g/ml}$) gegen die im Impfstoff enthaltenen Serotypen gemessen. Damit erfüllt er diesen von der WHO empfohlenen Referenzwert. „Der 13-valente Pneumokokken-Konjugatimpfstoff, der auf dem seit langem bewährten 7-valenten Impfstoff basiert, bietet Säuglingen und Kleinkindern einen noch umfassenderen Schutz vor einer Infektion mit Pneumokokken“, so Reinert abschließend.

Rückgang der AOM und Reduktion der Behandlungs- und Antibiotikakosten

„Nach Einführung des amerikanischen Pneumokokken-Impfprogramms mit dem 7-valenten Pneumokokken-Konjugatimpfstoff bei Kindern bis zu 24 Monaten im Jahr 2000, zeigte sich schon bald ein Rückgang von AOM-bedingten Arztbesuchen“, so

Quelle:

Pressekonferenz Wyeth Pharma GmbH, 12. September 2008 am Rande der 104. Jahrestagung der DGKJ, München



EUBOS TROCKENE KINDER-HAUT HAUT RUHE

Die medizinisch sanfte Lösung für die trockene Haut Ihres Kindes

Die EUBOS Forschung hat in Zusammenarbeit mit Dermatologen speziell für die Pflege der trockenen Säuglings- und Kinderhaut die Serie EUBOS TROCKENE KINDER-HAUT HAUT RUHE entwickelt. Neben drei Pflegeprodukten, die seit Anfang 2007 exklusiv in der Apotheke erhältlich sind, werden nun auch auf vielfachen Wunsch aus der Verwenderschaft zwei milde Reinigungspräparate angeboten. Zur täglichen Ganzkörperpflege wird die leicht verteilbare O/W-Emulsion, EUBOS HAUT RUHE LOTION, empfohlen. Mit 6 % Nachtkerzenöl, Mandel- und Jojobalöl sowie Johanniskraut-Extrakt, wird der Feuchtigkeitsgehalt der Haut nachhaltig erhöht. Als reichhaltige Wasser-in-Öl-Emulsion mit 10 % Nachtkerzenöl, Vitaminkomplex und Johanniskraut-Extrakt wurde die EUBOS HAUT RUHE CREME entwickelt, um besonders pflegebedürftige Hautpartien, z.B. im Knie- und Ellenbeugen-Bereich, intensiv mit Feuchtigkeit zu versorgen. Speziell für die Gesichtspflege wird die Verwendung der EUBOS HAUT RUHE GESICHTSCREME empfohlen, mit Allantoin und Extrakt aus *Cardiospermum halicacabum*. Dabei wirkt die leicht verteilbare, gut einziehende Öl-in-Wasser-Emulsion gegen Hautreizungen bei empfindlicher und trockener Säuglings-/Kinderhaut. Die Badepflege, EUBOS HAUT RUHE BADEÖL, auf Basis rein pflanzlicher Komponenten wie Cupuaçu-Butter und nativem Olivenöl, reinigt sanft und pflegt wirkungsvoll. Natürliches Lavendelöl beruhigt Haut und Sinne. Das EUBOS HAUT RUHE WASCHGEL Haut & Haar, mit Aloe Vera Gel, rückfettenden Lipiden und natürlichem Lavendelöl bietet eine besonders schonende, für die tägliche Anwendung geeignete Reinigung für zarte Säuglingshaut und weiches Haar. Allesamt stärken die Produkte die natürliche Schutzfunktion der Haut und spenden nachhaltig und intensiv Feuchtigkeit. Lästiger Juckreiz wird gelindert, die Haut gleichzeitig gepflegt und beruhigt. Hautphysiologische Prüfungen und Anwendungsstudien (Dr. med. H. Prieur, dermatologische Praxis, Duisburg; Dr. rer. nat.



