

bvkJ.

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

Heft 6/08 · 39. (57.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Forum:

Themenschwerpunkt
Kinderarmut

Fortbildung:

Akuter, schmerzhafter
Zehengang

Berufsfragen:

Von der
Vertragsarztzulassung
zur Anstellung

Magazin:

Verborgene
Kindheiten



KINDER-UND JUGENDARZT



Foto: © Galina Barskaya – Fotolia.com

bvkJ.



Verborgene Kindheiten

Emotionale und soziale Probleme in der Kinderliteratur
Seite 441

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

© Beltz & Gelberg in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim & Basel

Inhalt 6 | 08

Forum

- 383 **Themenschwerpunkt Kinderarmut**
Regine Hauch
- 387 **Wer arm ist, hat schlechte Karten!**
Reinhart Wolff
- 391 **Mein Tag**
- 392 **Eine Frage an**
- 392 **Das Armutszeugnis**
Regine Hauch
- 394 Vermischtes
- 395 Vermischtes
- 396 **Das Leser-Forum**
- 401 Vermischtes

Fortbildung

- 402 **Akuter, schmerzhafter Zehengang**
Daniel Tibussek, Ertan Mayatepek
- 404 **Ringelröteln – (k)eine harmlose (Kinder-) Krankheit?**
Helmut Helwig
- 411 **Transkulturell kompetente, personenzentrierte Pädiatrie – bessere Verständigung führt zu besserer Medizin**
Martina Huemer
- 417 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**
- 422 **Consilium Infectiorum: Compliance bei den unterschiedlichen spezifischen Immuntherapien**
Bodo Niggemann
- 424 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Frieder Brückner, Peter H. Höger
- 428 **Impfforum**
Ulrich Heininger

Berufsfragen

- 431 **Von der Vertragsarztzulassung zur Anstellung**
Karl-Heinz Möller
- 434 **Aus der Verbandsarbeit**
Wolfgang Gempp
- 436 **Der Ärztemangel nimmt weiter zu, auch in der Pädiatrie**
- 436 Wahlergebnis
- 436 Wahlaufruf
- 437 **Eine Frage an**
- 438 **Fortbildungsangebote des BVKJ – wie müssen wir uns aufstellen?**
Wolfram Hartmann
- 439 **Fragebogen**
- 440 **Recht**

Magazin

- 441 **Verborgene Kindheiten**
Maria Linsmann
- 444 Fortbildungstermine BVKJ
- 445 Tagungen
- 446 **Buchtipps**
- 448 Praxistafel
- 449 **Nachruf**
Prof. Dr. Burghard Stück
Wolfram Hartmann
- 450 Personalia
- 452 **Nachrichten der Industrie**
- 458 Wichtige Telefonnummern



Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegt in voller Auflage eine Information der Firma Stada GmbH, Bad Vilbel, UCB Pharma, Kerpen, Stiefel Laboratorium GmbH, Offenbach, GlaxoSmithKline GmbH, München, und Regio bvkJ 1/08, bei, sowie als Teilbeilage das Programmheft der Pädiatrie zum Anfassen in Lübeck, das Programmheft der 11. Seminartagung Hessen in Bad Nauheim und der Jahrestagung des LV Sachsen in Dresden.

Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

Akuter, schmerzhafter Zehengang

Zwei exemplarische Fälle einer deutschlandweiten Epidemie



Dr. med. Daniel
Tibussek



Prof. Dr. med.
Ertan Mayatepek

Im Rahmen von Virusinfekten sind Muskelschmerzen eine häufiges Begleitsymptom. Sind aber während derselben Infektsaison wiederholt Kinder von heftigen akuten Muskelschmerzen, die isoliert die Wadenmuskeln befallen, betroffen, so legt dies ein definiertes Krankheitsbild nahe.

Die hier beschriebenen Fälle zeigen exemplarisch den Verlauf einer wenig bekannten akuten Myopathie des Kindesalters, die seit Anfang 2008 bei zahlreichen Kindern in Deutschland, der Schweiz und Holland beobachtet worden ist. Obwohl es sich hierbei um ein ganz überwiegend benignes Krankheitsbild handelt, ist die Kenntnis des prägnanten klinischen Bildes wertvoll für die rasche Diagnosestellung, die Beratung der betroffenen Familien und die Vermeidung von übereilter invasiver Diagnostik.

Anamnese

Im Februar 2008 wird ein 11-jähriger Junge notfallmäßig wegen seit dem Morgen bestehender heftiger Wadenschmerzen vorgestellt. Der Patient ist lauffähig. Drei Tage zuvor klagte er über Grippe-artige Symptome, wirkt aber aktuell nicht krank und ist fieberfrei. Bei der Untersuchung zeigt er eine extreme Druckempfindlichkeit beider Waden. Passive Dehnung der Waden wird ebenfalls als sehr schmerzhaft empfunden. Seine Füße

sind kalt, die Beine marmoriert. Abgesehen von der Weigerung zu laufen ist die neurologische Untersuchung unauffällig. Beim Versuch seiner Mutter ihn auf die Beine zu stellen, zeigt er deutliche Abwehrhandlungen um zu vermeiden, dass die Waden gedehnt werden (Abb. 1).

Die CK gesamt war mit 17435 U/l massiv erhöht, daneben konnte eine milde Myoglobinuria (604 µg/l) nachgewiesen werden. Zudem bestand eine Leukopenie (3400/µl). Unter symptomatischer Therapie kam es zu einer raschen Besserung und Normalisierung der Laborwerte. Die Virusserologie im Verlauf war hinweisend auf eine Influenza-A Infektion.

Vier Wochen später wird ein 2. Patient in der Notambulanz vorgestellt. Im Anschluss an einen fieberhaften Infekt klagt er seit dem Morgen über Wadenschmerzen. Er betritt den Behandlungsraum im Zehengang, der ein spastisches Gangbild zu imitieren scheint (Abb. 2 u. 3). Auch er zeigt eine erhebliche Druckempfindlichkeit der Waden. Wie auch bei Patient 1 sind keine weiteren Muskeln betroffen. Die CK gesamt war auf 549 U/l mäßig erhöht. Es bestand eine Leukozytopenie von 2100/µl.

Nach 3 Tagen war er beschwerdefrei. Die PCR aus Nasopharyngealsekret war positiv auf Influenza B.

Diagnose

Benigne Myositis des Kindesalters (Syn.: Myalgia cruris epidemica).

Diskussion

Die benigne Myositis des Kindesalters wurde erstmals 1957 beschrieben. Sie betrifft typischerweise Jungen im Schulalter, tritt aber auch bei jüngeren Kindern und Mädchen auf. Wie in unseren Fällen geht oft eine fieber-

Abb. 1:
Patient 1:
Beim passiven
Stehversuch
vehemente
Abwehr beim
Versuch, die
Waden nicht
zu dehnen



hafte Infektion voraus. Wiederholt wurden saisonale und regionale Häufungen beschrieben. So auch aktuell (Stand 4/2008) in Deutschland und der Schweiz, wo nach eigenen Recherchen > 100 Fälle dieser eigentlich seltenen Erkrankung aufgetreten sind. Eine Assoziation mit Influenza A und B ist häufig.

Klinisch beginnen die isoliert die Waden betreffenden Schmerzen in der Regel morgens. Sie führen nicht selten zu einer völligen Gehverweigerung, auch ein z.T. etwas grotesk anmutender Zehengang wird häufig beobachtet. Interessanterweise ist die Kontraktion der Wadenmuskulatur nicht schmerzhaft.

Es ist nicht bekannt, warum fast ausschließlich die Gastrocnemius- und Soleus-Muskulatur betroffen ist. Differentialdiagnostisch ist eine Verwechslung mit dem Guillan-Barré Syndrom, rheumatischen Krankheiten, einer Ataxie oder einer psychogenen Gangstörung möglich und wiederholt vorgekommen. Gerade im Rahmen von Epidemien ist aber oft eine Blickdiagnose möglich, die den Patienten vor unnötiger invasiver Diagnostik bewahrt. Neben dem klinischen Befund wird die Diagnose unterstützt durch eine Hyper-CKämie (meist deutlich >500 U/l), eine Leukopenie sowie durch den Nachweis einer Influenza-Infektion. Familiäre Fälle kommen vor.

Die Myoglobinurie bei unserem ersten Patienten deutet auf eine leichte Rhabdomyolyse hin, die in seltenen Fällen den Verlauf kompliziert. Möglicherweise haben Mädchen, die generell seltener erkranken, ein erhöhtes Rhabdomyolyse-Risiko. Im Rahmen der aktuellen Epidemie ist mindestens ein Rhabdomyolyse-Fall bekannt geworden, der 6 Wochen nach Initialsymptomatik manifest wurde. Eine Niereninsuffizienz ist möglich. Aus diesem Grund sind Urinkontrollen (Hämoglobinnachweis im Stix deutet auf Myoglobinurie hin!) auch bei subjektiver Beschwerdefreiheit zwingend notwendig. In positiven Fällen ist eine stationäre Einweisung zu empfehlen. Eine weitere differentialdiagnostische Abklärung hinsichtlich anderer Risikofaktoren (z.B. metabolische Myopathien) ist in diesen Fällen indiziert.

Die Eltern können grundsätzlich aber über den ganz überwiegend harmlosen Verlauf aufgeklärt werden. Bei initial ausgeprägter Symptomatik sollte körperliche Schonung empfohlen werden, wobei über die Dauer Unklarheit besteht. Nach eigenen Beobachtungen zeigte sich auch bei völliger Beschwerdefreiheit nach bis > 1 Woche noch eine relevante CK-Erhöhung, was auf eine längere Erholungsphase der betroffenen Muskeln hindeutet.

Die Therapie ist symptomatisch und kann in der Regel ambulant in Form von Analgesie, Bettruhe und Hydratation, besonders bei sehr hohen CK-Werten, durchgeführt werden. Eine stationäre Einweisung sollte bei Persistenz > 1 Woche, Progredienz und Myoglobinurie erfolgen.

Literaturangaben

1. Rennie LM, Hallam NF, Beattie TF. Benign acute childhood myositis in an accident and emergency setting. *Emerg Med J.* 2005;22:686-8.
2. Lundberg A. Myalgia cruris epidemica. *Acta Paediatr* 1957;46: 18-31.



Abb. 2 und 3 (unten): Patient 2: Zehenspitzenengang mit deutlicher Ähnlichkeit zum spastischen Gangbild



Abb. 3

3. Agyeman P, Duppenenthaler A, Heining U, Aebi C. Influenza-associated myositis in children. *Infection.* 2004;32:199-203.
4. Bove KE, Hilton PK, Partin J, Farrell MK. Morphology of acute myopathy associated with influenza B infection. *Pediatr Pathol.* 1983 ;1:51-66.

Korrespondierender Autor:

Dr. med. Daniel Tibussek
Klinik für Allgemeine Pädiatrie
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Moorenstr. 5
D-40225 Düsseldorf
Tel.: 0211-811-7696; Fax: 0211-811-8757
e-mail: daniel.tibussek@med.uni-duesseldorf.de

Red.: Christen

Ringelröteln – (k)eine harmlose (Kinder-) Krankheit?



Prof. Dr.
Helmut Helwig

Synonym:

Erythema infectiosum, „5. Krankheit“, Parvovirus B 19-Infektion, Megalerythema epidemicum

*) Die Bezeichnung als 5. der klassischen exanthematischen Kinderkrankheiten stammt historisch aus England, mit der Reihenfolge:

- Masern (1),
- Scharlach (2),
- Röteln (3),
- Filatov-Duke Krankheit (4) – eine Scharlach-Variante oder toxinproduzierende Staphylokokken-Infektion, die nicht mehr als eigene Exanthem-Krankheit anerkannt ist (Feder).
- Ringelröteln (5)
- Exanthema subitum (6), HHV-6-Infektion

Erreger: Parvovirus B19 – von Yvonne Cossart 1975³ im Serum gesunder Blutspender identifiziert – gilt heute als erwiesene Ursache der Ringelröteln. Es hat einen ausgeprägten Tropismus für erythropoetische Vorläuferzellen, die es lytisch infiziert¹² (Schleunig 1996).

Das **klinische Bild einer Infektion** mit humanem Parvovirus B19 variiert je nach hämatopoetischer und immunologischer Ausgangslage¹² (Schleunig 1996). Eine sich entwickelnde Anämie wird von den Patienten meist nicht wahrgenommen, da durch Bildung von Antikörpern die Infektion eliminiert wird und die Überlebenszeit der Erythrozyten mit 120 Tagen wesentlich länger ist.

Auf Grund der kurzen Überlebenszeit der fetalen Erythrozyten in den ersten 20 Schwangerschaftswochen kann sich jedoch beim infizierten Fetus eine schwere Anämie und Hypoxie bis zum Hydrops fetalis entwickeln^{9,12}.

Diese Beobachtungen haben seit Jahren und bis in die neueste Zeit zu erheblicher Verunsicherung bezüglich des Risikos und der Beschäftigung potentiell schwangerer Frauen in Einrichtungen mit Kindern (Krankenhäuser, Kindergärten, Schulen etc.) geführt.

Exanthem:

Stadium I (Abb. 1 A+B): makulo-papulöse Effloreszenzen im Gesicht, besonders auf den Wangen:
„Schmetterlingsfigur“



Abb. 1 A + B*:
4-jähriger Junge:

A) Typisches Exanthem im Gesicht



B) Konfluierendes Exanthem am Stamm und Oberschenkel

Stadium II (Abb. 2 A+B): 1–3 Tage später zum Konfluieren neigende Effloreszenzen an Schultern, Oberarmen, Oberschenkeln und Gesäß. Häufig ring-, bzw. girlandenförmig: „Ringelröteln“. Am Stamm eher morbilliform



Abb. 2 A + B*:
2-jähriges Mädchen:
A) Typisches Exanthem am ganzen Körper



B) Exanthem
am Rücken

Stadium III: Zentrale Abblässung der Effloreszenzen, dadurch Ränder leuchtend rot: „Kokardenform“.

Typische Exantheme selten Im weiteren Verlauf stark wechselndes Exanthem, das auch nach Tagen und Wochen wieder auftreten kann. Typische Exanthemverläufe nur bei 20–25 %. Es überwiegen atypische Verläufe mit und ohne uncharakteristischem Exanthem^{2,7,15}.

Infektiosität

Bei einer **Inkubationszeit** von 3–18 Tagen ist die Übertragung durch Tröpfcheninfektion während der virämischen Phase zwischen dem 3.–10. Inkubationstag, also vor Exanthemausbruch möglich.

Bei Auftreten des Exanthems besteht in aller Regel keine Infektiosität mehr.

Diagnostik

In typischen Fällen klinisch; in atypischen Fällen: DNA-Nachweis in Blut, Liquor, Sekreten mit DNA-Hybridisierung oder PCR sowie Nachweis spezifischer AK im Serum möglich.

Nur in diagnostisch unklaren Fällen, besonders bei Kontakt einer Schwangeren zu Erkrankten indiziert.

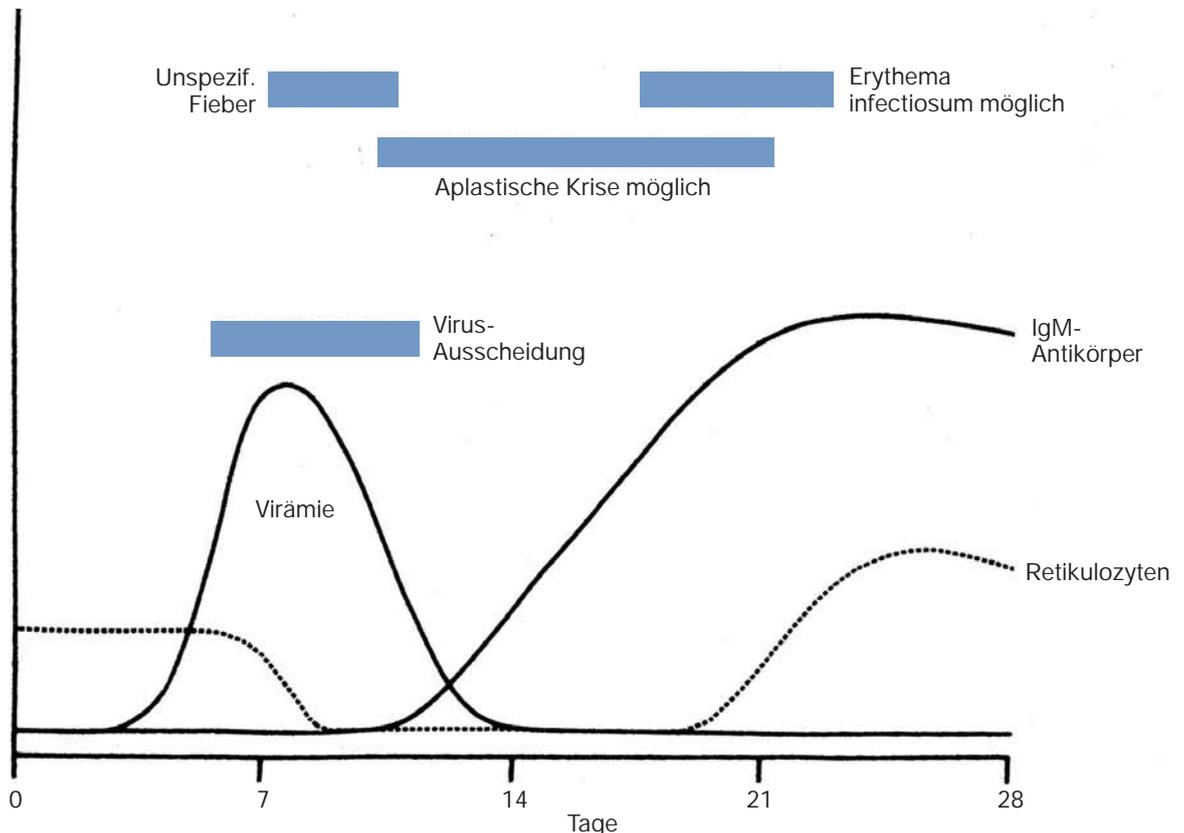
Differentialdiagnose

Bei den überwiegend atypischen Verläufen kann die Unterscheidung von Röteln, Masern, Enterovirus-Infektionen und Arzneimittel-Reaktionen schwierig sein. Bei älteren Kindern mit Exanthem und Arthritis müssen auch eine Juvenile Rheumatoid-Arthritis, ein systemischer Lupus erythematodes sowie andere Bindegewebs-erkrankungen erwogen werden.

Komplikationen

- Arthralgien oder Arthritis bei Adoleszenten und Erwachsenen.
- Thrombozytopenische Purpura und aseptische Meningitis sehr selten.

Abb. 3:
Schematischer
Verlauf der
Parvovirus
B19-Infektion
(nach Cherry
1998)



- Virusassoziiertes hämophagozytisches Syndrom bei Immunschwäche möglich.
- Hypoplastische Krisen bis zur Erythrozytenaplasie¹⁰ mit den Zeichen einer schweren hämolytischen Anämie können bei allen Formen der chronischen Hämolyse auftreten.
- 7–10 % der serologisch gesicherten pränatalen Infektionen führen zu Abort oder Totgeburt unter dem Bild eines Hydrops fetalis^{9,12,14}.

Infektionskontrolle

(Kreth, in DGPI-Handbuch⁴, 4. Aufl. 2003, S. 94)

„Da die Kontagiosität der Erkrankung einerseits gering und die Gefahr einer Infektion in allen Lebenssituationen andererseits nicht vollständig vermeidbar ist, und da weiter das Risiko für Schwangere und Ungeborene eher klein ist, wird folgendes empfohlen:

Schwangere brauchen nicht routinemäßig dem Arbeitsplatz fern zu bleiben, auch wenn dort Fälle von Erythema infectiosum vorkommen. Zum Zeitpunkt des Auftretens des typischen Exanthems sind die Patienten ohnehin nicht mehr ansteckend (Ausnahme: immundefiziente Patienten). Gegebenenfalls kann man seronegative Schwangere identifizieren und die Schwangerschaft speziell im Hinblick auf eine B19-Infektion beobachten (wiederholt Versuch des Nachweises von IgM und PCR-Kontrolle der Mutter, Ultraschalluntersuchung des Kindes, Bestimmung des α -Fetoproteins).

Kinder mit (klinisch manifestem) Erythema infectiosum dürfen Kindergärten besuchen, sofern ihr Allgemeinzustand dies zulässt.“

Dies entspricht den Empfehlungen der American Academy of Pediatrics¹ im Red Book 2006, sowie von Richardson u. Mitarb.¹¹

Die aktuelle Übersicht von Modrow und Gärtner⁹ (2006) über die objektiven Daten zum fetalen Risiko bei Parvovirus-B 19-Infektion der seronegativen Schwangeren vor der 20. Schwangerschaftswoche ist im Hinblick auf das Beschäftigungsrisiko von Frauen im gebärfähigen Alter unverändert aktuell.

Die Autorinnen zitieren neben den internationalen Daten zur Seroprävalenz bei jungen Erwachsenen auch eine Studie mit 1019 akut B19-infizierten Schwangeren, von denen 40 Feten einen Hydrops entwickelten und 12 verstarben.