H.-P. Nissen, Derma Consult GmbH, Alfter) belegen eine ausgezeichnete Hautverträglichkeit der EUBOS HAUT RUHE Produkte bei Säuglingen/Kindern, getestet ab 6 Monaten. Auf Grund der besonders milden Formulierungen sind die Präparate Therapie begleitend bei Neurodermitis geeignet. Um Allergierisiken zu mindern, sind alle Produkte der EUBOS HAUT RUHE Serie ohne Parfüm und ohne synthetische Duftstoffe. Ebenfalls wurde darauf verzichtet Farb- und Konservierungsstoffe einzusetzen und auch PEG und Lanolin sind in den Präparaten nicht enthalten. EUBOS HAUT RUHE enthält kein Mineralöl (Paraffin). Die Deutsche Haut- und Allergiehilfe e. V., die sich seit 1984 erfolgreich für die Belange von Menschen mit chronischen Hauterkrankungen und Allergien einsetzt, empfiehlt die Präparate der EUBOS HAUT RUHE Serie bei trockener Kinder-Haut. Aktuell wurden in der August-Ausgabe der Zeitschrift ÖKOTEST zwei Präparate ausgezeichnet. Die EUBOS HAUT RUHE LOTION und EUBOS HAUT RUHE GESICHTSCREME wurden mit „sehr gut“ getestet.

Nach Informationen von Dr. Hobein (Nachf.) GmbH, Meckenheim

RSV-Prophylaxe in der Praxis:

Risikokinder identifizieren und Infektionen vorbeugen

Das Respiratory Syncytial Virus (RSV) kann besonders bei Kindern schwere Infekte der unteren Atemwege verursachen. Zu den Hochrisikogruppen zählen Frühgeborene sowie Kinder mit schwerem angeborenem Herzfehler. Welche Kinder vor allem gefährdet sind und wie man bei ihnen einer Infektion effektiv vorbeugen kann, war Thema des Symposiums „Investitionen in die Zukunft Frühgeborener: Risiken erkennen, Lebenschancen ermöglichen“ auf der 104. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. in München.

Wie Prof. Dr. Angelika Berger, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde des Allgemeinen Krankenhauses Wien, darstellte, liegt das Rehospitalisierungsrisiko aufgrund einer RSV-Infektion auch für relativ reife Frühgeborene, die zwischen der 33. bis 35. Schwangerschaftswoche (SSW) geboren wurden, zwischen 3 und 10 %. In Bezug auf Sauerstoffpflichtigkeit, ICU-Aufnahme, maschineller Beatmung und Dauer des Krankenhausaufenthaltes unterscheiden sich die in der 33. bis 35. SSW geborenen Frühgeborenen nicht von Frühgeborenen, die vor der 32. SSW geboren wurden. Als einen möglichen Grund für diese unerwartet hohe Morbidität in der Gruppe der relativ reifen Frühgeborenen nannte Berger die Tatsache, dass Eltern ihre Babys trotz der Frühgeburtlichkeit nicht als besonders empfindlich und schutzbedürftig wahrnehmen und daher keine über die üblichen Maßnahmen für Neugeborene hinaus gehende Vorsicht walten lassen.

Risikofaktoren für schweren Verlauf

Mit Palivizumab ist eine effektive Vorbeugung einer RSV-Infektion bei Risikokindern möglich. Um dem behandelnden Arzt eine Hilfe bei der Identifizierung dieser Risikokinder gerade in der Gruppe der reiferen Frühgeborenen an die Hand zu geben, wurden in Studien eine Reihe von Faktoren identifiziert, welche das Risiko für eine schwere RSV-Infektion erhöhen. Dazu gehören die Geburt innerhalb der letzten 10 Wochen vor der RSV-Saison, die Betreuung in einer Kindertageseinrichtung, das Vorhandensein älterer Geschwister (als Überträger der Infektion), niedriges Geburtsgewicht, kurzes Stillen (≤ 2 Monate), neurologische Erkrankungen, männliches Geschlecht, Atopie bei Familienmitgliedern und Giemen bei Familienmitgliedern. Derzeit wird auf europäischer Ebene eine Datenbank eingerichtet, die nach Eingabe aller Informationen das individuelle Risiko für jedes Frühgeborene berechnet, so Berger.

Folgen von schweren RSV-Infektionen

„Wie Langzeitstudien belegen, begünstigt das Virus neben der akuten Bronchiolitis, die in über 90 % durch RSV ausgelöst wird, auch eine nachfolgende bronchiale Hyperreagibilität und prädisponiert für ein späteres Asthma bronchiale“, belegte PD Dr. Markus Rose, Leiter der Poliklinik, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin an der Johann-Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt

am Main, anhand eines Überblicks über die relevanten Studien. „Neben der Prophylaxe akuter Infektionen gibt es auch hier weitere Ansatzpunkte für Palivizumab: Nachverfolgungen von Risikokollektiven zeigten in Beobachtungszeiträumen von bis zu 10 Jahren bei prophylaktisch behandelten Kindern signifikant weniger obstruktive Atemwegsbeschwerden“, so Rose.

Therapieschema einhalten!

Wie in einer Studie mit 1.500 Frühgeborenen ≤ 35 SSW und Kindern unter 2 Jahren mit bronchopulmonaler Dysplasie (Impact-Studie) gezeigt wurde, können mit einer Palivizumab-Prophylaxe 55 % aller RSV-bedingten Hospitalisierungen verhindert werden. Damit sie optimal wirkt, muss vor der RSV-Saison damit begonnen werden, erläuterte Rose. Sodann soll die Immunisierung regelmäßig einmal im Monat während des Zeitraums eines erhöhten RSV-Infektionsrisikos in der Bevölkerung erfolgen. Hintergrund ist das Wirkprinzip der passiven Immunisierung. Für einen wirksamen Schutz muss sich die Antikörperkonzentration im Blut mit der ersten Injektion zunächst aufbauen und sodann mit einer Injektion pro Monat dauerhaft auf einem effektiven Serumspiegel gehalten werden.

Kosteneffektivität der RSV-Prophylaxe bestätigt

Wie Dr. Thorsten Wygold, Chefarzt des Ambulanz- und Aufnahmezentrums des Kinderkrankenhauses auf der Bult in Hannover, darstellte, ist es bei der Bewertung der Kosten der Therapie zunehmend wichtiger, nicht nur die direkten Kosten zu betrachten, die durch Behandlung der akuten Erkrankung entstehen, sondern auch die indirekten Kosten zu berücksichtigen. Hierunter versteht man die Höhe des Werteverlusts für die Gemeinschaft durch die Erkrankung. Bezogen auf RSV-Infektionen würden hierunter etwa die verminderte Arbeitsproduktivität im Erwachsenenalter durch eine Asthmaerkrankung sowie die Kosten für die Behandlung des Asthmas fallen. Mit einem aktuellen Beschluss hat der Gemeinsame Bundesausschuss bestätigt, dass die Prophylaxe mit Palivizumab nicht nur effektiv, sondern auch wirtschaftlich ist.

Nach Informationen von Abbott GmbH & Co. KG, Wiesbaden

Neu in der Apotheke:

Nurofen® Junior Fiebersaft jetzt auch mit Erdbeergeschmack



Fieber ist eine sinnvolle Abwehrreaktion. Eine erhöhte Körpertemperatur zeigt, dass das Immunsystem des kleinen Patienten gerade mit aller Kraft gegen die krank machenden Viren oder Bakterien ankämpft. Fieber hat deshalb eine heilende Wirkung. Auf der anderen Seite kann Fieber – insbesondere hohes Fieber – das Kind aber auch schwächen. Bei Kleinkindern besteht zudem das Risiko von Fieberkrämpfen. Deshalb empfehlen viele Mediziner kleinen Patienten ein fiebersenkendes Arzneimittel zu verabreichen, wenn die Temperatur über 38,5 Grad Celsius klettert.

Die normale Körpertemperatur liegt bei Kindern zwischen 36,5 und 37,9 Grad. Als erhöhte Temperatur gelten Werte über 38 Grad, erst ab 38,5 Grad sprechen Ärzte von Fieber. Da sich das kindliche Immunsystem noch entwickeln muss, kann es sinnvoll sein, den kleinen Organismus bei Fieber, aber auch bei Schmerzen (wie zum Bei-

Kinder fiebern übrigens viel häufiger als Erwachsene – ein Kindergartenkind im Durchschnitt siebenmal pro Jahr. Warum sind Kinder so empfänglich für Fieber? Ihr kleiner Körper kennt noch nicht so viele Krankheitserreger und hat deshalb noch keine Abwehrkräfte gegen sie entwickelt. Deshalb fangen sich Kinder einfach mehr feibrige Infekte ein als Erwachsene.