Nach wie vor fehlen überzeugende systematische prospektive Untersuchungen zur Quantifizierung des Berufsrisikos im Rahmen des Mutterschutzgesetzes.

Wiederholt wurde von berufener Stelle und Institutionen zu dieser Frage Stellung genommen.

Allgemein wird davon ausgegangen, dass beim Auftreten eines Parvovirus-verdächtigen Exanthems in einer Familie oder Einrichtung, in der Kinder betreut werden, eine Infektion von empfänglichen Kontaktpersonen bereits erfolgt ist, da die Infektiosität abgeklungen oder im Abklingen begriffen ist.

Roggendorf, Habermehl und Maas⁵, sowie Schwarz und Roggendorf¹³ haben 1988 und 1990 im Namen der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Virus-

krankheiten (DVV) zu Parvovirus-B 19-Infektionen in der Schwangerschaft Stellung genommen und konstatiert, dass die Schwangere mit unbekanntem B 19-Immunstatus in der Regel nur durch Kinder, die sich in der Inkubationsphase befinden, gefährdet wird, da Kinder mit Exanthem in der Regel kein B19-Virus mehr über den Nasen-Rachen-Raum ausscheiden.

Young und Brown¹⁵ zitierten prospektive Untersuchungen aus Grossbritannien und den USA mit einem diaplazentaren Infektionsrisiko von Schwangeren mit 30 % und einem Risiko von 5–9 % für einen Verlust des Feten.

Miron u.a.⁸ haben 2006 eine prospektive Untersuchung bei Kindern, die mit Parvovirus-B-19 verdächtigen Symptomen hospitalisiert waren, durchgeführt. Bei 12,6 % von 167 Kindern konnte eine akute Infektion nachgewiesen werden.

Therapie

Nur bei Arthralgien symptomatische Behandlung mit nicht-steroidalen Antirheumatika. Bei pränataler Infektion u.U. intrauterine Erythrozyten-Transfusion erforderlich.

Resümee:

Es besteht kein Anlass, von der gängigen Praxis abzugehen, Kinder mit Ringelröteln Gemeinschaftseinrichtungen besuchen zu lassen, soweit deren Gesundheitszustand dies erlaubt. Eine Infektiosität ist im Exanthemstadium nicht mehr gegeben.

Schwangere mit unbekanntem B19-Antikörperstatus sollten den Kontakt zu Infizierten vor Ausbruch des Exanthems meiden. Sofern sie aber bereits mit einem Erkrankten – unwissentlich – Kontakt hatten, muss dieser nicht bei Exanthemausbruch bzw. der Möglichkeit weiterer Erkrankungsfälle unterbrochen werden.

Beim Umgang mit Patienten mit gestörter Immunabwehr oder hämatologischen Erkrankungen kann die Infektiosität verlängert sein, hier sollten besondere Regelungen von Arbeitsmedizinern in der entsprechenden Einrichtung individuell festgelegt werden.

Literatur beim Verfasser

* Quelle Abb. 1 + 2: Bildarchiv Kinderkrankenhaus St. Hedwig, 79104 Freiburg

Prof. Dr. Helmut Helwig
Alemannenstr. 20
79117 Freiburg
e-mail: hehelwig@web.de

Red.: Christen

Kein Beschäftigungsverbot für Schwangere

Verlängerte Infektiosität bei Immunschwäche und chronischer Hämolyse

Systematische Untersuchungen bei Schwangeren fehlen

Transkulturell kompetente, personenzentrierte Pädiatrie – bessere Verständigung führt zu besserer Medizin

„Der Kopf ist rund, damit das Denken die Richtung ändern kann“

Francis Picabia (1879–1953)

Was haben Migration und Diversität mit Pädiatrie zu tun?

Migration ist die „Bewegung von Personen über politische und administrative Grenzen hinweg mit dem Ziel, sich an einem geographisch anderen Ort temporär oder dauerhaft anzusiedeln“. Migration ist eine allgegenwärtige und in allen historischen Epochen anzutreffende Realität menschlichen Lebens, die jeden Menschen in der Rolle des Migranten oder des Aufnehmenden betreffen kann. Migration trägt neben vielen anderen Faktoren zur Diversität, also zur Vielfalt von Gesellschaften bei (1).

In Deutschland liegt der Anteil von Ausländern an der Wohnbevölkerung bei 8,8% (Quelle: Statistisches Bundesamt). Die größten ausländischen Bevölkerungsgruppen stammen aus der Türkei (26,3%; 1.764.318 Personen), Italien (8,2%), dem ehemaligen Jugoslawien, Serbien, Montenegro (7,6%), Griechenland (4,7%), Polen (4,3%) und Kroatien (3,4%). Aus sonstigen Staaten stammen 45,6% (Ausländerzentralregister des Bundesamtes für Migration). Bei den unter 18-jährigen – also potenziellen pädiatrischen Patienten – liegt der Ausländeranteil bei 11,3 %. Nicht mitgezählt werden bei diesen Angaben deutsche Staatsbürger mit Migrationshintergrund, die z.T. die Landessprache nicht beherrschen und höchst unterschiedliche Grade der Integration aufweisen. Die Anzahl dieser Menschen wird für ganz Deutschland auf ~ 19% geschätzt. **In einzelnen Ländern wie z.B. Baden-Württemberg leben 25% Einwohner mit Migrationshintergrund, bei den unter 18-jährigen beträgt der Anteil sogar 34%** (2). Aufgrund des demographischen Wandels liegt es auch im ökonomischen Interesse der Gesamtgesellschaft, die Entwicklung und Gesundheit dieser jungen Menschen zu fördern. Migration und Diversität sind also relevante Themen für die Pädiatrie, da überproportional viele Kinder und Jugendliche – mit Anspruch auf optimale pädiatrische Versorgung – einen Migrationshintergrund aufweisen.

Zur Vereinfachung der Lesbarkeit wird im folgenden Text jeweils nur die männliche Form verwendet. Im Sinne des Gleichheitsgrundsatzes sind jedoch beide Geschlechter gemeint.

Was ist transkulturelle Kompetenz?

Transkulturelle Kompetenz ist eine professionelle, geschulte Interaktionsfähigkeit im Kontext der Verschiedenheit von Menschen. Transkulturelle Kompetenz ermöglicht, individuelle Lebenswelten wahrzunehmen, einzuordnen und zu verstehen. Aus diesem Verstehen heraus können dann entsprechend angepasste Handlungsweisen und Maßnahmen abgeleitet werden (3). Konkret ergibt sich für den Pädiater aus dieser Definition, dass für ein gutes „Arbeitsbündnis zur Behandlung“ eines Kindes / Jugendlichen notwendig ist:

- sich zu informieren, wer in der Familie welche Rolle, „was zu sagen“ hat und diese Familienstrukturen zu achten
- zu erfahren, wie die Familie lebt und welche Werte sie generell vertritt (traditionell, assimiliert)
- Informationen zu Krankheitswissen, Krankheitskonzepten, Heilmethoden und Bewältigungsstrategien zu erheben
- eine gemeinsame Sprache zu sprechen (4).

Zugang von Migranten zum Gesundheitssystem

Es ist bekannt, dass die Herkunft eines Menschen und sein Migrantenstatus (geduldet, illegal, Flüchtling, Arbeitsmigrant, Einheimischer etc.) entscheidenden Einfluss auf die soziale Schichtzugehörigkeit haben. Migranten mit unterschiedlichem Bildungshintergrund sind in Deutschland im Schnitt in der unteren Mitte der sozialen Schichten anzutreffen, klassische Arbeitsmigranten finden sich in der unteren sozialen Schicht (5) (Abb. 1).

Mit der sozialen Schicht hängt bekanntermaßen der Zugang zu Bildung (vgl. die aktuelle Diskussion zu den Ergebnissen der PISA Studie) zusammen. Weniger bekannt ist, dass mit der Schichtzugehörigkeit auch der Zugang zu Gesundheitsleistungen zusammenhängt: Kinder aus niedrigen sozialen Schichten haben weniger Zugang zu Prävention, leben ungesünder und sind vermehrt von Unfällen betroffen (6). Migration, das „fremd sein“ in einer Gesellschaft kann also – in enger Verknüpfung mit der Zugehörigkeit zur sozialen Schicht – für Kinder und Jugendliche das Risiko bergen, weniger gesund zu sein (3,7). Diese Schlussfolgerung lässt sich nicht zuletzt mit



Dr. med.
Dipl.-Psych.
Martina Huemer

Transkulturelle Kompetenz ist eine professionelle Interaktionsfähigkeit mit Menschen aus unterschiedlichen Kontexten

Migrationshintergrund korreliert mit vermindertem Zugang zu Gesundheitsleistungen

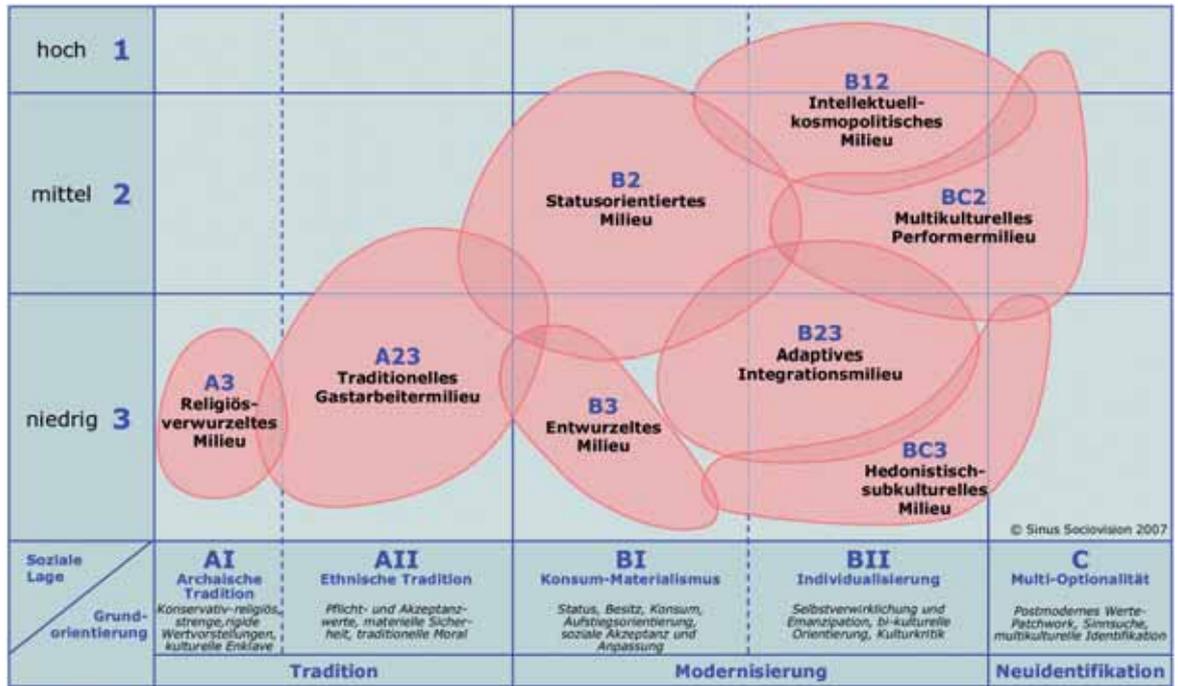


Abb. 1: Sinus Sociovision ©. Die Mileus der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland 2007

Verständigungsprobleme können schwerwiegende Folgen haben

Mehr als Sprache übersetzen – der community interpreter als Vermittler

dem Nachweis erhöhter Mütter- und Kindersterblichkeit in Migrantenpopulationen belegen (8).

Ein Großteil der Migranten ist im Aufnahmeland mit einem ihnen nicht vertrauten Gesundheitssystem konfrontiert, diese Tatsache führt zu einem spezifischen Muster der Nutzung von Ressourcen, z.B. reflektiert durch die überdurchschnittliche Präsenz von Migranten in den Spitalambulanzen, häufig außerhalb der Kernarbeitszeiten. Erklärungsversuche dazu sind die Anwesenheit eines deutsch sprechenden Familienmitgliedes meist erst in den Abendstunden, die höhere Schwelle, einen Termin beim niedergelassenen Arzt zu vereinbaren oder das aus dem Herkunftsland mitgebrachte größere Vertrauen in die „Spitalmedizin“. An der Wiener Univ.-Klinik für Kinder- u. Jugendheilkunde sind 50-80% der Ambulanzpatienten Migranten (9). Etwa die Hälfte dieser Menschen verfügen lediglich über geringe Deutschkenntnisse (7,10). Der Kontakt zwischen Migranten und Mitarbeitern von Gesundheitsorganisationen verläuft häufig nicht ohne Probleme [„Türkische Patienten haben immer viel Besuch und sind sehr wehleidig“ (11)]. Im Einzelfall kann es durch Verständigungsfehler zu schwerwiegenden medizinischen Folgen für Patienten kommen (10). Verständigung ist aber nicht nur im Sinne des Sprachverstehens angesiedelt, eine einfache Wort- für Wort-Übersetzung genügt oft nicht, um einander zu verstehen. Religiöse, kulturelle, bildungs- und rollenspezifische Aspekte (traditionelle Ehefrau, Patriarch, Sippenoberhaupt, emanzipierte „westliche“ Ärztin, unterschiedliche Einstellung zum Umgang mit Kindern, sexuelle Tabus etc.) bestimmen, wie Inhalte verstanden und vor welchem Hintergrund sie reflektiert werden, wie auf den Arzt / den Patienten reagiert wird und welche Erwartungen herrschen. Um Verständigung zu erreichen, sind „community interpreters“ notwendig: Menschen, die

nicht nur Sprache übersetzen sondern auch kulturelle Hintergründe wahrnehmen und erklären können – die des Arztes und die des Patienten (3).

Sprachliche und kulturelle Barrieren und ihre Folgen für den pädiatrischen Alltag

In der Pädiatrie sind alle Achsen ärztlichen Handelns von Sprach- und kulturellen Barrieren betroffen – die Akutversorgung, die Betreuung chronisch Kranker und die Prävention:

In der pädiatrischen Akutambulanz führen Sprachbarrieren zu vermehrter Anwendung diagnostischer Tests und erhöhter Hospitalisierungsrate (10,12,13). Migrantenstatus ist ein Risikofaktor für akute Intubationen bei pädiatrischen Asthmapatienten (14).

Auf diese Weise werden Kosten vermehrt und Kindern vermeidbare invasive Prozeduren, Untersuchungen oder stationäre Aufenthalte aufgrund unsicherer Kommunikation zugemutet (13,15).

Versorgung chronisch kranker Kinder:

- Der Therapieerfolg bei Migrantenkindern mit klassischer Phenylketonurie ist deutlich schlechter als bei österreichischen Kindern (16).
- Das Management von chronischem Asthma oder rezidivierenden Harnwegsinfekten verläuft bei Familien mit Migrationshintergrund ebenfalls signifikant weniger erfolgreich (13).
- Entwicklungsverzögerungen und Behinderungen werden aufgrund der Sprachbarriere später erkannt (17).

Prävention:

- Präventive Untersuchungen für Kinder werden von primär fremdsprachigen Familien in eingeschränktem Ausmaß angenommen und die Durchimpfungsrate von Migrantenkindern ist geringer als die der einheimischen Population (18).

- Der Zahnstatus von Migrantenkindern bei der Einschulungsuntersuchung ist schlechter (17).
- Migrantenkinder leiden häufiger an Adipositas (17).
- In der pränatalen Betreuung und der Neonatologie zeigen sich vergleichbare Effekte: Frauen, die primär eine andere als die Landessprache sprechen und ein niedriges Bildungsniveau haben, nehmen weniger häufig an Geburtsvorbereitungskursen teil. Es zeigt sich, dass diese Patientinnen während der Schwangerschaft häufiger stationär aufgenommen werden müssen, dass ihre Kinder postpartal vermehrt Gesundheitsprobleme aufweisen und dadurch häufiger neonatologischer Hilfe bedürfen (19).

Neben der Gesundheitsbelastung aller Beteiligten sind diese Ergebnisse auch aus gesundheitsökonomischer Sicht von Relevanz. Ein Beispiel für erfolgreiche Prävention in Risikogruppen aus dem Bereich der Geburtshilfe und Neonatologie zeigt, dass Frauen, die vor und um die Geburt kulturell kompetent beraten und geschult wurden, relevante Informationen besser verstehen und umsetzen, vermehrt Fragen stellen und Folgetermine verlässlich einhalten können (20). Darüber hinaus kommt es bei kulturell kompetenter Beratung zu einer erhöhten Stillrate (21). Durch transkulturell kompetente Präventionsmaßnahmen kann also nachweislich eine Verbesserung des Gesundheitsverhaltens und -zustandes von ethnischen Minoritäten und sozialen Risikopopulationen erreicht werden (22). Aufgrund der gesteigerten Effektivität präventiver, diagnostischer, therapeutischer und gesundheitsfördernder Maßnahmen kann langfristig bei verbesserter medizinischer Qualität eine Senkung der Gesundheitskosten erzielt werden (23).

Zusammenfassend heißt das: kultureller Hintergrund sowie soziale, sprachliche und schichtspezifische Umstände sind für den Erfolg von Prävention und Therapie im Gesundheitssystem mit entscheidend. Gezielte, transkulturell kompetente Interventionen führen zu verbesserter medizinischer Versorgung, Vermeidung unnötiger diagnostischer Prozeduren und unterstützen maßgeblich den Erfolg von präventiven Maßnahmen. In der Folge kann nicht zuletzt auch ein ökonomischer Fortschritt erreicht werden.

Status quo der transkulturell kompetenten Medizin

Systematische Ansätze zur Versorgung von Migrantenkindern in Deutschland fehlen derzeit noch (24). In Österreich gibt es ebenfalls kaum systematisch erhobene Daten zur medizinischen Betreuung von Migranten; entsprechende Evaluationen, Publikationen und gesundheitsökonomische Daten liegen kaum vor (25).

In der EU wurde in den letzten Jahren das **Projekt „Migrant Friendly Hospital“** verwirklicht, an dem unter Koordination durch das Ludwig Boltzmann Institut für Gesundheits- und Medizinsoziologie an der Universität Wien 12 Krankenhäuser aus 12 EU-Staaten teilnahmen. Für Deutschland war das Immanuel-Krankenhaus in Berlin-Wannsee beteiligt. Das Ziel des Projektes lag in der Schaffung von Modellkrankenanstalten, die einen migrantenfreundlichen Ansatz verfolgen und eine Schulung

der transkulturellen Kompetenz für ihre Mitarbeiter anstreben. Die sich aus den Ergebnissen des Projektes ableitenden Anforderungen sind in der **„Amsterdamer Erklärung“** prägnant zusammengefasst (26). Die Ausstrahlung dieses aufwändigen und höchst kompetent angeleiteten Projektes blieb jedoch leider begrenzt. Anders in der Schweiz: etwa zeitgleich wurde hier mit der **„Bundesstrategie Migration und Gesundheit 2000–2007“** ein inhaltlich ähnliches, jedoch flächendeckendes Projekt initiiert. Das Schweizer Modell ist jedoch auch inhaltlich weiter gefasst und damit besser geeignet, Ressentiments in der Bevölkerung und bei den Mitarbeitern entgegenzuwirken (etwa im Sinne von „Migranten sollen die Landessprache lernen und nicht noch besonderen Service erhalten“). Die Schweizer Bundesstrategie propagiert gegenüber allen Patienten einen personenzentrierten, individuellen Ansatz der medizinischen Versorgung unter Berücksichtigung migrationspezifischer Inhalte, wo diese angebracht sind (3). In der personenzentrierten Medizin ist Migration nur ein Faktor unter vielen, die die Menschen und ihre Position im gesellschaftlichen Gefüge beschreiben. Alter, Geschlecht, Schichtzugehörigkeit, Bildungsniveau, Religionszugehörigkeit etc. sind weitere Parameter, die die Position eines Individuums im gesellschaftlichen Koordinatensystem bestimmen. Ein personenzentrierter Ansatz (Synonyme: patientenorientierte oder personenorientierte Medizin / Pflege) berücksichtigt diese Komponenten – diese Herangehensweise wird besonders in der psychosomatischen Medizin eingesetzt, um „maßgeschneiderte“, effektive medizinische Diagnosen und Lösungen erarbeiten zu können (11,27). Ein solcher personenzentrierter Zugang zum Patienten, einmal verankert, kommt allen Benutzern der Gesundheitseinrichtung zugute – Migranten und Nicht-Migranten. **Personenzentriertheit in der medizinischen Vorgehensweise ist also das übergeordnete Konzept, in dem transkulturelle Kompetenz enthalten sein muss** (3). Für eine effektive Arbeit müssen Ärzte und Pflegenden die Patienten und Familien an ihrer sozialen, intellektuellen, sprachlichen etc. Position „abholen“. Diese Kompetenz ist nicht automatisch vorauszusetzen, da sie in den Ausbildungswegen zum Arzt / zur Pflegefachkraft noch nicht ausreichend vertreten ist.

Warum Pädiater transkulturelle Kompetenz erlernen sollen

Migranten prüfen die Ethik der aufnehmenden Gesellschaft in besonderer Weise. Der gleichberechtigte Zugang zur Gesundheitsversorgung frei von Diskriminierung aufgrund von Sprache, Herkunft, Geschlecht oder Religion ist sowohl in der Charta der Weltgesundheitsorganisation (28) als auch in der deutschen und österreichischen Verfassung festgeschrieben und geht mit dem Gebot der Chancengleichheit hinsichtlich der Partizipation am Gesundheitssystem und der Beachtung der Menschenwürde einher. Sollen diese Werte tatsächlich im Sinne der Verfassung für alle Mitglieder der Gesellschaft unabhängig von ihrer Herkunft gelten, muss transkulturelle Kompetenz im Kernbereich Gesundheitsversorgung nachhaltig aufgebaut werden.

Akutversorgung, Betreuung chronisch kranker Kinder und Prävention: schlechtere Ergebnisse für Migranten

Personenzentrierte Medizin trägt der individuellen Lebenssituation Rechnung und kommt allen Nutzern des Gesundheitssystems zu Gute

WHO und Staatsverfassung fordern gleichberechtigten Zugang zum Gesundheitssystem für jeden Menschen

Verständigung ist rechtlich und medizinisch notwendig. Professionelle Dolmetscher oder geschulte Laiendolmetscher gewährleisten sichere Kommunikation und wahren den Datenschutz

Berufsethische und -rechtliche Argumente

„Ehe ein fähiger Arzt seinem Patienten eine Arznei verabreicht, macht er sich nicht nur mit der Krankheit, die er zu heilen gedenkt, vertraut, sondern auch mit den Lebensgewohnheiten und der Konstitution des kranken Menschen selbst“. Mit dieser Aussage beschrieb Cicero (106–43 v. Chr.) bereits vor mehr als 2000 Jahren, dass eine gründliche Anamnese Voraussetzung für korrekte Diagnose und Therapie ist – daran hat sich bis heute trotz moderner apparativer Methoden kaum etwas geändert. Die Anamnese, das Diagnosegespräch, die Planung und Betreuung der Therapie können nicht suffizient durchgeführt werden, wenn Arzt und Patient keine gemeinsame Sprache haben. Der Begriff der „gemeinsamen Sprache“ umfasst in diesem Zusammenhang sowohl die Abwesenheit von Sprachbarrieren als auch die Möglichkeit zur Reflexion von inhaltlichen, z.T. kulturell geprägten Verständnisunterschieden im Sinne des „community interpreting“. Die gängige, aus der Not entstandene Praxis, dass Kinder, Angehörige des Reinigungspersonals oder zufällig anwesende zweisprachige Patienten etc. zum Übersetzen heran gezogen werden, ist strikt abzulehnen, da diese Praxis keinerlei Qualitätskriterien standhält. Bei einem unqualifizierten Dolmetscher sind Überforderungssituationen vorprogrammiert, der Datenschutz kann nicht gewährleistet werden und das Ergebnis der Übersetzung bleibt ungewiss (12).

Ärztliche Gespräche mit Migranten, die dem „state of the art“ entsprechen, sind unter ethischen Aspekten und aus dem Wunsch heraus, kranke Kinder möglichst gut zu behandeln, essenziell:

- Allein die Vorstellung, dass kranke Kinder, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind, in Abwesenheit ihrer Mütter mit dem Pflege- und ärztlichen Personal nicht kommunizieren können, macht klar, welches Traumatisierungspotenzial in der Sprachbarriere liegt.
- Eine korrekte Anamnese kann nicht erhoben werden; daher fehlen Daten, die für Diagnosestellung und Therapieplanung notwendig sind – diese Situation ist mit der Berufsethik des Arztes nicht zu vereinbaren. Diese Einstellung reflektiert auch die **Genfer Deklaration des Weltärztebundes von 2006**: „**Ich werde mich in meinen ärztlichen Pflichten meinem Patienten gegenüber nicht beeinflussen lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung**“.
- Berufsrechtliche Vorgaben verpflichten Arzt und Krankenanstalt, die Patientenaufklärung so zu gestalten, dass sie vom Patienten verstanden wird. Ohne die Zustimmung des Patienten nach verständlicher Aufklärung handelt der Arzt bis auf wenige Ausnahmen rechtswidrig. Kann ein verständliches Aufklärungsgespräch nicht dokumentiert nachgewiesen werden und behauptet der Patient eine fehlerhafte, unverständliche oder ganz unterbliebene Aufklärung, muss der Arzt die umfassende Aufklärung seines Patienten nachweisen.

Transkulturelle Kompetenz ist eine Kernqualifikation für Mitarbeiter im Gesundheitssystem

Zusammenfassend ergibt sich aus der in der Staatsverfassung festgehaltenen Gesellschaftsethik, der medizinischen Ethik und den gesetzlich fixierten berufsrechtlichen Vorgaben die unabwiesbare Notwendigkeit, sowohl sprachliche als auch andere kulturelle Barrieren zwischen medizinischen Berufsgruppen und Patienten mit Migrationshintergrund durch die Gesundheitsinstitutionen und deren Träger durch aktives, problemorientiertes Handeln abzubauen. Die Kosten für diese Maßnahmen können keinesfalls dem Patienten aufgebürdet werden, um nicht eine unzulässige Verbindung zwischen Wohlstand und qualitativ hochwertiger medizinischer Versorgung herzustellen. Eine Belastung individueller Abteilungsbudgets ist ebenfalls abzulehnen, da aus diesen Mitteln für die Gesamtheit der Patienten medizinisch notwendige Anschaffungen getätigt werden müssen.

Wie kann transkulturelle Kompetenz erreicht werden?

Dolmetscherdienste und Übersetzungshilfen

Um die Kommunikation mit Migranten in Krankenhäusern und anderen öffentlichen Gesundheitsorganisationen dem „state of the art“ anzugleichen, muss ein Stufensystem des Übersetzens in ausreichendem Umfang niederschwellig zur Verfügung stehen. Im niedergelassenen Bereich ist eher die Möglichkeit gegeben, schriftliche / bildliche Materialien einzusetzen und mehrsprachiges Personal (s. b), z.B. Arzthelfer gezielt zu suchen.

a) Professionelle Dolmetscher, die fähig sind, als interkulturelle ÜbersetzerInnen im Spezialgebiet der Medizin in Dialogsituationen zur sprachlichen und inhaltlichen Verständigung zwischen Gesprächspartnern unterschiedlicher Herkunft beizutragen, [community interpreting] sind hoch qualifizierten Mitarbeiter, und müssen zur Führung von Gesprächen mit größerer Tragweite (z.B. Diagnosemitteilung, Therapieplanung, Aufklärung vor invasiven Prozeduren) oder zu emotional belasteten Inhalten hinzugezogen werden können (3,10).

b) In vielen Situationen können geschulte Laiendolmetscher oder Mitarbeiter mit Migrationshintergrund nach einer speziellen Fortbildung für diese Tätigkeit mit ihrem ausdrücklichen Einverständnis und nach erfolgter Klärung, wie diese Tätigkeit mit ihrer Hauptarbeit zu vereinbaren ist, eingesetzt werden (3).

c) Telefonisch verfügbare Dolmetscherdienste sind für inhaltlich überschaubare, emotional weniger besetzte Themen einsetzbar.

d) Piktogramme, schriftliche Aufklärungen in Fremdsprachen oder Übersetzungssoftware können in spezifischen Situationen (Notfall, in Zeiten außerhalb der Verfügbarkeit von Dolmetschern) hilfreich sein.

Schulung der transkulturellen Kompetenz von Mitarbeitern

Einzelmaßnahmen zur besseren Versorgung von Migranten haben einen hohen Wert – sie erreichen jedoch wesentlich höhere Effektivität, Nachhaltigkeit und damit auch ökonomische Wertigkeit, wenn parallel das Niveau der transkulturellen Kompetenz der Mitarbeiter einer

Gesundheitsorganisation verbessert wird. Noch einmal zur Definition: transkulturelle Kompetenz bedeutet, individuelle Lebenssituationen in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen und zu verstehen und entsprechend angepasste Handlungsweisen ableiten zu können. Dieses äußerst komplexe Anforderungsprofil verlangt vom Mitarbeiter eine professionelle, geschulte Interaktionsfähigkeit (3).

Transkulturelle Kompetenz entwickelt sich aus der Beschäftigung mit und Reflexion der eigenen kulturell und durch Sozialisation geprägten Überzeugungen, Verhaltensweisen und Stereotypen in Kombination mit Lernen über andere Kulturen, Subkulturen oder Sozialsysteme. Weder die medizinische noch die pflegerische Ausbildung in Österreich enthält derzeit spezifische Inhalte zur transkulturellen Kompetenz.

Verankerung transkultureller Kompetenz in der Unternehmenskultur

In einer kulturell kompetenten, personenzentriert arbeitenden Gesundheitsinstitution werden Mitarbeiter dazu verpflichtet, den Umgang mit Verständnisproblemen und wechselseitigen Vorurteilen in der Interaktion mit Migranten und Angehörigen anderer sozialer Segmente zu erlernen, um verbesserte medizinische Ergebnisse zu erreichen und dabei ethischen und ökonomischen Ansprüchen Rechnung zu tragen. Ein Gesundheitsbetrieb kann erst dann als kulturell kompetent angesehen werden, wenn entsprechende Fortbildungsangebote für alle Mitarbeiter von der Führungsebene als wichtig angesehen, verpflichtend angeboten und entsprechend evaluiert werden. In einem solchen Betrieb erfahren Mitarbeiter mit Migrationshintergrund Wertschätzung, ihre transkulturellen Fähigkeiten werden anerkannt. Transkulturelle Kompetenz wird als grundsätzlicher Wert und anzustrebendes Ziel in die Charta der Institution aufgenommen und konsequent umgesetzt (3). In der Wirtschaft ist dieses Konzept unter dem Begriff „diversity management“ bereits Teil der Kultur erfolgreicher Unternehmen (IBM, Bank Austria) und konnte seine wirtschaftliche Effizienz unter Beweis stellen (29). Neben ökonomischen Kriterien, der Kunden- bzw. Pa-

tientenzufriedenheit gehört es zur Zielvorstellung des diversity managements, die Mitarbeiterzufriedenheit und -motivation zu erhöhen. Dieser Aspekt ist für das Gesundheitssystem ebenfalls besonders relevant, um die Abwanderung kompetenter Mitarbeiter nach einer kostenintensiven Ausbildung möglichst zu verhindern.

Zusammenfassung und Ausblick

Aufgrund steigender Zahlen von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund und der Erkenntnis, dass diese Patienten häufig weniger gut medizinisch versorgt sind als Einheimische, wird transkulturelle Kompetenz zur notwendigen Qualifikation, um effektive, ökonomische und für Patienten und Angehörige der Gesundheitsberufe gleichermaßen zufrieden stellende ambulante und stationäre pädiatrische Patientenversorgung zu gewährleisten. Transkulturelle Kompetenz muss in Krankenhäusern auf allen Ebenen mit deutlicher Unterstützung und eindeutigem Bekenntnis durch die Führungsebene eingeführt und unterstützt werden, um nachhaltig zu sein. Transkulturelle Kompetenz einer Organisation setzt die Bereitstellung bestimmter Ressourcen (Dolmetscherdienste, Fortbildungen etc.) und Wertschätzung von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund voraus. Die Kosten für notwendige Ressourcen müssen mit dem angenommenen Gewinn (geringerer Zeitaufwand und diagnostischer Aufwand im Patientenkontakt mit Migranten) im Rahmen einer sorgfältigen ökonomischen Analyse evaluiert werden. Forschung zur Bewertung von Einzelmaßnahmen zur Steigerung der transkulturellen Kompetenz ist dringend notwendig. Transkulturelle Kompetenz sollte als eines der Werkzeuge wahrgenommen werden, die der Pädiater braucht, um einen personenzentrierten Zugang zu seinen Patienten und deren Familien zu finden.

Literatur bei der Verfasserin

Dr. med. Dipl.-Psych. Martina Huemer
Abteilung für Kinder- u. Jugendheilkunde
Landeskrankenhaus (LKH) Bregenz
Carl-Pedenz-Str. 2, A-6900 Bregenz
Tel.: 05574-401-1500
Martina.huemer@lkhb.at

Red.: Christen

Diversity management: Wertschätzung der individuellen und kulturellen Vielfalt führt zu größerer Zufriedenheit und ist ökonomisch effizient

Treatment and Prognostic Impact of Transient Leukemia in Neonates with Down Syndrome

Klusmann JH et al., *Blood* 111, 2991-2998, März 2008

Ungefähr 10 % der Neugeborenen mit Down-Syndrom (DS) zeigen eine meist vorübergehende Veränderung des Blutbildes, die als transiente Leukämie bezeichnet wird. 146 „Down“-Kinder mit mehr als 5 % myeloischen Blasten im peripheren Blut oder Knochenmark wurden in dieser Studie über mindestens 5 Jahre beobachtet. 85 % dieser Kinder überlebten mehr als 5 Jahre. Als Risikofaktoren für die Entwicklung einer myeloischen Leukämie identifizierten die Autoren eine hohe Leukozytose ($> 100.000/\mu\text{l}$), Aszites, Frühgeburt, Blutungsneigung und das Ausbleiben einer spontanen Remission. Patienten mit hohem Leukämie-Risiko wurden früh mit einer Chemotherapie mit niedrigdosiertem Cytarabin (Arabinosid) behandelt. Diese Therapie wurde von allen 28 Patienten gut vertragen und verbesserte das Überleben signifikant. Knapp ein Viertel der Patienten mit transients Leukämie entwickelten später eine myeloische Leukämie bei Down-Syndrom (ML-DS). Die Prognose von Kindern mit ML-DS hat sich bei einer risikoadaptierten Therapie auf mehr als 80% verbessert. Interessanterweise scheint eine vorausgegangene transiente Leukämie ein zusätzlich günstiger Faktor zu sein. Ursache der Leukämie ist in allen Fällen eine Mutation im Gen für GATA 1, einem der wichtigsten X-chromosomal codierten Induktorgene für die Blutbildung. Diese Mutation reicht nicht für die Entstehung einer myeloischen Leukämie aus und bisher ist nicht bekannt, welche zusätzliche(n) Veränderung(en) bei Down-Patienten und GATA 1 Mutation zur Leukämie führ(t)en.

Kommentar:

Viele Patienten mit Down-Syndrom zeigen im frühen Säuglingsalter Veränderungen des Blutbildes, die schwer von einer kongenitalen Leukämie zu unterscheiden sind. Die vorliegende Arbeit grenzt in bisher nicht veröffentlichter Klarheit die transiente Leukämie mit hohem Risiko für eine spätere myeloische Leukämie von eher harmlosen Blutbildveränderungen ab. Ein typischer morphologischer und immunologischer Phänotyp sowie der Nachweis der GATA1-Mutation ist beweisend für eine transiente Leukämie. Patienten mit hohem Risiko sollten früh niedrigdosiert chemotherapiert werden. Zudem steht eine prospektive Studie mit dem Ziel der Prävention der späteren myeloischen Leukämie für Neugeborene mit transients Leukämie aus (TMD-Prävention DFG RE2580-1/1). Die Konsequenz für den niedergelassenen Kinderarzt muss sein, bei Kindern mit Down-Syndrom besonders im ersten Lebensjahr mehrere Kontrollen des Differentialblutbildes (unbedingt mit mikroskopischer Auswertung!, initial 6-wöchentlich) vorzunehmen. Bei Verdacht auf transiente Leukämie sollte der Patient einem pädiatrischen Hämatologen oder in einem pädiatrisch hämatologischen Zentrum zur weiteren Diagnostik vorgestellt werden.

Erfreulicherweise zeigt die vorliegende Arbeit auch die gute Prognose von Kindern mit Down-Syndrom, die wegen einer Leukämie behandelt werden. Ich erinnere mich noch gut an die Jahre zurückliegende Diskussion, inwieweit eine Chemotherapie bei Down-Patienten gerechtfertigt und machbar ist. Nach anfängli-



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

chen Schwierigkeiten mit Hochdosischemotherapie-Protokollen hat sich mittlerweile die Chemotherapie als verträglich und wirksam herausgestellt, sodass über die Indikation zur Behandlung eines Kindes mit Down-Syndrom und Leukämie kein Zweifel mehr besteht.

(Stefan Eber, München)

Antibody Responses to *Borrelia Burgdorferi* in Patients with Antibiotic-Refractory, Antibiotic-Responsive, or Non-Antibiotic-Treated Lyme Arthritis

Kannian P. et al., *Arthritis Rheum* 56:4216-25; Dezember 2007

Ziel: Vergleich der Muster der Antikörperantworten auf *Borrelia Burgdorferi* (BB) bei Patienten mit antibiotikarefraktärer, -responsiver oder nicht antibiotikatherapierter Lyme Arthritis.

Methoden: Mindestens 3 Serumproben von 41 Patienten mit antibiotikarefraktärer Lyme-Arthritis, von 23 Patienten mit antibiotikaresponsiver Arthritis und von 10 nicht antibiotisch behandelten Patienten wurden untersucht, dabei wurde die IgG-Bindung gegen mittels Ultraschall generierten BB-Lysaten und gegen 4 verschiedene Oberflächenantigene (DbpA, VlsE C6, OspA, Arp) von BB mit ELISA gemessen.

Ergebnisse: Bei den nicht antibiotikabehandelten Patienten blieben die anti-BB-Antigen-Titer über einen Zeitraum von 2–5 Jahren erhöht. Im Gegensatz hierzu blieben diese Titer bei den Antibiotika-responsiven Patienten konstant oder verringerten sich in den ersten 1–3 Monaten nach Therapiebeginn; bei diesen Patienten normalisierte sich die Gelenkschwellung während einer einmonatigen Therapie mit oralen Antibiotika. Bei den Patienten mit antibiotikarefraktärer Arthritis, die trotz einer 2–3-monatigen oralen oder intravenösen antibiotischen Therapie eine persistierende Gelenkschwellung über 10 Monate aufwiesen, stieg der mediane Titer gegen die meisten Antigene während der ersten 1–3 Monate an. 4–6 Monate nach Beginn der antibiotischen Therapie zeigte sich aber in beiden antibiotikabehandelten Gruppen ein Rückgang der Titer.

Schlussfolgerung: Während die Titer in der nicht behandelten Gruppe persistierend erhöht waren, fielen sie in den beiden

behandelten Gruppen über 4–6 Monate ab. Dies legt den Schluss nahe, dass die synoviale Inflammation bei Patienten mit antibiotikarefraktärer Arthritis nach der initialen Infektion persistiert.

Kommentar:

Die Arbeit ist interessant, weil sie einen Zusammenhang zwischen dem klinischen und dem laborchemischen Verlauf beschreibt. Dabei ist die Kernaussage, dass eine antibiotische Therapie zu fallenden anti-BB-Antigen-Titern führt. Dies ist von der klinischen Besserung unabhängig. Steigende Titer werden dabei als Persistenz lebender Spirochäten, fallende Titer als erfolgreiche Abtötung der Erreger interpretiert. Leider ist es auch mit dieser Studie nicht möglich, Licht in die Ursache oder die Pathogenese des Übergangs der „unkomplizierten“ in die antibiotikarefraktäre und damit chronische Lyme-Arthritis zu bringen. Bemerkenswert ist die auffallend hohe Zahl an Nonrespondern (n=41; bzw. 76 im Gesamtkollektiv) im Vergleich zu den Respondern (n=23; bzw. 58 im Gesamtkollektiv). Nach unseren Erfahrungen übersteigt die Zahl der Responder bei weitem die der Nonresponder. Möglicherweise ist diese Differenz auch durch eine unterschiedliche Borrelienspezies (USA vs. Europa) zu erklären. Wichtig ist der Hinweis, dass die Nonresponder – nach erfolgloser antibiotischer Therapie – mit NSAR, DMARD und lokaler Steroidinjektion behandelt wurden; somit ist der klinische Verlauf nicht durch die antibiotische Therapie allein zu erklären bzw. es zeigt die Notwendigkeit einer antirheumatischen Therapie für diese Subgruppe.

Das bisherige Vorgehen bei der Lyme-Arthritis besteht in der antibiotischen Therapie (in der Regel i.v.) sowie einer Wiederholung dieser Therapie (dann p.o.) bei Persistenz oder Rezidiv. Eine Kontrolle der Titer hat dabei keinen Einfluss auf die Therapie, da symptomatische Patienten behandelt, aber asymptomatische Patienten mit bloßer Serumnarbe nicht behandelt werden müssen. Nach erfolgloser antibiotischer Therapie ist eine antirheumatische Therapie notwendig, wir verwenden meist intraartikuläre Steroide (Girschik HJ, Huppertz HI, Latsch K. in Wagner, Dannacker: Pädiatrische Rheumatologie S. 277 ff). Eine Änderung dieses Vorgehens ist durch die vorliegende Studie nicht indiziert.