Ibuprofen ist sehr gut verträglich

Ibuprofen ist in der kinderärztlichen Praxis eines der am häufigsten verordneten Antipyretika und Analgetika. Der langjährig bewährte Wirkstoff Ibuprofen gehört zur Gruppe der so genannten nicht-steroidalen Entzündungshemmer (NSAID) und ist in den Nurofen® Junior Fiebersäften und Zäpfchen enthalten. Er senkt nachweislich Fieber (bis zu 8 Stunden) und lindert Schmerzen wie auch Entzündungen. Nurofen® Junior Fiebersaft 2% ist für Säuglinge ab 6 Monaten geeignet und ist zucker- und farbstofffrei. Dank der beiliegenden Dosierspritze können Eltern die zu verabreichende Dosierung ganz einfach und individuell auf das Körpergewicht und das Alter ihres Kindes abstimmen.

Nach Informationen von Reckitt Benckiser Deutschland GmbH, Mannheim

Dosiertabelle:

Körpergewicht (Alter)	Einzeldosis	max. Tagesdosis
5 kg – 6 kg (6 – 8 Monaten)	2,5 ml (entsprechend 50 mg Ibuprofen)	7,5 ml (entsprechend bis 150 mg Ibuprofen)
7 kg – 9 kg (9 – 12 Monate)	2,5 ml (entsprechend 50 mg Ibuprofen)	10 ml (entsprechend bis 200 mg Ibuprofen)
10 kg – 15 kg (1 Jahr – 3 Jahre)	5 ml (entsprechend 100 mg Ibuprofen)	15 ml (entsprechend bis 300 mg Ibuprofen)
16 kg – 20 kg (4 – 6 Jahre)	7,5 ml (entsprechend 150 mg Ibuprofen)	22,5 ml (entsprechend 450 mg Ibuprofen)
21 kg – 29 kg (7 – 9 Jahre)	10 ml (entsprechend 200 mg Ibuprofen)	30 ml (entsprechend 600 mg Ibuprofen)



spiel Kopf- und Zahnschmerzen, Mittelohrentzündungen) zu unterstützen. Rasche Hilfe bieten die rezeptfreien Nurofen® Junior Fiebersaft 2% und Nurofen® Junior Fiebersaft 4% (PZN 1170187), die es seit August 2008 auch mit Erdbeergeschmack gibt.

Wichtige Telefon- und Telefax-Nummern

www.kinderaerzte-im-netz.de

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mitgliederverwaltung

Kongressabteilung

Präsident

Dr. med. Wolfram Hartmann

Vizepräsident

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Ulrich Fegeler

E-mail: bvkj.buero@uminfo.de

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

Tfx.: (02 21) 68 32 04

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

Tfx.: (02 21) 6 89 09 78

Tel.: (0 27 32) 76 29 00

Tfx.: (0 27 32) 8 66 85

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

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

Tel.: (0 30) 3 62 60 41

Tfx.: (0 30) 3 61 17 13

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

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Christen

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

Prof. Dr. med. Frank Riedel

Dr. med. Wolfgang Gempp

Regine Hauch

Tfx.: (05 11) 81 15-3325

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

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

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

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Honorarausschuss

Dr. med. Roland Ulmer

Tfx.: (0 91 23) 97 70 45

PädInform: Ulmer_Lauf

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

(Betreff bitte BVKJ)

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

DISA / DISU

Beratungsstellen der Kinderumwelt gGmbH der DAKJ

Tel.: (0 30) 40005880

Tfx.: (0 30) 40005888

Tel.: (05 41) 97 78-900

Tfx.: (05 41) 97 78-905

Richtlinien für Autoren abzufordern unter:

Tel.: (02 01) 81 30-104

Tfx.: (02 01) 81 30-105

Elektronisches Archiv „Kinder- und Jugendarzt“:

PädInform/Archiv

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

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

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

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

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

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

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

Druckauflage 11.267

lt. IVW I/2008

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft
Kommunikationsforschung im
Gesundheitswesen



LA-MED

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

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

Anzeigen: Verlag Schmidt-Römhild, 23547 Lü-
beck, Christiane Kermel, Fax (0451) 7031-280 –
Redaktionsassistent: Christiane Daub-Gaskow,
Tel. (0201) 8130-104, Fax (0201) 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. 42 vom 1. Oktober 2008

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

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

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