(Toni Hospach, Stuttgart)

A Randomized Clinical Trial of a New Orthodontic Appliance to Improve Upper Airway Obstruction in Infants with Pierre Robins Sequence

Buchenau W et al., *Pediatrics* 151: 145-149, August 2007

In der Universitätsklinik Tübingen wurden in einer randomisierten Studie 11 Säuglinge mit isolierter Pierre-Robin-Sequenz daraufhin untersucht, ob eine neu entwickelte Gaumenplatte mit dorsalem Sporn im Vergleich zu einer herkömmlichen Gaumenplatte eine signifikante Verbesserung der zuvor polysomnographisch nachgewiesenen oberen Luftwegsobstruktion erzielt.

Die Pierre-Robin-Sequenz präsentiert sich klinisch aufgrund der assoziierten Mikro- und Retrognathie, Glossoptose und optionalen Gaumenspalte durch vielfältige Probleme wie obere

Atemwegsobstruktionen und Fütterungsprobleme. Daraus können sekundär Hypoxämien, Hyperkapnien, Cor pulmonale, Ge-deihstörungen, psychomotorische Entwicklungsverzögerungen und auch plötzliche Todesfälle resultieren. Viele der bisherigen Möglichkeiten zur Beseitigung der oberen Atemwegsobstruktion wie z.B. die Glossopexie, Mandibulaextraktion oder Tracheotomien sind aufgrund ihrer Invasivität für den Patienten belastend. Ihre Ergebnisse sind außerdem bisher nicht in einer randomisierten klinischen Studie untersucht worden.

Bei den elf Probanden handelte es sich um im Durchschnitt drei Tage alte Neugeborene mit einer isolierten Pierre-Robin-Sequenz, bei denen eine obere Atemwegsobstruktion polysomnographisch nachweisbar war (Mixed-obstructive apnea index (MOAI) > 3). Patienten mit weiteren größeren Fehlbildungen, einer begleitenden Atemwegsinfektion oder schweren Atemwegsobstruktionen (> 3 SaO₂-Abfälle/h bis unter 60%), wurden von der Studie ausgeschlossen. Die Patienten wurden in zwei Gruppen randomisiert und entsprechend ihrer Gruppenzugehörigkeit mit der neu entwickelten Gaumenplatte oder der konventionellen Variante versorgt. Bei der neuen Gaumenplatte handelte es sich um eine nach dorsal, durch einen abwärts gerichteten Sporn verlängerte Platte (Pre-Epiglottic Baton Plate: PEBP). Dieser Sporn hebt die Zunge nach vorne an und erweitert so sekundär den hypopharyngealen Raum. Des Weiteren fördert die neu entwickelte Gaumenplatte durch die Rückverlagerung der Zunge in ihre anatomisch korrekte Position das Wachstum des Unterkiefers.

Im Anschluss an eine dreitägige Gewöhnungsphase wurden die Kinder beider Gruppen polysomnographisch untersucht, anschließend mit der anderen Gaumenplatte versorgt und nach einer erneuten Gewöhnungsphase erneut polysomnographiert.

Während unter Benutzung der konventionellen Gaumenplatte die Anzahl und Ausprägung oberer Atemwegsobstruktionen unverändert blieb, ließ sich eine signifikante Verbesserung der o.g. Parameter unter PEBP nachweisen. Der MOAI sank hier von durchschnittlich 13,8 ohne orthodontische Versorgung auf 3,9 mit PEBP. Signifikante Nebenwirkungen traten unter keiner der beiden Therapien auf.

Mit der PEBP steht eine weitere Möglichkeit der orthodontischen Versorgung zur Verfügung, die sowohl eine signifikante Verbesserung der oberen Atemwegsobstruktion und somit konsekutiv der sekundären Folgen erzielt als auch oftmals bestehende Fütterungsschwierigkeiten behebt.

Kommentar:

Die bisherigen orthodontischen und kieferchirurgischen Versorgungsoptionen für Kinder mit Pierre-Robin-Sequenz stellten häufig große Belastungen für die jungen Patienten dar oder erzielten nur mäßig befriedigende Ergebnisse im Hinblick auf die Beseitigung der oberen Atemwegsobstruktion bzw. der Fütterungsproblematik. Mit dieser Studie werden die aus der klinischen Erprobung bekannten positiven Effekte einer modifizierten Gaumenplatte (PEBP) bzgl. der oberen Atemwegsobstruktion nachgewiesen. Die Ergebnisse sind im untersuchten Kollektiv so beeindruckend, dass diese Therapieoption in Zukunft deutlich an Bedeutung gewinnen sollte. Es bleibt abzuwarten, ob die positiven Effekte auch auf bisher nicht untersuchte Patientengruppen, insbesondere auf Kinder mit Pierre-Robin-Sequenz und ausgeprägten oberen Atemwegsobstruktionen, übertragbar sind.

(Sandra Overmann, Alfred Wiater, Köln)

Nasal CPAP or Intubation at Birth for Very Preterm Infants

Colin J Morley et al. For the COIN Trial Investigators.
N Engl J Med; 358; 700-708; Februar 2008

In einer internationalen prospektiven Multicenter Studie in Perinatal-Zentren randomisierte ein Autorenteam aus Australien, 610 Neugeborene aus Australien und Neuseeland (329), USA und Kanada (91) sowie Europa (190), die in der 25–28. Schwangerschaftswoche (GW) zwischen April 1999 und März 2006 geboren wurden, 5 Min nach der Geburt entweder mit CPAP (kontinuierlicher nasaler positiver Luftdruck) oder mit Intubation und Beatmung behandelt zu werden. Unmittelbar nach der Geburt erhielten alle Säuglinge Maskenbeatmung. Nach 5 Minuten entschieden die verantwortlichen Neonatologen, ob weitere Atemhilfe erforderlich war. Bei Vorliegen der Einschlusskriterien wurde ein Randomisierungs-Umschlag geöffnet und das Neugeborene der jeweiligen Therapieform zugeordnet.

Die Selektion erfolgte aus einer Gesamtpopulation von 2165 Neugeborenen, von denen 1549 aus verschiedenen Gründen, überwiegend aber wegen fehlender antenataler Zustimmung (1489) ausgeschlossen wurden.

Die Ergebnisse wurden im Alter von 28 Tagen, mit Erreichen der 36. Gestationswoche und vor der Entlassung erhoben.

Ziel der Studie war es, herauszufinden, ob durch CPAP bei sehr unreifen Frühgeborenen die Mortalität und die Entstehung einer bronchopulmonalen Dysplasie (BPD) reduziert werden können.

Mit Erreichen der rechnerisch 36. GW waren von 307 Säuglingen, die mit CPAP behandelt worden waren, 33,9 % verstorben

oder hatten eine BPD entwickelt, verglichen mit 38,9 % von 303 Säuglingen, die mit Intubation behandelt worden waren ($p=0.19$).

Im Alter von 28 Tagen waren aus der CPAP-Gruppe weniger Säuglinge verstorben bzw. benötigten Sauerstoff-Behandlung als in der Gruppe der intubierten Säuglinge ($p=0.006$).

Die Unterschiede in der Letalität waren nicht signifikant.

In der CPAP-Gruppe wurden innerhalb der ersten 5 Lebens-tage 46 % der Säuglinge intubiert und es wurden nur halb so viele mit Surfactant (38) behandelt wie in der Gruppe der primär Intubierten (77) ($p<0.001$).

9 % der Säuglinge der CPAP-Gruppe und 3 % der intubierten Säuglinge entwickelten einen Pneumothorax ($p<0.001$).

Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die Resultate in beiden Gruppen sich nicht signifikant unterscheiden, dass aber in der CPAP-Gruppe Pneumothoraces häufiger auftraten.

Kommentar:

Die vorliegende prospektive Studie der COIN (Continuous Positive Airway Pressure or Intubation at Birth)-Gruppe hat sehr sorgfältig und mit großem Aufwand im Wesentlichen die empirischen Beobachtungen der meisten Neonatologen bestätigt, dass man nämlich durch die primäre „Nasale CPAP-Applikation“ keine günstigeren – aber auch keine schlechteren Ergebnisse erzielt. Schwachpunkte der Studie sind die lange Erfassungszeit von 6 Jahren, die Vielzahl der teilnehmenden Zentren (u.a. waren auch die Klinik für Neonatologie der Charité Berlin und das Perinatalzentrum der Univ. Kinderklinik Freiburg beteiligt) in drei Kontinenten, die hohe Ausfallsquote vor der Randomisierung und die Heterogenität der Population. Wünschenswert wäre eine Subgruppen-Aufschlüsselung der Resultate in den teilnehmenden Zentren gewesen.
(Helmut Helwig, Freiburg)

Nur Ihr Urteil bringt uns weiter!

Wir wollen mehr Informationsqualität für Sie.

Helfen Sie mit, damit Ihnen weiterhin eine gute Fachpresse und ein optimales Informationsangebot zur Verfügung stehen.

In diesen Monaten befragt die Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e.V. Sie und Ihre

Kollegen zum Leseverhalten und zu Ihren Präferenzen in der Fachpresse.

**KINDER-UND
JUGENDARZT**

+

LA-MED

Compliance bei den unterschiedlichen spezifischen Immuntherapien

CONSILIUM
INFECTORUM

Prof. Dr. med.
Bodo Niggemann

Frage: Zur Hyposensibilisierung stellen die verschiedenen Pharmaunternehmen Allergoide mit unterschiedlichem Allergengehalt zur Anwendung bereit.

Gibt es eine aktuelle Studie, die die Compliance bei unterschiedlichen Behandlungsintervallen, Gesamtmenge des verabreichten Allergoids und der Erfolg der Hyposensibilisierung in einen Zusammenhang stellt?

Antwort:

Im Gegensatz zur Compliance bei der Pharmakotherapie liegen leider überhaupt nur wenige Daten zur Compliance bei der spezifischen Immuntherapie (SIT) vor. Diese betreffen überwiegend die subkutane Injektionsroute (SCIT) und konventionelle Allergenextrakte – nicht aber Allergoide. Eine Literatursuche in internationalen Datenbanken zu den Stichworten SIT und „Compliance“ bzw. „Adherence“ ergab nur eine geringe Zahl von Arbeiten, die „Compliance“ als Hauptendpunkt ihrer Untersuchungen hatten.

Da man bei der SCIT sicher ist, dass der Patient die Dosis wirklich bekommt, hängt die Compliance eher davon ab, ob der Patient die Therapie eigenständig abbricht oder wie oft der Patient in die Praxis kommt. In einer älteren Studie aus den USA hatte die Hälfte der Patienten die Therapie über die gesamte Therapiephase abgebrochen [Cohn 1993]. Eine weitere Studie berichtet über 12 % nach drei Jahren [Rhodes 1999]. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine amerikanische Studie, bei der die Non-Compliance-Rate nach einem Jahr Therapie 11 % betrug [Tinkelman 1995]. Diese Zahlen der beiden letztgenannten Studien erscheinen realistisch. Die meisten Therapieabbrücker beenden die SIT innerhalb des ersten Jahres [Wynn 1995].

Folgende Gründe für Non-Compliance wurden genannt: Unbequemlichkeit [Cohn 1993, More 2002], die Ansicht, dass Medikamente besser helfen [Cohn 1993], Skepsis gegenüber dem Erfolg der Behandlung, tatsächliche Symptomverbesserung durch Medikamente, viele Arztbesuche, Nebenwirkungen der Immuntherapie

[More 2002] und eine „Trivialisierung“ des Heuschnupfens [Wynn 1995]. Die Compliance bei der SCIT scheint bei Privatpatienten besser zu sein als bei Kassenpatienten [Lower 1993]. Dies mag daran liegen, dass ein Wissen um die hohen Kosten der Therapie die Compliance günstig beeinflusst.

Bei der sublingualen Immuntherapie (SLIT) ist in Analogie zur Pharmakotherapie davon auszugehen, dass die Kurzzeit-Compliance über einen Zeitraum von Wochen bis mehreren Monaten zwar zufrieden stellend sein kann [Lombardi 2004, Passalacqua 2004, Passalacqua 2006], die Langzeit-Compliance aber ähnlich unbefriedigend wie bei medikamentöser Dauertherapie sein dürfte.

Eine Italienische Arbeitsgruppe publizierte eine Vergleichsstudie zwischen SCIT, SLIT und nasaler Immuntherapie (LNIT). Hierbei zeigte es sich, dass die SCIT im 1., 2. und 3. Therapiejahr die wenigsten Therapieabbrücker aufwies, gefolgt von der SLIT [Pajno 2005]. Die Compliance bei der LNIT war ungleich schlechter.

Der letztendliche Erfolg einer spezifischen Immuntherapie ist aber von einer durchgängigen Compliance abhängig. Maßnahmen zur Erleichterung und Förderung der Compliance bleiben daher ein wesentlicher Aspekt bei der Entwicklung neuer Verabreichungsformen.

Literatur bei InfectoPharm.

Prof. Dr. med. Bodo Niggemann
DRK Klinikum Berlin-Westend
MVZ, Spandauer Damm 130
14050 Berlin

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.

Welche Diagnose wird gestellt?

Frieder Brückner und Peter H. Höger



Abb.: Knotiger Plaque, Pustelbildung, eitriges Sekret.

Anamnese

16-jähriger Junge, seit 2 Wochen vor Aufnahme zunehmend großes gerötetes, juckendes Areal am Hinterkopf. Er schildert, dass aus dieser Stelle klebrige Flüssigkeit austrete und eine Kopfwendung nur unter Schmerzen möglich sei. Seit einer Woche seien zudem Läsionen mit Rötung und Schuppung an linkem Ellenbogen und Schulter sowie rechtem Knie aufgetreten. Es bestand kein Fieber, kein Auslandsaufenthalt, lediglich Kontakt zu Hasen.

Untersuchungsbefund

Stabiler Allgemeinzustand, auf der Kopfhaut okzipital ca. 5x6 cm großes Areal mit Rötung, knotiger Schwellung, Pustelbildung und Ausfluss von eitrigem Sekret. Schmerzhaft nuchale LK-Schwellung. Vereinzelt runde, ca. 1x1 cm große erythematöse Plaques mit Schuppung auf Schulter, Ellenbogen und Knie. Übriger Organstatus o.p.B., im Labor zeigt sich eine Leukozytose von 16,3/nl (71% Neutrophile, 21% Lymphozyten), CRP 6,3 mg/l.

Wie lautet die Diagnose?

Nur Ihr Urteil bringt uns weiter!

Wir wollen mehr Informationsqualität für Sie.

Helfen Sie mit, damit Ihnen weiterhin eine gute Fachpresse und ein optimales Informationsangebot zur Verfügung stehen.

In diesen Monaten befragt die Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e.V. Sie und Ihre

Kollegen zum Leseverhalten und zu Ihren Präferenzen in der Fachpresse.

**KINDER-UND
JUGENDARZT**

+

LA-MED

Diagnose: Tinea capitis et corporis

Definition und Ätiologie

Die Tinea capitis ist eine durch Dermatophyten hervorgerufene und vor allem im Kindesalter kontagiöse Mykose der behaarten Kopfhaut. Die häufigsten Erreger sind *Microsporum (M.) canis* (50–60% der Fälle), *Trichophyton (T.) verucosum*, *T. mentagrophytes* (5–20% der Fälle), *T. tonsurans* (wie in unserem Fall) und andere. Diese Erreger können ebenso eine Tinea corporis auslösen, am häufigsten sind *T. rubrum* und *T. mentagrophytes*. Die Infektion geschieht durch Tierkontakt (Katze, Meerschweinchen, Hamster, Kaninchen u.a.) oder von Mensch zu Mensch (gelegentlich auch über Plüschtiere, Autositze), selten durch Bodenkeime. Zwei Infektionswege werden unterschieden: bei der Ektothrix-Infektion haften die Arthrospoden an der Oberfläche des Haarschaftes an; bei der Endothrix-Infektion dringen die Fadenzpilze in den Haarschaft ein und gelangen so in die Subkutis. In beiden Fällen droht eine bleibende, narbige Alopezie.

Klinisches Bild

Bei der Tinea capitis können Entzündungsreaktionen vollständig fehlen, insbesondere bei der durch *M. canis* hervorgerufenen oberflächlichen Form („trockene Form“): Hier bedecken hellgraue Schuppen scharf begrenzte Alopezie-Herde, zudem brechen die Haare in einer Höhe von 2–3 mm ab. Der Haarausfall ist oft reversibel. Dagegen kommt es bei der entzündlichen, tiefen Form („feuchte Form“) zu juckenden Pusteln (typische Erreger: *T. mentagrophytes*, *T. tonsurans*), die sich zu krustös belegten Plaques oder druckschmerzhaften Knoten (Kerion celsi) bzw. furunkelähnlichen Eiterherden entwickeln, die von einer nuchalen und parazervikalen Lymphknotenschwellung begleitet wird. Die Alopezie ist meist irreversibel.

Als chronisch persistierende, mäßig entzündliche, tiefe Trichophytie wird in Südosteuropa häufig der Favus beobachtet. Schwefelgelbe, übelriechende Schuppenkrusten kennzeichnen das klinische Bild.

Die Tinea corporis ist durch einzelne oder mehrere scharf begrenzte, rundliche, erythematöse Plaques mit randständiger Schuppung gekennzeichnet, meist an nicht bedeckten Arealen (Gesicht, Hals, Arme). In den Plaques können folliculäre Pusteln auftreten. Es besteht leichter Juckreiz.

Diagnostik

Ausführliche Anamnese: Wichtig ist die Anamnese mit der Frage nach Kontakt zu Felltieren, Auslandsaufenthalten und Umgebungskrankheiten.

Wood-Licht: In der Untersuchung mit dem Wood-Licht (UVA-Strahlung von 365 nm) stellt sich eine helle, blaugrüne Fluoreszenz bei Infektionen mit *Microsporum*-Arten (z.B. *M. canis*) und eine grüngelbe Fluoreszenz bei *T. schoenleinii*-Infektionen dar. Ein negativer

Ausfall der Untersuchung schließt eine Pilzinfektion nicht aus.

Materialgewinnung: Die klinische Diagnose wird durch ein Nativpräparat und die Pilzkultur gesichert. Nach ausreichender Haut- und Haardesinfektion werden vom Rand der Entzündungsherde mit einem Skalpell Hautschuppen in eine Petrischale bzw. mit einer sterilen Pinzette befallene Haare epiliert. Abstriche sind hier nicht geeignet!

In der lichtmikroskopischen Untersuchung kann die Morphologie Hinweise auf die Spezies liefern, ebenso der Befallstyp (Endothrix- oder Exothrix-Typ). Die endgültige Artdiagnose kann erst nach 2–6-wöchigem Kulturverfahren geliefert werden. Raschere Diagnostik ist mittels PCR möglich, jedoch noch nicht weit verbreitet.

Differentialdiagnosen

Die Tinea capitis muss differentialdiagnostisch von dem seborrhoischen Ekzem, der Psoriasis capitis, bakteriellen Follikulitis, Alopecia areata, Lichen ruber, diskoider Lupus erythematodes und von einer Trichotillomanie abgegrenzt werden; die Tinea corporis vom nummulären Ekzem, Psoriasis vulgaris, Granuloma anulare, Pityriasis rosea und andere.

Therapie

Die Tinea capitis muss lokal und intern, die Tinea corporis lokal und nur bei multiplen Herden auch intern behandelt werden.

Vor Beginn der Therapie sollte die Infektionsquelle identifiziert und eliminiert bzw. mitbehandelt werden.

Die **topische Therapie** ist zur Verkürzung der systemischen Behandlungsdauer erforderlich. Fungistatisch wirksam sind Imidazol-Derivate: Clotrimazol, Econazol, Ciclopirox und andere. Fungizide Wirkstoffe sind Terbinafin, Ciclopirox-Olamin, Amorolfin und andere. Das Externum wird je nach Wirkstoff ein- bis zweimal täglich bis zur Abheilung und zwei Wochen darüber hinaus auf die erkrankten Stellen aufgetragen. Bei der Tinea capitis sind zusätzlich spezielle Shampoos mit Selendisulfid oder Ketoconazol zweimal pro Woche zu empfehlen. Eine Kürzung der Haare reduziert signifikant die Infektionslast.

Für die **systemische Therapie** ist Griseofulvin weiterhin das einzig zugelassene Präparat im Kindesalter. Im Vergleich zu neuen Antimykotika ist seine Wirksamkeit deutlich geringer, so dass höhere Dosierungen (statt 10–15 eher 15–20 mg/kg/d) benötigt werden. Aufgrund häufiger Nebenwirkungen ist das Nutzen-Risiko-Verhältnis von Griseofulvin im Vergleich zu den Azol-Derivaten und Terbinafin ungünstig. Letzteres ist in Österreich und in der Schweiz, jedoch noch nicht in Deutschland für Kinder zugelassen und scheint vergleichsweise gut verträglich. Itraconazol erwies in Studien eine gute Wirksamkeit bei der Behandlung der Tinea capitis.

Die Behandlungsdauer der Tinea capitis liegt, je nach Erreger, bei vier Wochen (*Trichophyton* spp.) bzw. sechs

bis acht Wochen (*Microsporum* spp.), bei der Tinea corporis beträgt sie 10–14 Tage. Cave: Für alle Azol-Derivate besteht aufgrund ihrer Metabolisierung über das Cytochrom-P450-System die Gefahr von Arzneimittelinteraktionen, insbesondere mit Makroliden.

Behandlungsstrategien der Tinea capitis

Neben der klinischen Heilung ist die Erreger-Elimination das Ziel. Daher ist folgendes Vorgehen zu empfehlen: Behandlungsdauer vier Wochen systemisch und lokal, anschliessend erneut mykologische Kultur anlegen. Bis zum Vorliegen des Befundes Unterbrechen der oralen, Fortführen der lokalen Therapie. Bei positiver Kultur erneute zweiwöchige orale Therapie; Wiederholen dieses Vorgehens alle zwei Wochen, bis die Kulturen negativ sind.

Prophylaxe: Desinfektionsmassnahmen in gemeinschaftlich genutzten Wasch-, Dusch- und Umkleieräumen sind expositionprophylaktisch wirksam. Das Waschen von Kleidungsstücken bei 90°C tötet Dermatophyten ab. Schuh-Desinfektion ist in einem mit 3%iger

Formaldehyd-Lösung getränktem Wattebausch im gut geschlossenen Plastikbeutel möglich. Bei anthropophilen Erregern sollten Familienmitglieder und nahe Kontaktpersonen untersucht werden. Kinder, welche eine geeignete systemische und lokale Therapie erhalten, können die Schule besuchen.

Literatur

- Foster K., Friedlander S, Panzer H et al, J Am Acad Dermatol 2005; 53: 798-809.
Ginter-Hanselmayer G, Smolle J, Gupta A, Ped Dermatol 2004; 21: 499-502.
Möhrenschlager M, Korting H, Seidl H et al, Hautarzt 2002; 53: 788-794.
Seebacher C, Abeck D, Brasch J et al, Leitlinie Tinea capitis, JDDG 2006; 4: 1085-1092.
Winterscheid M, Arznei-Telegramm 2001; Nr. 4: 32, 45.

Dr. Frieder Brückner und Prof. Dr. Peter H. Höger
Abteilung Pädiatrische Dermatologie
Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Liliencronstraße 130
22149 Hamburg



Impfforum

Erhöhtes Risiko für Fieberkrämpfe nach 1. Dosis MMRV in den USA

Kombinationsimpfstoffe sind segensreich: sie ermöglichen es uns, alle empfohlenen Impfungen in den ersten Lebensjahren mit einer geringen Anzahl von Injektionen zeitgerecht (Kalies et al., *Pediatr Infect Dis J* 2006;25:507-12) durchzuführen. Hinzu kommt, dass durch die geringere Zahl von Injektionen auch die Nebenwirkungen im allgemeinen reduziert sind. Das freut das Kind, die Eltern, und den Arzt. Nun irritiert eine Nachricht aus den USA über ein erhöhtes Risiko für Fieberkrämpfe nach 1. Dosis eines MMRV-Kombinationsimpfstoffs (ProQuad®, *MMWR* 2008;57:258-260). Schon aus den Zulassungsstudien weiss man, dass im Vergleich zu getrennter Applikation von MMR- und Varizellenimpfung (MMR+V) die Fieberrate ($\geq 38.9^\circ\text{C}$) bei Verwendung von MMRV erhöht ist: zwischen Tag 5 und 12 nach 1. Dosis betrug die Rate 27.7% versus 18.7%. Dies könnte dadurch erklärt sein, dass der Gehalt an VZV im Kombinations-

impfstoff aus immunologischen Gründen wesentlich höher ist als im monovalenten Varizellenimpfstoff des gleichen Herstellers. Bei Anwendung des MMRV Impfstoffs fand man nun in einer Analyse des „Vaccine Safety Datalink“ Netzwerks der Centers for Disease Control in den USA, wenig überraschend, zwischen Tag 7 und 10 nach erstmaliger Impfung mit MMRV im 2. Lebensjahr 9 Fieberkrämpfe auf 10'000 Dosen im Vergleich zu 4 nach MMR+V ($p < 0.0001$), also ein zusätzliches Risiko von 1 auf 2000 Impfdosen. Eine Zwischenauswertung von Daten des Herstellers (Fa. Merck) kommt zu einem ähnlichen Ergebnis: 5 versus 2 Fieberkrämpfe zwischen Tag 7 und 10 pro 10'000 Impfdosen. Bei Betrachtung aller Fieberkrämpfe zwischen Tag 0 und 30 nach Impfung war das Verhältnis 10 (MMRV) versus 13 (MMR+V) pro 10'000 Impfdosen. Somit handelt es sich also um einen deutlichen Clustereffekt, der zwar kurzzeitig (zwischen Tag 7 und 10 nach Impfung) ein er-

höhtes Risiko für einen Fieberkrampf bei Anwendung von MMRV anzeigt, welches aber durch ein reduziertes Risiko in den Tagen davor und danach wieder egalisiert wird. Nichtsdestoweniger ist die Impfkommision in den USA (ACIP) von der „bevorzugten“ Empfehlung für MMRV abgewichen und empfiehlt nun MMRV und MMR+V als gleichwertig. Notabene: Dieser MMRV Impfstoff ist bei uns zwar zugelassen, aber nicht im Handel.

Wie ist die Situation bei dem in Deutschland verfügbaren MMRV-Impfstoff (Priorix-Terta®)? In einer Mainzer Studie (Knuf et al., *Pediatr Infect Dis J* 2006;25:12-18) fand

man in den ersten 15 Tagen nach der 1. Dosis MMRV bei 67.7% der geimpften Kinder (12-18 Monate alt) Fieber ($\geq 38^\circ\text{C}$ rektal) im Vergleich zu 48.8% nach MMR+V ($p < 0.05$); der Gipfel des Auftretens von Fieber lag zwischen Tag 5 und 12. Bei diesem MMRV Impfstoff ist der Gehalt an Mumpsviren deutlich höher als in MMR. Ein erhöhtes Risiko für Fieberkrämpfe ist bislang aber nicht bekannt geworden. Holzaue sei wachsam – der Appell an Sie: Denken Sie an die Meldepflicht von Verdachtsfällen von Impfnebenwirkungen und melden Sie auch Fieberkrämpfe im zeitlichen Zusammenhang zu Impfungen jeglicher Art Ihrem Gesundheitsamt!

Und hier noch eine gute Nachricht:

Rückgang invasiver Pneumokokken-Infektionen in den USA

Der Rückgang invasiver Pneumokokken-Infektionen (IPI) in den USA nach Einführung des Impfprogramms mit Konjugatimpfstoff ist eindrucksvoll und anhaltend (*MMWR* 2008;57:144-148): während die Inzidenz bei Kindern unter 5 Jahren vorher (1998/99) 98.7 pro 100'000 betrug, lag sie 2005 bei nur 23.4, ein Rückgang von 77%, was mehr als 14'000 (!) Fällen von IPI allein im Jahr 2005 entspricht. Der ausgeprägteste Rückgang war bei 1-Jährigen zu verzeichnen (82%). Ein Wermutstropfen: zwischen 2002 und 2005 war kein weiterer Rückgang mehr zu verzeichnen. Nurmehr 7% aller IPI im Jahr 2005 bei Kindern unter 5 Jahren waren durch Impfstoff-Serotypen verursacht, das Verhinderungspo-

tential ist also nahezu ausgeschöpft, und 40% aller verbliebenen IPI im Jahr 2005 waren allein durch den Serotypen 19A verursacht, der nicht im 7-valenten Impfstoff enthalten ist. Aussicht auf eine Lösung besteht, denn ein im Zulassungsverfahren befindlicher erweiterter 13-valenter Impfstoff enthält u.a. auch den Serotyp 19A. Jedoch, IPI wird es auch dann weiterhin geben, wenn auch wesentlich seltener als vor Einführung der Impfung. Wir dürfen auf die Entwicklung der Epidemiologie der IPI bei uns in Deutschland gespannt sein! Im Jahr 2 nach Einführung der Impfung sollte allmählich ein messbarer Rückgang von IPI eintreten.

Prof. Dr. Ulrich Heininger, Basel

Red.: Christen

Von der Vertragsarztzulassung zur Anstellung

Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz hat der Gesetzgeber zum 1. Januar 2007 das Spektrum der Leistungserbringung im vertragsärztlichen Bereich maßgeblich geändert. Bis dahin konnten nur Medizinische Versorgungszentren (MVZ) davon profitieren, dass ein Vertragsarzt in einem gesperrten Planungsbereich auf seine Vertragsarztzulassung verzichtet, um zukünftig als angestellter Arzt tätig zu sein. Seitdem ist dies auch Vertragsärzten möglich. Motiv für den Gesetzgeber, die Umwandlung einer Vertragsarztzulassung in ein Anstellungsverhältnis zu ermöglichen, ist es, Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit einzuräumen, ihren Beruf als Angestellte und mithin ohne Übernahme eines wirtschaftlichen Risikos ausüben zu können.

In der Praxis wird zunehmend Gebrauch von der gesetzlich eingeräumten Möglichkeit gemacht.



Dr. Karl-Heinz Möller

Gesetzliche Grundlage

§ 103 Abs. 4b SGB V bestimmt:

„Verzichtet ein Vertragsarzt in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf seine Zulassung, um bei einem Vertragsarzt als nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellter Arzt tätig zu werden, so hat der Zulassungsausschuss die Anstellung zu genehmigen; [...]. Die Nachbesetzung der Stelle eines nach § 95 Abs. 9 Satz 1 angestellten Arztes ist möglich, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind.“

Zum Verfahren

1. Anordnung von Zulassungsbeschränkungen

Die Umwandlungsmöglichkeit der Vertragsarztzulassung in eine Anstellung ist gesetzlich ausdrücklich vorgesehen für Fachgebiete, für welche in dem für den Praxis-sitz maßgeblichen Planungsbereich Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Ist das nicht der Fall, bedarf es nicht zunächst der Beantragung einer Vertragsarztzulassung, die dann in eine Arztstelle umgewandelt wird. Vielmehr kann die Anstellungsgenehmigung unmittelbar beantragt werden.

Unberührt von der neuen gesetzlichen Möglichkeit bleibt die Begründung eines sog. Job-Sharing-Anstellungsverhältnisses gemäß § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V mit den nach wie vor bestehenden Abrechnungsbeschränkungen.

2. Verzicht

Der Verzicht auf die Zulassung richtet sich nach § 28 Abs. 1 Satz 1 Ärzte-Zulassungsverordnung. Der Zulassungsverzicht ist eine einseitige, an den Zulassungsausschuss gerichtete Willenserklärung, die auf die Beendigung des Status als Vertragsarzt abzielt. Der Vertragsarzt

kann den Verzicht persönlich schriftlich oder zu Protokoll bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses erklären. Die Verzichtserklärung wird wirksam mit ihrem Zugang beim Zulassungsausschuss, ohne dass einer gesonderten Annahme durch den Zulassungsausschuss bedarf. Der Vertragsarzt kann sich von dem Verzicht nicht durch einseitige Erklärung lösen.

Soweit dies von den Zulassungsgremien anerkannt wird, ist dringend zu empfehlen, die Verzichtserklärung mit der Bedingung zu versehen, dass die Anstellungsgenehmigung *bestandskräftig* erteilt wird! Ansonsten besteht die Gefahr, dass die Vertragsarztzulassung endet und die Tätigkeit als angestellter Arzt gegebenenfalls nicht aufgenommen werden kann oder im Falle des Widerspruchs eingestellt werden muss.

Gemäß § 28 Abs. 1 Satz 1 Ärzte-Zulassungsverordnung wird der Verzicht auf die Vertragsarztzulassung mit dem Ende des auf den Zugang der Verzichtserklärung folgenden Kalendervierteljahres wirksam. Geht die Verzichtserklärung dem Zulassungsausschuss beispielsweise Anfang Januar eines Jahres zu, so endet die Zulassung mit Ablauf des 30. Juni desselben Jahres. Viele – arztfreundliche – Zulassungsausschüsse genehmigen die Umwandlung der Vertragsarztzulassung in eine Anstellung auch schon vor Ablauf der gesetzlich vorgesehenen Frist.

3. Anstellung

Die Genehmigung der Anstellung erfolgt auf der Grundlage des dem Zulassungsausschuss vorzulegenden Anstellungsvertrages. Sogenannte freie Mitarbeiterverträge werden nicht anerkannt. Soll die Tätigkeit in einer Gemeinschaftspraxis erfolgen, ist der Anstellungsvertrag grundsätzlich mit dieser abzuschließen, auch wenn die Arztstelle vertragsarztrechtlich an die Zulassung eines konkreten Arztes gebunden ist.

Der Autor ist
Fachanwalt für
Medizinrecht
und Justitiar
des BVKJ

Regelmäßig überprüfen die Zulassungsausschüsse den zeitlichen Umfang der Tätigkeit.

Wie bereits bisher bei MVZ, ist auch bei Arztpraxen festzustellen, dass die neue gesetzliche Möglichkeit genutzt wird, um letztlich Zulassungen zu erwerben. Die Erwerberpraxis ist häufig nicht so sehr daran interessiert, den vormaligen Vertragsarzt dauerhaft zu beschäftigen. Ziel ist es eher, eine Zulassung zu akquirieren, um die so geschaffene Arztstelle durch eine jüngere Ärztin/einen jüngeren Arzt zu besetzen.

Auch der vormalige Vertragsarzt ist oftmals wenig gewillt, sich dauerhaft in eine ihm fremde Organisation einbinden zu lassen. Langjährig praktizierte Freiberuflichkeit verträgt sich nicht unbedingt mit einem Anstellungstatus!

Vor diesem Hintergrund ist die Frage besonders praxisrelevant, ob der ehemalige Vertragsarzt überhaupt und falls ja, für welchen Zeitraum tatsächlich in der Erwerberpraxis tätig sein muss. Das Gesetz schweigt zu diesem Problem. Soweit ersichtlich, differiert die Praxis der Zulassungsausschüsse. Statistiken existieren nicht. Teilweise wird berichtet, dass eine Tätigkeit von wenigen Stunden für ausreichend angesehen wird. Andere Zulassungsausschüsse verlangen eine konkrete Tätigkeit in der Praxis für mindestens ein Quartal. Durch Urlaub und Erkrankung kann sich die tatsächliche Dauer der Angestelltentätigkeit in vielen Einzelfällen erheblich reduzieren!

Vor allzu mutigen Konstruktionen sei indes gewarnt. Es ist damit zu rechnen, dass einzelne Kassenärztliche Vereinigungen/Zulassungsgremien bei zu kurzer ärztlicher Tätigkeit eine Umgehung der gesetzlichen Vorgaben annehmen werden. Gegebenenfalls kann die Erteilung der Anstellungsgenehmigung versagt oder eine bereits erteilte Genehmigung widerrufen werden. Auch können sich Probleme bei der anschließenden Nachbesetzung der Arztstelle ergeben.

4. Genehmigung durch den Zulassungsausschuss

Die Anstellungsgenehmigung ist durch den zukünftigen Arbeitgeber – nicht den auf seine Zulassung verzichtenden Vertragsarzt – bei dem für den Praxissitz zuständigen Zulassungsausschuss zu beantragen. Die meisten Zulassungsausschüsse halten entsprechende Formulare vor, derer man sich aus Praktikabilitätsgründen bedienen sollte.

Auf die Erteilung der Genehmigung besteht ein Rechtsanspruch. Dem Zulassungsausschuss ist es insbesondere untersagt, gegebenenfalls Versorgungsaspekte anzuführen, um eine Versagung zu begründen.

Die Erteilung der Genehmigung erfolgt regelmäßig nach mündlicher Verhandlung. Nicht selten vergehen mehrere Wochen bis zum Zugang des Genehmigungsbescheids. Die Bestandskraft der Genehmigung tritt einen Monat nach Zustellung des Bescheids ein. Erbringt der angestellte Arzt vorher vertragsärztliche Leistungen, werden diese im Falle der Einlegung eines Widerspruchs nicht vergütet!

Die Verwaltungsgebühr beträgt 120,- €. Zusätzlich ist nach erfolgter Genehmigung eine Verwaltungsgebühr in Höhe von 400,- € zu entrichten.

IV. Verkauf der Praxis

Regelmäßig ist ein Vertragsarzt, der einer ärztlichen Tätigkeit auf freiberuflicher Basis nachgegangen ist, nur dann zur Umwandlung der Vertragsarztzulassung in eine Anstellung bereit, wenn ihm seine bisherige Praxis abgekauft wird. Aus rein strategischen Gründen werden teilweise – je nach Fachgebiet – relativ hohe Kaufpreise gezahlt, auch wenn es letztlich nur darum geht, die Vertragsarztzulassung überzuleiten.

Auch wenn der Erwerb der Praxis nicht im Vordergrund steht, sollte die Praxisabgabe auf der Grundlage eines soliden rechtlichen Fundaments erfolgen. Hierzu zählt in besonderem Maße die Beachtung der Vorgaben zum Datenschutz und zur ärztlichen Verschwiegenheit (vgl. § 10 Abs. 4 Musterberufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte). Ein unsorgfältiger Umgang mit Patientendaten kann zur Nichtigkeit der gesamten Vertragskonstruktion führen!

Aus der Sicht der Erwerberpraxis kann es sich anbieten, die Fälligkeit der Kaufpreisforderung davon abhängig zu machen, dass die Arztstelle nicht nur entsteht, sondern auch bestandskräftig nachbesetzt wird.

V. Nachbesetzung der Arztstelle

Endet das Anstellungsverhältnis, kann die Arztstelle nachbesetzt werden. Hierzu ist – anders als bei der Nachbesetzung einer Vertragsarztzulassung im gesperrten Planungsbereich – kein kompliziertes Ausschreibungsverfahren durchzuführen. Es ist lediglich beim Zulassungsausschuss der Antrag auf Genehmigung der Anstellung einer anderen Ärztin/eines anderen Arztes zu stellen. Liegen die Genehmigungsvoraussetzungen in der Person des Nachfolgers vor, hat dieser die Anstellungsgenehmigung zu erteilen, ohne dass ein gesondertes Auswahlverfahren durchzuführen ist. Auch hierin liegt ein wesentlicher Vorteil der Umwandlung.

VI. Vertragsarztrechtliche Besonderheiten

1. Teilzeitstellen

Bedarfsplanungsrechtlich muss der vormalige Vertragsarzt mehr als 30 Stunden beschäftigt sein, um eine volle Arztstelle in der Vertragsarztpraxis zu schaffen. Die Arztstelle kann in bis zu vier Teilzeitstellen aufgeteilt werden.

2. Anzahl der Arztstellen

Nach Maßgabe der Bundesmantelverträge hat der Vertragsarzt, der einen angestellten Arzt oder mehrere angestellte Ärzte beschäftigt, die persönliche Leitung der Praxis sicherzustellen. Demgemäß dürfen je Vertragsarzt grundsätzlich nicht mehr als drei vollzeitbeschäftigte oder teilzeitbeschäftigte Ärzte in einer Anzahl, welche im zeitlichen Umfang ihrer Arbeitszeit drei vollzeitbeschäftigten Ärzten entspricht, angestellt werden. Weiterbildungsassistenten werden nicht mitgezählt.

3. Abrechnungsgrundlage

Es empfiehlt sich, vor Durchführung der Umwandlung mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung abzuklären, welche Auswirkungen diese Maßnahme auf

die Abrechnungsgrundlage der Praxis hat. So bestimmt § 7 Abs. 4f Honorarverteilungsvertrag der KV Nordrhein, dass der anzustellende Vertragsarzt sein früheres Budget „mitnimmt“. Eine 40 Wochenstunden unterschreitende Arbeitszeit kann zu einer Budgetminderung führen.

4. Abrechnungsgenehmigungen

Im vertragsärztlichen Bereich bedarf die Erbringung einer Vielzahl von Leistungen einer speziellen Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Teilweise ist die Erteilung der Genehmigung an spezielle Voraussetzungen gebunden, die auch in der Person des angestellten Arztes erfüllt sein können. Genehmigungsinhaber ist aber stets der Vertragsarzt als Praxisinhaber. Da bestehende Genehmigungen bei der Umwandlung einer Vertragsarztzulassung in eine Arztstelle nicht automatisch umgeschrieben werden, sollten die entsprechenden Anträge rechtzeitig gestellt werden, damit die Leistungen erbracht und abgerechnet werden können.

5. Keine Rückumwandlung

Der Gesetzgeber hat den Statuswechsel nur in eine Richtung vorgesehen, nämlich von der Vertragsarztzulassung zur Arztstelle und nicht die Rückumwandlung von der Arztstelle in eine Vertragsarztzulassung. Ob Gerichte die Vorgaben des Gesetzgebers insoweit korrigieren werden, dass sie eine Rückumwandlung für zulässig erachten, erscheint äußerst zweifelhaft. Von daher sollte sich niemand zur Umwandlung seiner Vertragsarztzulassung in eine Arztstelle mit dem Argument überreden lassen, man könne alles rückgängig machen.

VII. Sozialversicherungsrechtliche Aspekte

Wechselt ein noch nicht 55 Jahre alter, bisher privat krankenversicherter Arzt in die Anstellung, führt dies gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V zur gesetzlichen Pflichtmitgliedschaft in der GKV, und zwar unabhängig davon, welches Einkommen der Arzt als Freiberufler erzielt hat oder als Angestellter erhält.

Gleichzeitig wird er zur Arbeitslosenversicherung beitragspflichtig. Von der gesetzlichen Rentenversicherung ist der Arzt befreit, solange er Mitglied im Versorgungswerk seiner Ärztekammer ist.

VIII. Steuerliche Überlegungen

Der Verzicht auf die Vertragsarztzulassung bei gleichzeitigem Verkauf der Praxis und Begründung eines Anstellungsverhältnisses bedarf sowohl auf Seiten des verzichtenden Vertragsarztes als auch des Erwerbers der steuerlichen Begleitung.

Ist Ziel des Vorhabens primär oder ausschließlich der Erwerb der Vertragsarztzulassung, besteht für den Er-

werber die Gefahr, den Kaufpreis ganz oder teilweise nicht abschreiben zu können!

Der verzichtende und seine Praxis veräußernde Arzt kann den Veräußerungserlös unter bestimmten Voraussetzungen begünstigt versteuern. Hierzu muss er seine freiberufliche Tätigkeit vom Grundsatz her einstellen, wobei allerdings eine Fortsetzung in geringem Umfang unschädlich ist.

Der seine Praxis mit angestellten Ärzten betreibende Vertragsarzt sollte im Vorfeld klären, ob hierdurch seine Gesamteinkünfte aus der Praxis gewerbsteuerpflichtig werden. Auch wenn die Gewerbesteuerproblematik aufgrund der Anrechnungsmöglichkeit der Gewerbesteuer auf die Einkommensteuer viel von ihrem früheren Schrecken verloren hat, besteht auch insofern steuerlicher Beratungsbedarf.

Ausblick

Im Einzelfall mag es gute Argumente dafür geben, eine Vertragsarztzulassung in eine Arztstelle umzuwandeln. Dies kann insbesondere sinnvoll sein bei sogenannten Junior-Partnerschaften, die schon bisher in Anlehnung an ein Anstellungsverhältnis gestaltet waren.

Ob es lohnt, Aufwendungen zwecks Erwerbs einer Vertragsarztzulassung zu tätigen, ist im Einzelfall genauestens zu analysieren.

Zum 1. April 2007 hat der Gesetzgeber die Zulassungsbeschränkungen für Vertragszahnärzte beseitigt. Mit entsprechenden Maßnahmen ist mittelfristig auch im vertragsärztlichen Bereich zu rechnen. Der Gesetzgeber hat dem Bewertungsausschuss aufgegeben, bis zum 31. März 2012 einen Bericht zum Niederlassungsverhalten von Ärzten vorzulegen. Das Bundesministerium für Gesundheit wird dann bis zum 30. Juni 2012 dem Bundestag zu berichten haben, ob auch für den „Bereich der ärztlichen Versorgung auf die Steuerung des Niederlassungsverhaltens durch Zulassungsbeschränkungen verzichtet werden kann“ (§ 87 Abs. 7 SGB V).

Je nachdem, wie sich der Gesetzgeber entscheiden wird, kann hiermit faktisch die Unveräußerbarkeit der Praxis verbunden sein. Für manchen Vertragsarzt kann es demgemäß lohnend sein, seine Praxis zu einem Zeitpunkt zu veräußern, zu welchem noch eine Nachfrage besteht.

Dr. Karl-Heinz Möller
Pfeifferstraße 6
40625 Düsseldorf
www.m-u-p.info

Red: ReH

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

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



● Aus der Verbandsarbeit

Fünfter Assistentenkongress vom 25. bis 27. April 2008 in Potsdam

Der Kongressleiter Prof. Hans-Jürgen Nentwich konnte zufrieden sein: Das Wetter, die Umgebung, das Tagungshotel, das Seminarangebot und die Referentinnen und Referenten entsprachen den Erwartungen. Nur die Pausenverpflegung, meinten einige der etwa 70 Tagungsteilnehmerinnen, hätte etwas üppiger sein können. Es kamen wirklich hauptsächlich Kolleginnen (über 90%), um hier das zu lernen, was ihnen die Klinik nicht ausreichend bieten kann. Impfungen, Vorsorgen, Langzeitpatienten einschließlich Betreuung und beratender Elterngespräche – die Defizite der Ausbildung für die ambulante Tätigkeit sind in allen Fachgebieten bekannt, daher hätten die Teilnehmer durchaus zahlreicher sein können.

„Ich würde jederzeit wieder Kinder- und Jugendarzt werden“, bekennt Dr. Wolfram Hartmann in seinem sehr persönlichen Schlusswort, „für mich ist und bleibt die Pädiatrie eines der schönsten Fächer der Medizin, trotz der derzeitigen berufspolitischen Widrigkeiten, mit denen wir Kinder- und Jugendärzte zu kämpfen haben“. Das macht Mut und so können wir gespannt sein auf den nächsten Assistentenkongress, da neben dem Standortwechsel von Potsdam nach Nürnberg auch ein neues Konzept in Planung ist.

Interview mit Dr. Anne Herciuk aus Halberstadt

Sie ist Mutter von zwei Kindern, im letzten Facharztjahr in der örtlichen Kinderklinik tätig.

Was erwarten Sie von einem Assistentenkongress?

Ich bin jetzt schon das dritte Mal in Potsdam. In der Klinik lernen wir einfach viel zu wenig über die Tätigkeit in der ambulan-

ten Pädiatrie. Das fängt bei den Vorsorgeuntersuchungen, den Impfungen bis zu den psychischen Problemen und geht weiter bis zur Gesprächsführung bei schwierigen Eltern. Der Kongress ist eine notwendige Ergänzung meiner fachärztliche Ausbildung.

Würden Sie wieder nach Potsdam kommen?

Mir gefallen der Tagungsort und das schöne Ambiente am Templiner See. Das Programm ist breit gestreut und praxisnah.

Die Auswahl der Referenten und die angebotenen Workshops waren auch dieses Jahr sehr gut.

Was planen Sie für die Zukunft?

Nach meiner Facharztprüfung habe ich vor, in einem MVZ als angestellte Ärztin zu arbeiten. Ich hoffe, die Arbeitsbedingungen sind insoweit geregelt und lassen mir genug Zeit, mich wieder etwas intensiver um meine Familie zu kümmern. Trotzdem, etwas Angst habe ich schon vor der Niederlassung. Da kommt einiges Unbekanntes auf mich zu.



Dr. Anne Herciuk,
Halberstadt

Die Fragen stellte Dr. Wolfgang Gempp.

Obleutetreffen am 3.5.2008 in Hildesheim

Die bundesweite Obleuteversammlung ist kein Entscheidungsgremium des BVKJ, das ist die Delegiertenversammlung, aber die Meinung der Obleute ist für den Vorstand ein wichtiges Stimmungsbarmeter. Wie denkt die Basis? Was sind die brennenden Probleme? Wo drückt der Schuh? Die Obleute müssen die aktuelle Verbandspolitik kennen, denn sie haben die Aufgabe, die Basis zu informieren, Beschlüsse der Delegiertenversammlung und des Vorstandes umzusetzen und die politische Richtung des Verbandes der lokalen Öffentlichkeit zu vermitteln.

Im Jahre 2008 herrscht in der Gesundheitspolitik so etwas wie gespanntes Abwarten. Niemand weiß genau, wie es nächstes Jahr weitergehen wird, aber alle versuchen hinter den Kulissen, sich eine möglichst vorteilhafte Ausgangsstellung für die zu erwartenden Auseinandersetzungen zu verschaffen.

So ging auch Dr. Wolfram Hartmann in seinem Grundsatzreferat auf die brisante berufspolitische Lage ein, deren wichtigsten Aspekte anschließend im Plenum mit den 113 anwesenden Obleuten ausführlich diskutiert wurden.

Besondere Aufmerksamkeit galt den **Problemen in Baden-Württemberg mit dem Hausarztvertrag** der AOK, an dem der

BVKJ ja nicht beteiligt ist – und der nach dem bisher veröffentlichten Diskussionsstand keinerlei pädiatrische Aspekte berücksichtigt. Sobald der Vertragstext vorliegt, wird er von BVKJ auch juristisch eingehend geprüft und dann entscheiden Vorstand zusammen mit dem LV-BW, welche Reaktion in der Öffentlichkeit angemessen ist. Die bisherigen Gespräche zwischen LV-Vorstand, Medi, AOK und HÄV waren jedenfalls aus Sicht der Kinder- und Jugendärzte völlig unbefriedigend.

Inzwischen wurde der Vertragstext veröffentlicht. Der BVKJ reagierte mit der nebenstehend abgedruckten Presseveröffentlichung.

Hinsichtlich der **Verhandlungen mit dem Hausärzterverband auf Bundesebene** haben die Obleute dem Vorstand den Rücken gestärkt und unterstrichen, dass der BVKJ an den Forderungen nach einer Abbildung pädiatrischer Kernkompetenz, die sich an den Inhalten der WBO orientiert im EBM und in den Sonderverträgen festhält und auch weiterhin die Forderung aufrecht erhält, dass die Abrechnung von Kinderfrüherkennungsuntersuchungen grundsätzlich an eine abgeschlossene pädiatrische Weiterbildung geknüpft werden soll. Dass der BVKJ den IST-Zustand nicht än-

dern kann und KVen und KBV möglicherweise Verträge abschließen, die dieser Forderung widersprechen, indem sie die Qualifikationsanforderungen niedriger hängen, ist allen bewusst gewesen. Trotzdem sei der BVKJ nicht gezwungen, seine Position hier zu verändern. Die Obleute waren ebenfalls der Meinung, dass der HÄV Verhandlungs- und Gesprächsbereitschaft signalisieren müsse. Der HÄV muss – auch intern – endlich eine ernsthafte Qualitätsdiskussion beginnen. Die Vorschläge des BVKJ liegen seit 2003 unbeantwortet auf dem Tisch. Solange hier keine Fortschritte erzielt werden, können die Allgemeinärzte nicht verlangen, ohne jeden Nachweis einer pädiatrischen Qualifikation, grundsätzlich Zugang zu allen Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin zu haben. Der BVKJ wird erneut die auch auf europäischer Ebene formulierten Basisqualifikationen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen einbringen.

Über die **Haltung des BVKJ zu einem Systemausstieg/Korbmodell** wurde zum Abschluss ebenfalls intensiv diskutiert. Bei der Abstimmung darüber, ob es jetzt einen akuten Handlungsbedarf des BVKJ gebe, um die Weichen für einen Systemausstieg zu stellen, gab es eine Patt-Situation in der Versammlung. Leider waren zu diesem Zeitpunkt viele Obleute vor dem offiziellen Ende der Versammlung um 17.45 Uhr bereits abgereist, sodass nur noch weniger als die Hälfte abstimmen konnten.

Dr. Hartmann versprach die Entwicklung nach Einführung der EURO-Gebührenordnung zum 01.01.2009 genau zu beobachten und dann, in enger Absprache mit anderen großen Berufsverbänden insbesondere aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich, zu entscheiden, wie in 2009 dem Jahr der Bundestagswahl, vorzugehen sei. Halte die Politik hier nicht Wort, werde auch der BVKJ, wenn die anderen Verbände mit an einem Strang ziehen, bei einem Korbmodell mitmachen und der Politik und den Kassen vor Augen führen, was in Deutschland mit dem Gesundheitswesen passiere, wenn die Rahmenbedingungen nicht wesentlich verbessert werden.

Die Diskussion in Hildesheim war, im Gegensatz zu dem etwas unglücklich verlaufenden Treffen letztes Jahr in Leipzig, offen und von konstruktiver Kritik bestimmt. Ein Treffen von Kolleginnen und Kollegen, die bereit sind, über den Tellerrand der täglichen Arbeit hinaus zu schauen, ist erfrischend und der BVKJ tut gut daran, die Tradition auch im nächsten Jahr fortzuführen.

Dr. Wolfgang Gempp

Presseveröffentlichung des BVKJ am 8.5.2008 zum AOK-Hausarztvertrag in Baden-Württemberg:

AOK-Hausarztvertrag: Gravierender Qualitätseinbruch für AOK-versicherte Kinder und Jugendliche

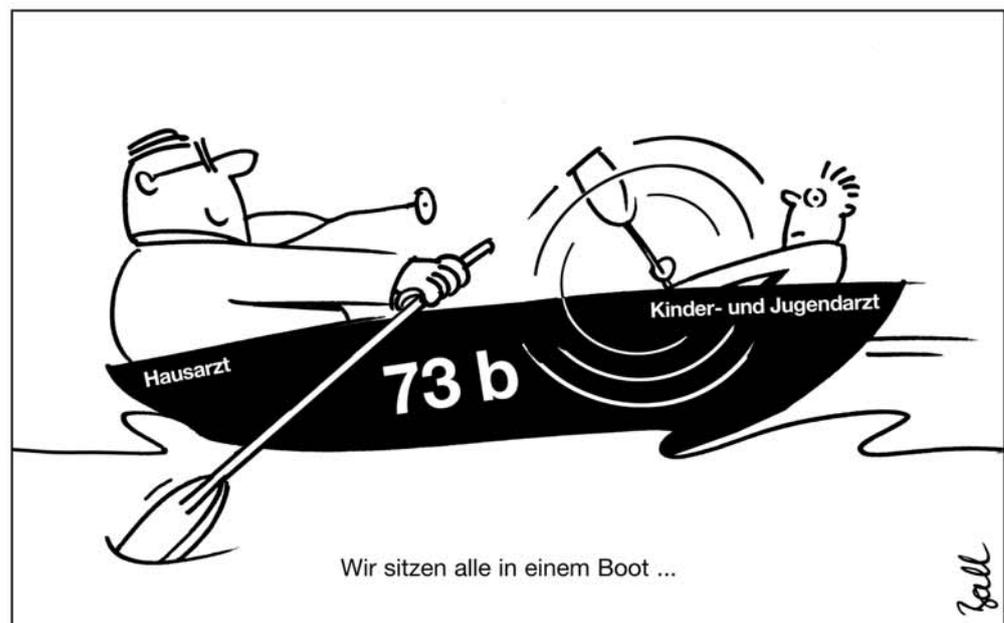
Für die AOK Baden-Württemberg und ihre Vertragspartner MEDI und Hausärzteverband ist der jetzt unterzeichnete Vertrag der Einstieg in eine neue Versorgungsqualität – aber nicht für in der AOK Baden-Württemberg versicherte Kinder und Jugendliche, so der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, BVKJ, in Baden-Württemberg.

So sieht der jetzt abgeschlossene altersoffene Vertrag keinerlei Qualitätsvorgaben für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen vor. „Das ist skandalös“; so Klaus Rodens, Landesvorsitzender des BVKJ in Baden-Württemberg, „denn der Gesetzgeber verlangt im SGB V ausdrücklich, dass diese Verträge mit besonders qualifizierten Hausärzten abzuschließen sind“.

Kinder und Jugendliche werden in der Weiterbildungsordnung für Hausärzte mit keinem Wort erwähnt, geschweige denn die Entwicklungsdiagnostik, die Betreuung von Risiko- und Frühgeburten oder von chronisch kranken Kindern. „Besonders fatal sei“; so Rodens, „dass beim Erwachsenen-Hausarzt eingeschriebene AOK-versicherte Kinder für 1 Jahr an diese Einschreibung gebunden seien und in diesem Jahr auch nicht, wie bisher möglich, zum Kinder- und Jugendarzt überwiesen werden könnten.

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen, was sich doch eigentlich auch bis zur AOK Baden-Württemberg herumgesprochen haben sollte. Für eine gute Betreuung von Kindern und Jugendlichen bedarf es ausreichender kinder- und jugendmedizinischer Berufserfahrung und kontinuierlicher Fortbildung. Das gilt auch für Kinder und Jugendliche, die bei der AOK versichert sind.“

Obwohl die Kinder- und Jugendärzte in Baden-Württemberg ca. 20% der Bevölkerung hausärztlich betreuen, saßen sie nicht mit am Verhandlungstisch. Über die Ärzteorganisation Medi war ihnen nur eingeräumt worden, zweimal als Gast bei den Verhandlungen dabei zu sein. Der BVKJ fordert deshalb, nicht nur, um den gesetzlichen Vorgaben zu genügen, sondern vor allem im Interesse einer auch weiterhin qualitativ hoch stehenden Betreuung von Kindern und Jugendlichen dringend Nachverhandlungen.



Der Ärztemangel nimmt weiter zu, auch in der Pädiatrie

Die Zahl der Stellenausschreibungen für Fachärztinnen und Fachärzte im deutschen Ärzteblatt ist in den ersten drei Monaten des Jahres 2008 nochmals um 20% gegenüber dem Vergleichszeitraum des Vorjahres gestiegen. In vielen Fachgebieten und Subdisziplinen ist es bereits zu einem gravierenden Nachwuchsmangel gekommen. Das Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie verzeichnete jahrelang den niedrigsten Indexwert, inzwischen wurde es von der Gastroenterologie und der Viszeralchirurgie abgelöst.

Der Facharztindex in der Kinder- und Jugendmedizin lag letztes Jahr mit 13,2 leicht unter dem Durchschnittswert aller Fach-

gebiete, allerdings fiel damit der Index innerhalb von 3 Jahren von 24,2 um über 10 Punkte auf den jetzigen Wert. Das bedeutet, auch in der Kinder- und Jugendmedizin kommt es zu einer rasanten Entwicklung in Richtung Nachwuchsmangel. DÄ/ge

Facharztindex: Zahl der in einem Fachgebiet veröffentlichten Stellenanzeigen im Verhältnis zur Zahl der in diesem Fachgebiet angestellt tätigen Ärzte. Der Indexwert gibt an, wie viele Fachärzte rein rechnerisch auf eine Annonce entfallen.



bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Wahlergebnis 2008 der Wahlen im Landesverband Niedersachsen des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. für die Legislaturperiode 2008–2012

**Landesverbandsvorsitzender
und 1. Delegierter:**

Dr. Tilman Kaethner, Nordenham

**1. stellv. Landesverbandsvorsitzende
und 2. Delegierter:**

Dr. Ulrike Gitmans, Rhaderfehn

**2. stellv. Landesverbandsvorsitzende
und 3. Delegierter:**

Angela Schütze-Buchholz, Syke

4. Delegierter:

Matthias Feindt, Göttingen

5. Delegierte:

Dr. Susanne Berger, Celle

Schatzmeister:

Dr. Volker Dittmar, Celle



bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Wahlaufruf für den Landesverband Westfalen-Lippe

Termingerecht findet vom **11.08.2008** bis **01.09.2008** die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Delegierten, der Ersatzdelegierten, der Beisitzer sowie des Schatzmeisters statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum **01.09.2008** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Dr. med. Mechthild Westermann, Porta Westfalica

Landesverbandsvorsitzende

● Eine Frage an

**Margret Urban,
Tarifexpertin des Verbands
medizinischer Fachberufe**

Seit dem 1. Januar 2008 gilt bundesweit der neue Gehalts- und Manteltarifvertrag, am 01.04.2008 ist der Tarifvertrag zur betrieblichen Altersvorsorge und Entgeltumwandlung in Kraft getreten. Wie sollen die darin enthaltenen Vereinbarungen zur Altersvorsorge umgesetzt werden?



Automatisch verbindlich sind beide dann, wenn einerseits der Praxisinhaber in der AAA (Arbeitsgemeinschaft zur Regelungen der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten) und andererseits die Arbeitnehmerin in unserem Verband (Verband medizinischer Fachberufe e.V.) organisiert ist. Eine Tarifbindung kann aber auch über den Arbeitsvertrag vereinbart worden sein.

Wenn Tarifbindung besteht, dann obliegt es in erster Linie dem Arzt, der Medizinischen Fachangestellten eine Betriebsrente anzubieten. Sofern er dieser Pflicht nicht innerhalb von vier Wochen nachkommt, kann die MFA selbst wählen. Die Tarifparteien empfehlen die Gesundheitsrente. Die Medizinische Fachangestellte kann sich dann a) für einen höheren Betrag entscheiden, wenn sie auf die vermögenswirksamen Leistungen (VL) verzichtet oder b) für einen geringeren Betrag, wenn die VL z.B. bereits über einen anderen Vertrag gebunden sind. Dieses Wahlrecht ist zeitlich begrenzt.

Eine weitere Möglichkeit der Altersvorsorge ist die Entgeltumwandlung. Hier hat die MFA noch Anspruch auf einen Arbeitgeberzuschuss.

Beide Möglichkeiten, Arbeitgeberbeitrag zur bAV und Entgeltumwandlung zuzüglich Arbeitgeberzuschuss, dürfen nebeneinander in Anspruch genommen werden. Grundsätzlich ist der Arbeitgeber aufgrund des § 16 des TV bVA verpflichtet, seine Mitarbeiterinnen über die Grundzüge der nach § 9 vereinbarten betrieblichen Altersvorsorge aufzuklären. Den Tarifvertrag zur betrieblichen Altersvorsorge und Entgeltumwandlung (TV bAV) können Sie auf unserer Homepage unter www.vmf-online.de nachlesen.

Red.: ReH

Fortbildungsangebote des BVKJ – wie müssen wir uns aufstellen?



Dr. Wolfram
Hartmann

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Satzung unseres Berufsverbands verpflichtet uns zu „Planung, Organisation und Durchführung eines umfassenden Fortbildungsprogramms für Kinder- und Jugendärzte, Ärzte in Weiterbildung und Assistenzberufe“. Wir bemühen uns, diesem Auftrag mit einem umfangreichen Angebot an Fortbildungsveranstaltungen auf Bundes- und Landesebene nachzukommen.

Neben den drei großen überregionalen Kongressen des BVKJ in Weimar (Jugendmedizin), Berlin (Kinder- und Jugendärztetag) und Bad Orb (Herbst-Seminar-Kongress) bieten wir zehn Veranstaltungen aus der Reihe „Pädiatrie zum Anfassen“ (synonym auch „Pädiatref“, „Pädiatrie alla Kart“, „Seminar-kongress“) bundesweit an, daneben für unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bundesweite Veranstaltungen („Pädiatrie“ und „Praxisfieber live“) an.

Wir sind uns bewusst, dass die Pädiater ein sehr fortbildungsfreudiges Völkchen sind und aufgrund ihrer Fortbildungsbeflissenheit kaum Probleme haben, die vom Gesetzgeber vorgeschriebenen 250 Fortbildungspunkte innerhalb von fünf Jahren nachzuweisen. Wir sind aber ehrgeizig und wünschen uns, dass Sie diese Punkte bei den Veranstaltungen des BVKJ erwerben.

Um Ihren Vorstellungen von einer guten und praxisnahen Fortbildung im Rahmen unserer finanziellen Möglichkeiten noch besser gerecht werden zu können,

wollen unsere **Kongressabteilung** (Leitung: Frau Schierbaum) und unser **Ausschuss Fortbildung** (Sprecher: Prof. Dr. Wirth) mittels eines Fragebogens Ihre Wünsche und Anregungen gern kennenlernen.

Die Rahmenbedingungen für unsere Fortbildungsangebote sind aufgrund der weniger großzügigen Unterstützung der Industrie und den stagnierenden Praxiseinnahmen in den letzten Jahren deutlich ungünstiger geworden. Zurückgehende Teilnehmerzahlen lassen uns hinterfragen, ob wir mit unseren Angeboten noch aktuell sind und ob wir uns weiterhin angesichts der knappen Ressourcen ein solch umfangreiches Fortbildungsangebot noch leisten können. Bei den Standorten haben wir aufgrund der Kostensituation leider nicht immer die Auswahl, die aufgrund touristischer Aspekte und einer guten Anbindung an den ÖPNV wünschenswert wäre. Das gilt insbesondere für den Kongress in Bad Orb.

Bitte helfen Sie uns durch zügiges Ausfüllen und Zurücksenden des Fragebogens.

Herzlichst
Ihr

Dr. Wolfram Hartmann, Präsident BVKJ

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

Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:

eine
Vertretung

einen
Weiterbildungsassistenten

einen
Nachfolger

einen
Partner

oder suchen Sie als angehender oder ausgebildeter Pädiater:

eine Vertretungsmöglichkeit

eine Weiterbildungsstelle

eine Praxis/Gemeinschaftspraxis
bzw. ein Jobsharingangebot

dann wenden Sie sich bitte an die

Geschäftsstelle des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.,
Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Telefon (02 21) 6 89 09 10/11, Telefax 02 21 / 68 32 04
E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

Der BVKJ bemüht sich, seinen Mitgliedern möglichst attraktive und praxisrelevante Fortbildungsveranstaltungen anzubieten. Aus diesem Grunde möchten wir Sie herzlich bitten, uns kurz die unten stehenden Fragen zu beantworten. Wir würden uns auch über Ihre individuellen Antworten und Hinweise freuen. Auf dieser Basis werden wir die künftige Kongressplanung vornehmen.

Danke für Ihre Zeit!

1. Welchen der folgenden Kongresse haben Sie in 2007 besucht oder nicht besucht

- | | | |
|---|----------------------------------|--|
| Oster-Seminar-Kongress der DAER in Brixen | <input type="checkbox"/> besucht | <input type="checkbox"/> nicht besucht |
| Kongress für Jugendmedizin in Weimar | <input type="checkbox"/> besucht | <input type="checkbox"/> nicht besucht |
| Kinder- und Jugendärztetag in Dresden | <input type="checkbox"/> besucht | <input type="checkbox"/> nicht besucht |
| Herbst-Seminar-Kongress in Bad Orb | <input type="checkbox"/> besucht | <input type="checkbox"/> nicht besucht |
| Kinderärztetag der DGKJ in Nürnberg | <input type="checkbox"/> besucht | <input type="checkbox"/> nicht besucht |

2. Welche der von Ihnen zuletzt besuchten Veranstaltungen hat Ihnen am besten gefallen?

Veranstaltung: _____

Gründe: _____

3. Wenn Ihnen Veranstaltungen anderer Institutionen besser gefallen haben, warum?

- bessere wissenschaftliche Programme kompetentere Referenten
- bessere Tagungsorte – wo, warum: _____
- sonstiges: _____

4. Wie viele Fortbildungsveranstaltungen besuchen Sie pro Jahr?

- 0 1-3 3-5 5-10 10-15 mehr als 15

5. Welche Entfernung ist für Sie akzeptabel, wenn das wissenschaftliche Programm „stimmt“

- besuche nur regionale Veranstaltungen
- bis 100 km bis 250 km bis 500 km jede, wenn das Programm interessant genug ist

6. Besuchen Sie Fortbildungsveranstaltungen der Pharmaindustrie?

- Ja, weil _____ Nein, weil _____

7. Bitte bewerten Sie die folgenden Argumente für den Besuch eines Kongresses – Priorität von 1 bis 6

_____ Höhe der Teilnehmergebühr _____ Zahl der Zertifizierungspunkte _____ Attraktivität des Kongressortes

_____ Kongress-Thema/Wissenschaftliches Programm _____ Reisekosten/Übernachungskosten

Andere Gründe: _____

8. Wenn Sie in der letzten Zeit seltener an Kongressen teilgenommen haben, welches sind die Gründe? Bitte vergeben Sie die Priorität 1-6 und ergänzen Sie Ihre persönlichen Gründe.

_____ Kostenfaktor (Reise, Unterkunft, Teilnehmergebühr, Verpflegung) _____ Zeitfaktor (Kongressdauer)

_____ Kongress Themen nicht interessant _____ Gesamte berufliche und private Belastung

_____ Frustration über die Entwicklung im Gesundheitswesen

Sonstige Gründe _____

9. Welche Themen wären aus Ihrer Sicht einen Kongressbesuch wert?

10. Wie sieht aus Ihrer Sicht die optimale Kongressdauer aus?

- So Mo Di Mi Do Fr Sa So Mo Di Mi Do Fr Sa So Mo

11. In welchen Monaten sind Kongresse aus Ihrer Sicht optimal?

- 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12

12. Bitte kreuzen Sie an, welche Komponenten ein Kongress haben sollte:

- Plenarvorträge Spezialseminare Satelliten-Symposien Rahmenprogramm/Ausflüge
- Abendprogramm/Geselligkeit Industrieausstellung Podiumsdiskussion

sonstige _____

13. Besuchen Sie bei einem Kongress die Industrieausstellung?

- keinen Stand einige wenige Stände die meisten Stände alle Stände alle Stände, auch mehrmals

14. Wären Sie bereit, für eine Veranstaltung eine höhere Teilnehmergebühr zu zahlen, wenn sie frei von Sponsoring und Industrieausstellung wäre?

- Ja Nein

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben und zu einer breiten Meinungsfindung beigetragen haben. Bitte geben Sie in Druckbuchstaben Ihre e-mail-Adresse an, wenn Sie an den Ergebnissen und der Auswertung interessiert sind!

Bitte per Fax zurücksenden an: BVKJ Geschäftsstelle, Kongressabteilung, 02 21 / 6 89 09 78

Recht

„Herausgabe von Behandlungsunterlagen an den MDK“

Über ein Urteil des Bundessozialgerichts vom 28. 3. 2007 zu diesem immer wieder aktuellen Thema berichtet RA Dr. Manfred Andreas, Karlsruhe, im Heft 8 (2007) des „arztrecht“.

Die Krankenkassen haben nach § 275 SGB V das Recht in Form einer Einzelfallprüfung, bei entsprechendem Verdacht, eine Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer eines Krankenhausaufenthalts sowie Zweifel an einer ordnungsgemäßen Abrechnung, an den MDK in Auftrag zu geben.

Nur dieser ist ausdrücklich ermächtigt, die erforderlichen Sozialdaten bei den Krankenhausträger anzufragen.

Die Krankenkassen können daher nicht verlangen, dass die Behandlungsunterlagen der Versicherten durch eigene Mitarbeiter eingesehen und ausgewertet werden.

Die Leistungserbringer sind verpflichtet Sozialdaten auf Anforderung des MDK unmittelbar an diesen zu übermitteln, soweit dies für die gutachterliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist.

Dies geschieht in der Regel durch die vorübergehende Überlassung der Behandlungsunterlagen. Dabei steht es dem Krankenhaus frei, ob es die Unterlagen direkt an den MDK aushändigt oder übersendet oder sie in einem verschlossenen Umschlag an die Krankenkasse zur Weiterleitung an den MDK schickt.

Wenn die Aufforderung des MDK zur Herausgabe erfolglos war und der Gutachterauftrag deswegen unerledigt zurückgegeben wird, hat nur die Krankenkasse selbst die Möglichkeit, den Anspruch gerichtlich geltend zu machen.

Auf „Einsichtnahme“ in die Behandlungsunterlagen im Krankenhaus ist der MDK grundsätzlich nur bei noch laufenden stationären Krankenhausaufenthalten des Versicherten berechtigt.

Der Gutachter soll in diesen Fällen nicht nachträglich allein auf schriftliche Dokumentationen angewiesen sein, sondern möglichst einen laufenden Fall beurteilen und die frische Erinnerung des behandelnden Krankenhausarztes nutzbar machen. Dies ist der beste Weg, aufgekommene Zweifel möglichst rasch und unbürokratisch auszuräumen.

Wichtig und neu

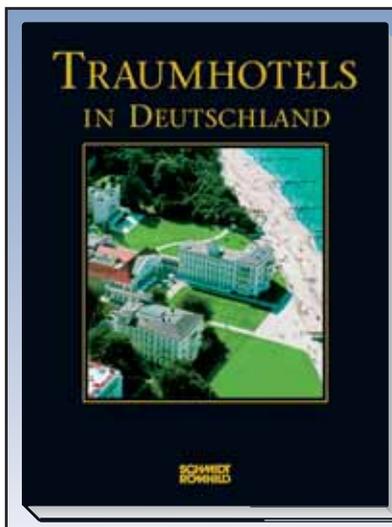
sind seit dem 1.4.07 geltende Fristenregelung.

Danach ist bei Krankenhausbehandlungen eine Prüfung zeitnah durchzuführen. Die Prüfung ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen.

Dies betrifft sämtliche Prüfungsarten (Notwendigkeit und Dauer eines Krankenhausaufenthalts sowie Abrechnungsprüfung) von Einzelfallprüfungen. Ist diese Frist verstrichen, entfällt die Prüfungsbefugnis.

Prof. Dr. med. H.-J. Nentwich
Friedrich-Staude-Str. 2
08060 Zwickau

Red.: ge



Neuer Pracht-Bildband: Traumhotels in Deutschland

Deutschland ist das beliebteste Reiseland der Deutschen. Der neue Bildband „Traumhotels in Deutschland“ bietet einen Überblick über die breit gefächerte Hotellandschaft und hilft, die wirklich exklusiven, hervorragenden Häuser ausfindig zu machen.

Der reich illustrierte, luxuriös ausgestattete Bildband im Großformat mit Kunstledereinband und Goldprägung ist eine wahre Augenweide: Denn hier präsentiert sich das ganz Besondere und Schöne. Der Leser erfährt nicht nur von Häusern, die sich durch eine ungewöhnlich edle Ausstattung auszeichnen, sondern auch von Hotels, die hinsichtlich Komfort und Service eine ganz eigene kundenfreundliche Philosophie verfolgen.

Versierte Journalisten, koordiniert vom Redaktionsbüro Lück, München, wählten 100 Traumhotels in Deutschland aus, wobei sie genau die richtige Mischung getroffen haben: Hotels, die in idyllische Landschaften eingebettet sind, Wellness-Hotels mit speziellen Angeboten, stilvolle Schloss-Hotels, exquisite City-Hotels, Hotels mit Sterne-Küche, Hotels mit dem passenden Ambiente für besondere Anlässe. Hier findet man legendäre, geschichtsträchtige Hotels wie das Adlon in Berlin oder Häuser mit modern-elegantem Stil für Liebhaber ausgefallenen Designs wie The Westin Leipzig.

Die Hotels werden nach Region aufgeführt. Außerdem gibt es eine Übersichtskarte der Häuser und ein Register, in dem sie nach Namen, Ort und Charakter (Wellness, schöne Lage, Gourmet, Schlosshotel usw.) gelistet sind.

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 ROMHILD
DEUTSCHLANDS
ÄLTESTES VERLAGS-
UND DRUCKHAUS
SEIT 1579

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



© Bild: Jutta Bauer, Schreimutter – Beltz & Gelberg in der Verlagsgruppe Beltz, Weinheim & Basel

Verborgene Kindheiten

Emotionale und soziale Probleme in der Kinderliteratur

Vom 22. Juni bis zum 24. August 2008 beschäftigt sich eine Ausstellung im Troisdorfer Bilderbuchmuseum mit den Defiziten kindlicher Sozialisation

Einsamkeit und Ausgrenzung, Vernachlässigung und mangelnde Betreuung von Kindern, fehlende emotionale Nähe und Kontakte, Kinderarmut, Gewalt und sexueller Missbrauch: das sind Problemfelder, die sich unmittelbar vor unserer eigenen Haustür abspielen und die wir dennoch gerne übersehen. Die Ausstellung „Verborgene Kindheiten“, die von Prof. Jens Thiele und Sabine Wallach von der Forschungsstelle für Kinder- und Jugendliteratur an der Carl von Ossietzky-Universität Oldenburg konzipiert und organisiert wurde, beschäftigt sich mit diesen traurigen Aspekten von Kindheit und deren Bearbeitung in der Kinderliteratur.

Welche Rolle spielen kinderliterarische Texte und Bilder bei der Offenlegung und Sichtbarmachung aber auch bei der Bewältigung der kindlichen Probleme? Welche Angebote in Text und Bild gibt es, um die emotionalen und sozialen Probleme von Kindern adäquat darzustellen? Und welche Hilfestellungen bieten Bücher betroffenen Kindern?



Dr. Maria
Linsmann

Kinderliteratur kann, so lautet die These der Ausstellungsmacher, aufgrund ihres spezifischen fiktionalen und symbolischen Charakters erwachsene wie kindliche Leser und Betrachter auf besondere Weise berühren und für schwierige Themen sensibilisieren. Sie ermöglicht das Erkennen und Wiedererkennen von eigenen Problemen und Betroffenheiten, sie bietet Identifikationsfiguren

und -situationen und lässt zugleich Raum für Distanz und Abgrenzung.

Die für die Ausstellung ausgewählten Bücher beleuchten, anders als die Massenmedien, weniger die offenkundig sensationellen und spektakulären Fälle von Vernachlässigung und Gewalt gegen Kinder, sondern sie thematisieren die Vielfältigkeit und Unterschiedlichkeit kindlicher Problemlagen und sie tun dies häufig auf sehr

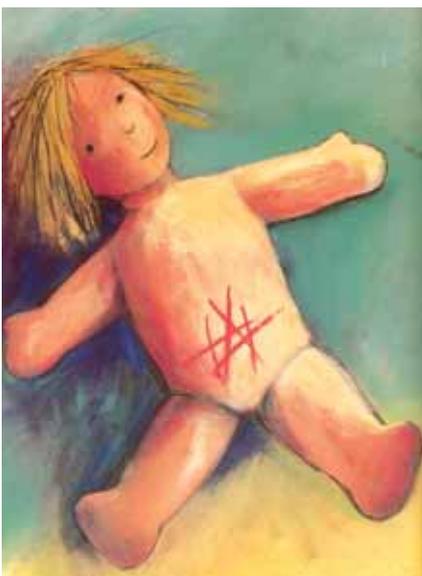
differenzierte, einfühlsame und sensible Art und Weise. Allerdings, und auch das macht die Ausstellung deutlich, erliegen viele Autorinnen und Autoren in ihren Büchern dem Wunsch nach Auflösung der Probleme.

Meist tritt gegen Ende der Erzählung eine idealistische Wendung zum Guten ein, die nicht selten vorschnell oder auch unrealistisch erscheint. Diese Wendung

entspringt wohl zum einen dem Wunsch, den Kindern einen Lösungsweg für ihre Probleme oder wenigstens ein Stück Hoffnung mit auf den Weg zu geben. Zugleich scheint es aber auch so zu sein, dass das „Happy-End“ oder zumindest ein die Leserin bzw. den Leser hoffnungsvoll zurücklassendes Ende gerade in seiner Fiktionalität und seiner teilweisen Unglaubwürdigkeit ein Stück weit entlastend und tröstlich wirkt. Elisabeth Menzel und Elisabeth Hohmeister betonen in ihrer Untersuchung im begleitenden Katalogbuch zur Ausstellung, dass es den Autorinnen und Autoren auch darum gehe, Kinder mit der Lektüre nicht zu verstören, sondern ihnen hoffnungsvolle Perspektiven anzubieten – eine pädagogische Position im Übrigen, die seit Beginn der kritischen Auseinandersetzung mit Kinderliteratur immer wieder diskutiert wird.

Das Bilderbuch: ein schwieriges Medium zur Darstellung kindlicher Probleme

Das Troisdorfer Bilderbuchmuseum legt in seiner Präsentation dieser Ausstellung den Schwerpunkt auf die Bilderbücher, auf ein Genre also, das herkömmlich gerne bevölkert wird von rotwangigen fröhlichen Kindern, glücklichen Tieren und liebevollen, verantwortungsbewussten Erwachsenen. Gerade im Bilderbuch werden die genannten Probleme noch häufiger ausgespart als in der übrigen Kin-



Aus „Nora ist mal so, mal so“ (Alibaba, Frankfurt a.M. 1996) (Titel vergriffen; Verlag existiert nicht mehr)

derliteratur. Das hat insbesondere zwei Gründe. Das Bilderbuch gilt per se zunächst als Medium für kleinere Kinder, häufig für solche, die noch nicht selber lesen können. Gerade dieser Altersgruppe so meinen viele Bilderbuchautoren- und -Illustratoren, Verleger aber auch Pädagogen und Eltern noch keine problematischen Bücher zumuten zu können; es gibt offensichtlich die Befürchtung, Kinder zu überfordern und zu erschrecken. Hinzu kommt die Dominanz des Bildnerischen im Bilderbuch, dem man allgemein eine stärkere Unmittelbarkeit der Wirkung und einen stärker anschaulichen Charakter zuschreiben scheint.

Allerdings hat sich seit den 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts in der thematischen Auswahl im Bilderbuch vieles getan. So finden sich inzwischen zahlreiche Bücher, die Themen wie kindliche Ängste, Einsamkeit, Streit und auch Ausgrenzung bearbeiten. Auch hier treten im Verlauf der Geschichten meistens Erwachsene oder kindliche Freunde hinzu, die die betroffenen Kinder bei ihren traurigen Erfahrungen begleiten, sie auffangen und fast immer zu einer glücklichen Auflösung des Geschehens führen. Insofern verstehen sich auch diese Bücher fast alle als ein Stück Hoffnung und Lebenshilfe.

Kindliche Ängste, Vernachlässigung und sexuelle Gewalt werden thematisiert

In einer Vielzahl aktuellerer Bilderbücher geht es um kindliche Ängste in unterschiedlicher Form, etwa vor der Dunkelheit, vor dem Alleinsein usw. oder aber um Ausgrenzung von Anderen bzw. Fremden, um Mobbing, Streit und Gewalt unter Kindern. Selbst der Aspekt der emotionalen Vernachlässigung wird immer häufiger im Bilderbuch thematisiert, so beispielsweise in „Wer hat Angst vor Mrs. Cole“ von Nigel Gray mit Illustrationen von Michael Foreman (Frankfurt a.M., Alibaba 1997). Das Buch erzählt die Geschichte eines Jungen, dessen Mutter wenig Zeit und Zuneigung für ihn aufbringen kann. In Mrs. Cole, die in einem chaotischen Haus in der Nähe wohnt, findet er eine liebevolle Gegenfigur zu seiner kalten Mutter. Das Ende der Geschichte erscheint im Kontext der sonstigen Bilderbücher radikal und ziemlich einzigartig, denn der Protagonist verlässt sein Zuhause und bricht damit aus der gescheiterten Mutter-Kind-Beziehung aus.

Auffallend in diesem Zusammenhang ist, dass zwei Themen aus dem gesamten Bereich besonders selten bearbeitet wurden: Kinderarmut und sexueller Missbrauch von Kindern.

Kinderarmut ist ein altes Thema

Während Armut und auch Kinderarmut im klassischen Märchen häufig auftauchen – man denke etwa an „Hänsel und Gretel“, „Sterntaler“ oder „Das Mädchen mit den Schwefelhölzern“ – scheint dieses Thema im modernen Bilderbuch fast komplett ausgespart zu sein. Die Ausstellungsmacher konnten lediglich drei Bilderbücher aufspüren, die sich explizit dem Thema Kinderarmut widmen. „Sein Name ist Igor“ von Letizia Galli (Palazzo Verlag, Zürich 1998) erzählt mit dunklen formbetonten Illustrationen die Geschichte von Igor und Olga, die ihre Tage bettelnd in einer Moskauer U-Bahn Station zubringen, weil ihre Eltern kein Geld für Essen und Kleidung haben. Trotz ihres deprimierenden Alltags gelingt es den Kindern in diesem Buch, sich ihre Sehnsüchte und Fantasien zu bewahren. „Die Kinder vom Meer“ des spanischen Autors Jaume Escala mit Bildern von Carmen Sole Vendrell (Alibaba, Frankfurt a.M. 1994) handelt von einer Gruppe obdachloser Kinder, die um das tägliche Überleben kämpfen. In ihrer trostlosen Realität, die von Drogen, Diebstahl und Gewalt bestimmt ist, ist ihnen, anders als den Kindern in „Sein Name ist Igor“ die Fantasie abhanden gekommen, was deutlich wird, als ihnen ein Märchen-erzähler ein Märchenbuch schenkt. „Straßenkinder“ – so schließlich lautet der Titel des dritten Buches von Peter O. Chotjewitz – illustriert von Lucas Ruegenberg (Middelhaue Verlag, Köln 1991), das Kinder aus einem sozialen Brennpunkt in Köln von ihrem Alltag und ihren Problemen berichten lässt.

Seit Mitte der 90er Jahre hat das sehr sensible und tabuisierte Thema des Kindesmissbrauchs Einzug ins Bilderbuch gehalten. 1993 erschien das Bilderbuch „Das Familienalbum“ von Ulrike Boljahn, Sylvia Deinert und Tine Krieg (Lappan, Oldenburg 1993). Das Buch ist in der Tierwelt angesiedelt und erzählt vom sexuellen Missbrauch durch ein Familienmitglied. Während dort die Wahl eines Mäusemädchens als Protagonistin eine gewisse Distanz zum Geschehen herstellt, ist das traumatisierende und bedrohliche Ereignis in Mirjam Presslers Buch „Nora ist mal so,

mal so“ (Alibaba, Frankfurt a.M. 1996) von Astrid Krömer mit sehr eindringlichen und atmosphärischen Bildern ausgestattet, die das Geschehen und vor allem die Ängste des Mädchens auf prägnante Weise ins Bild setzen. In der zentralen Szene sieht man auf einer in dunklem Blau gehaltenen Darstellung das Opfer Nora, das angstvoll die Bettdecke hochzieht und verschreckt zur halb geöffneten Tür blickt, in der der nackte Fuß eines erwachsenen Mannes zu erkennen ist. Die Illustratorin schafft hier ein Sinnbild für innere und äußere Bedrohung, Furcht, Angst, Schmerz und Ohnmacht, das wohl keinen Betrachter unberührt lässt. Aber auch dieses Buch findet in der Person einer Praktikantin im Kindergarten und Noras bester Kindergartenfreundin eine Möglichkeit zur Hilfestellung für das betroffene Mädchen. Die Zahl der veröffentlichten Bilderbücher zum Thema Kindesmissbrauch ist gerade in den letzten Jahren deutlich angestiegen. Der Haupttenor dieser Bücher ist einerseits die Ermütigung von Kindern, Miss-

brauchssituationen durch klares und eindeutiges Verhalten und entschiedene Abwehr zu verhindern und andererseits die Ermütigung, sich bei eigener Betroffenheit aber auch bei der Beobachtung von Missbrauch anderen anzuvertrauen.

Ein gelungenes Beispiel

Ein Bilderbuch schließlich, das überraschende und ungemein überzeugende Bilder für verbale Gewalt gegen Kinder findet, ist das Buch „Schreimutter“ von Jutta Bauer (Beltz & Gelberg, Weinheim 2000), das im Jahre 2001 mit dem Deutschen Jugendliteraturpreis ausgezeichnet wurde. Die Hamburger Bilderbuchkünstlerin Jutta Bauer erzählt hier von einer Pinguinmutter, die ihr Junges derartig anschreit, dass das Pinguinkind in viele Einzelteile zerspringt, die sich über den gesamten Erdball verteilen. Dieses bildhafte Zerspringen des Kindes als Folge verbaler Gewalt lässt deren zerstörerische Kraft auch für kleine Kinder fühlbar und nacherlebbar werden. Die Pinguinmutter aber sucht die Einzelteile ihres Kindes in der ganzen

Welt zusammen, näht sie wieder zusammen und entschuldigt sich bei ihrem Kind. Das letzte Bild zeigt beide in vertrauter Umarmung.

Die Ausstellung im Troisdorfer Bilderbuchmuseum versammelt nicht nur die Bücher und eine Auswahl von Originalillustrationen zu den genannten und vielen anderen Büchern, sondern sie präsentiert auch vier Installationen von „begehbaren Kinderbüchern“, die vor allem den kindlichen Besuchern auf sinnliche und spielerische Art und Weise Zugänge zu den beschriebenen Themen ermöglichen. Ein umfangreiches museumspädagogisches Begleitprogramm bietet Erwachsenen wie Kindern Möglichkeiten zur individuellen Auseinandersetzung mit den verschiedenen Aspekten der „Verborgenen Kindheiten“.

Dr. Maria Linsmann
Burgallee 1, Burg Wissem, 53840 Troisdorf
Tel. (02241) 8841-11 oder -17
Fax (02241) 8841-20
e-mail: museum@troisdorf.de
www.bilderbuchmuseum.de

Red.: ge

Inhaltsangabe Heft 06/08

Intensivpflege

Expertenstandard Dekubitusprophylaxe Teil I

Pflegeforschung

Beiträge und Effekte einer Basal Stimulierenden elterlichen Kontaktpflege im Rahmen der Konzeption einer sanften Frühgeborenenpflege, Teil I

Kinderkrankenpflege

Standards pädiatrischer Palliativversorgung

Reflexionen zum Pflegealltag

Legen einer Magensonde

Aus Wissenschaft und Forschung

Händehygiene

Erfahrungsberichte

Erfahrungen mit der präpartalen Elternsprechstunde



Ferner: Prävention, Weiterbildung, Aktuelles, Leserbrief, Ernährung, Stillen, Ambulante Kinderkrankenpflege, Hinweise, Kind und Gesellschaft, Tagungsberichte, Physik, Ethik, Bücherhinweise, Terminkalender und Stellenmarkt

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

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

VORSCHAU

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

Intensivpflege

Expertenstandard Dekubitusprophylaxe Teil II

Pflegeforschung

Beiträge und Effekte einer Basal Stimulierenden elterlichen Kontaktpflege im Rahmen der Konzeption einer sanften Frühgeborenenpflege, Teil II

Berufspolitik

Geld oder Stellen – Vom Leid der Tarifabschlüsse im Gesundheitswesen

Psychotherapie

Anorexia nervosa im Kindes- und Jugendalter

Erfahrungsbericht

Hospitation in Österreich

Reflexionen zum Pflegealltag

Legen einer Magensonde

Tagungsberichte

MRSA

Klinische Fortbildung

Bronchopulmonale Dysplasie

Ernährung

Wer verträgt Milch?

Fortbildungstermine des BVKJ

Juni 2008

20.–22. Juni 2008

Kinder- und Jugendärztetag 2008

38. Jahrestagung des bvkJ e.V., Berlin
Neue Herausforderungen in der Kinder- und Jugendmedizin

Bindungs- und Interaktionsstörungen

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

21.–22. Juni 2008

PRAXISfieber live

3. Kongress für Medizinische Fachangestellte in der Kinder- und Jugendarztpraxis des bvkJ e.V., Berlin

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

Juli 2008

12.–13. Juli 2008

Pädiatrie zum Anfassen

des bvkJ e.V., Landesverband Württemberg / (Baden), Nellingen (Ostfildern)

Auskunft: Dr. Rudolf von Butler, Wäldenbronner Str. 42, 73732 Esslingen, Tel. 0711/374694, Fax: 0711/3704893 ②

August 2008

30. August 2008

Jahrestagung des LV Sachsen

des bvkJ e.V., Dresden

Auskunft: Dr. Klaus Hofmann, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Chemnitz, PF 948, 09009 Chemnitz, Tel. 0371/33324130, Fax 0371/33324102 ①

September 2008

6.–7. September 2008

12. Pädiatrie zum Anfassen

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

Auskunft: Dr. Stefan Trapp, Bremen, Tel. 0421/570000, Fax 0421/571000;

Dr. Stefan Renz, Hamburg, Tel. 040/4309369-0, Fax 040/430936969;

Dr. Detlef Banthien, Bad Oldesloe, Tel. 04531/2397, Fax 04521/2391 ②

13.–14. September 2008

Praxisabgabe-Seminar

des BVKJ e.V. in Friedewald

Auskunft: BVKJ, Tel.: 0221/68909-10, Fax 0221/683204

20. September 2008

Jahrestagung des LV Brandenburg

des bvkJ e.V., Zeuthen

Auskunft: Dipl.-Med. Reichel, Vorsitzender des LV Brandenburg, Am Friedenskamp 38, 17291 Prenzlau ④

27.–28. September 2008

11. Seminartagung Hessen

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

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

Oktober 2008

12.–17. Oktober 2008

36. Herbst-Seminar-Kongress

des bvkJ e.V., Bad Orb

Sehen – Hören – Fühlen

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 2008

14.–15. November 2008

Pädiatrie zum Anfassen

des bvkJ e.V. in Berlin

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

15.–16. November 2008

Praxis-einführungs-Seminar

des BVKJ e.V. in Friedewald

Auskunft: BVKJ, Tel. 0221/68909-10, Fax 0221/683204

22.–23. November 2008

6. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkJ e.V., LV Bayern, Bamberg

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

2009

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., Landesverband Mecklenburg-Vorpommern, in Bad Doberan / Rostock

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

April 2009

24.–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

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**

● Tagungen

5.–6. Juli 2008

Bremen

46. Kinderverhaltenstherapietage

Info: todisco@uni-bremen.de

11.–13. Juli 2008

Brixen (Italien)

**Symposium –
Strukturbezogene Psychotherapie**

Vorträge und Workshops zum Thema und Beginn
einer neuen Fortbildung in Eltern-Kleinkind-
Psychotherapie

Info: www.aerztliche-akademie.de

10.–13. September 2008

Erfurt

**3. Gemeinsamer Deutscher
Allergiekongress**

Info: mail@sersys.de

11.–14. September 2008

München

**104. Jahrestagung der Deutschen
Gesellschaft für Kinder- und
Jugendmedizin e.V.
(DGKJ)**

Info:
www.kinderaerztekongress-muenchen-2008.de

10. Oktober 2008

Berlin

Neugeborenen Notarztseminar

Info: www.stillen.de, www.neonatalbegleitung.de

11.–12. Oktober 2008

Bremen

47. Kinderverhaltenstherapietage

Info: todisco@uni-bremen.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

Themenschwerpunkt Kinderarmut

● Buchtipp

Serge Paugam

Die elementaren Formen der Armut

Aus dem Franz. von Andreas Pfeuffer; Hamburger Edition, Hamburg 2008, 30 €

Armut werde gerne unsichtbar gemacht als angeblich nur marginales Problem, weil ihre Anerkennung in Frage stellt, woran wir so gern glauben: die Macht des Marktes, die positive Kraft von Wachstum, den Fortschritt an sich, schreibt der Soziologe

Serge Paugam von der École des Hautes Études en Sciences Sociales in Paris und Direktor am Centre National de la Recherche Scientifique. Der ehemalige Gymnasiallehrer beleuchtet daher erst mal gründlich die Armut von allen Seiten, ihre Geschichte in Europa, ihre unterschiedlichen Erscheinungsweisen. Paugam unterscheidet Armut, die als Lebensstil zu einer Gesellschaft gehört, von einer Armut, die von der Gesellschaft verdrängt und verheimlicht wird. Er fragt, unter welchen Bedingungen ein Leben in Armut als demütigend erlebt wird. Armut ist, so Paugam, kein Fakt, sondern ein Prozess von Zuschreibungen, von akzeptierter Abwertung und aufgefangenen Nöten.

Ab wann, fragt Paugam, bekennt sich ein Mensch als arm? Und wieso ist nicht jeder, der arm ist, auch arm dran? Armut, schreibt Paugam, kann je nach Milieu als selbstverständlich erlebt werden, wie im Süden Europas, wo Arme oft in wirtschaftlich sehr schwachen Zonen leben, ohne Zukunftsperspektiven, aber oft aufgefangen im Netz von Familie und Freunden. Sie erhalten dort weniger staatliche Hilfen als etwa in Deutschland, aber erleiden auch nicht die Demütigung durch die Kontrollen der Sozialämter.

Die Bekämpfung der Armut, so Paugam, scheitert auch oft da-

ran, dass ihre Maßnahmen ausblendet, wie sich etwa für Arme Benachteiligungen verdichten – ungenügende Bildung, zerrissene Sozialnetze, fragile Gesundheit, mentale Not. DIE Armut gibt es nicht, denn Armut besteht aus verschiedenen Faktoren. So muss ein eindimensionales Angebot wie Geld oder ein Job scheitern.

Weitere empfehlenswerte Bücher zum Thema Armut:

Heinz Bude:

Die Ausgeschlossenen.

Hanser Verlag 2008; 14,90 €

Gabriele Goettle:

Die Ärmsten!

Wahre Geschichten aus dem arbeitslosen Leben. Verlag: Eichborn 2000, 29,90 €

Paul Collier:

Die unterste Milliarde

Warum die ärmsten Länder scheitern und was man dagegen tun kann; aus dem Engl. von Rita Seuß und Martin Richter, 2008; 19,90 €

Muhammad Yunus:

Die Armut besiegen

Aus dem Amerikanischen von Stephan Gebauer; Hanser Verlag 2008; 19,90 €

ReH

Anatol Rosenbaum

Die DDR feiert Geburtstag, und ich werde Kartoffelschäler – Als Arzt und „Agent“ im „Kommando X“ des MfS

Lichtig Verlag Berlin 2006, 168 Seiten, ISBN 3-929905-19-1,



€ (D) 14,90

Er ist eine Generation älter als ich und hat noch nicht das Brandzeichen für einen Arzt in der DDR bekommen, der nach 1969 seine wissenschaftliche Arbeit vorlegte: Er wurde noch promoviert, mit 25 Jahren, und musste später im Westen nicht jedem erklären, was ein Diplommediziner ist. Er schrieb auch einige Artikel in der „Kinderärztlichen Praxis“. Damals hieß er noch Held. Das waren einige Parteitage vor meiner Erinnerung.

Nach dem Studium arbeitete er am Institut für Infektionskrankheiten im Kindesalter in Berlin-Buch. Professor Ocklitz war schon emeritiert als ich selbst dort an der 1. Kinderklinik im Rotationsverfahren Teile meiner Facharztausbildung absolvierte.

Traditionell trafen sich die Kollegen in der Mittagspause im Keller des Hauses und erzählten sich was. So hörte ich von dem Kollegen, der 1968 verhaftet wurde, dann zwei Jahre in verschiedenen Haftanstalten eingekerkert war und 1975 von Herbert Wehner freigekauft wurde. Der Vorsitzende der SPD-Fraktion kannte selbst die Verhältnisse der stalinistischen Säuberungen in Moskau, somit auch die der Familie Held. 1933 emigrierten die Eltern nach Moskau und legten ihren jüdischen Namen ab. Anatol wurde 1939 geboren. Sie überlebten die „Menschenfalle Moskau“ (Reinhard Müller) dadurch, dass sie bei den Stalinisten die Schenkung eines Bankhauses gut hatten. Der Vater, ehemals ein bekannter Theaterregisseur in Hamburg, war Erbe des Bankhauses ‚Edmund Rosenbaum & Co‘ in Hamburg. Seine Mutter Nelly gehörte der KPD-Gruppe „Albert Buchmann“ an. Ihr Zuhilfenahme wird das Bankhaus 1929 an die KPD verschenkt und er inszenierte am proletarischen „Rotfront Theater“.

Im Moskau waren beide Eltern Kulturfunktionäre und wohnten im Hotel Lux neben Pieck und Dimitroff. Der rebellische Sohn ging in einen russischen Kinder-

garten. Der kleinen Naturwissenschaftler wollten die Tricks des Zauberers Maru begreifen. Um den Hals trug Anatol selbst das rote Tuch.

Die Familie kam nach dem Krieg mit dem Nationalkomitee Freies Deutschland zurück nach Berlin. Der Vater arrangierte den Vertrag zwischen dem Berliner Ensemble und seinem Freund Bertolt Brecht. Anatol wurde FDJ-Sekretär, sang aber keine Lobeshymnen mehr auf Stalin. Bald erfuhr er, dass er jüdischer Abstammung war und nahm sein Gebetsbuch mit zur Musterung für den Wehrdienst. Er lernte etwas Hebräisch in der kleinen Ost-Berliner Gemeinde in der Rykestraße, bei dem ungarischen Rabbiner Singer. Er musste ein sehr gutes Abitur machen, sonst hätte er nicht Medizin studieren dürfen. Er heiratet. Der Sohn ist fünf Jahre alt, als sie nach Denunziation an der tschechoslowakisch-österreichischen Grenze mit gefälschten Papieren gefasst werden. Die Panzer gegen den Prager Frühling stehen im Gefängnishof.

In seinem Buch beschreibt Rosenbaum die unmenschlichen Bedingungen des Strafvollzuges. Er wird erst 1969 verurteilt wegen staatsfeindlicher Verbindungsaufnahme (§ 100 StGB) und versuchter Republikflucht (§ 213 StGB). Da ist er schon im „Betonkäfig“ mit Glasbausteinfenstern fast erstickt (Stasi-Gefängnis Hohenschönhausen), kommt in das „Kommando X“ als Lagerarzt, wird über Berlin-Rummelsburg nach Cottbus (nur für politische Gefangene) transportiert und

dort von dem Genossen R.T. (Roter Terror) beinahe vom „Löwenkäfig“ in das fensterlose „U-Boot“ gebracht. Im Juli 1970 geht es weiter in die Festung Torgau zu den Schwerverbrechern und „Erziehern in Uniform“. Er wird gefoltert. „In jeder Uniform kann auch ein guter Mensch stecken“, sagt er.

Das unmenschliche System des Strafvollzuges und die Mächtigkeiten des MfS werden vorgeführt. Rosenbaum macht neben exemplarischen Pfadangaben für sein eigenes Leben auch systemische Strukturaufstellungen für Menschen unter den Bedingungen einer Diktatur. Man erinnert sich an Walter Kempowskis „Im Block“ (1969). Ein Walter Krämer arbeitete als Lagerarzt in Buchenwald unter KZ-Bedingungen. Rosenbaum aber ist zunächst im „Kommando X“ tätig, als Arzt für die Gefangenen, hier für Devisen bringende Austauschagenten. Jeder Arzt hat seine Anekdoten mit Patienten. Solche finden sich auch in dem Buch. Im Zuchthaus Forst Zinna in Torgau ist er in Gefahr vor den skrupellosen Gewalttätern. In seinem Erinnerungsbuch skizziert er das Schicksal von Mitgefangenen, zeigt verschiedene Beweggründe für den Widerstand von Freimauren, Zeugen Jehovas und Jenaer Theologiestudenten. Für ihn selbst wird das Gebet zur Überlebenskunst.

Nach der Freilassung kam er nicht gleich in das gelobte Land. Rechtsanwalt Vogel sagte, er sei Geheimnisträger gewesen, wie ein Müllerbursche Säcke trüge und nicht wüsste, was in den

Säcken sei.

Er gewinnt indes mit seiner alten Kinderstation im sozialistischen Wettbewerb und kam 1975 in das freie Berlin. Hier arbeitet er nun als Praxisvertreter. Er wird in eine Arbeitsgruppe des Senats für die Arbeit mit behinderten Kindern berufen. „Gehen Sie doch zurück in die DDR“, sagte die Staatssekretärin, wenn er etwas Positives an dem DDR-Gesundheitswesen fand und – wird abberufen. Auch die Ehe zerbricht. Mit seinem Sohn führt er einen Männerhaushalt und der Verfassungsschutz steckt ihm, er solle die Transitwege meiden. Seine neue Frau hatte er beim Haydn-Quartett kennen gelernt. 2002 erkrankt er an Leukämie, wie so viele Röntgenstrahlenopfer der Stasi, und wird transplantiert, mit Stammzellen aus Jerusalem. Seine Klage als Strahlenopfer wird hingegen abgewiesen, weil die Täterschaft nicht konkret gemacht werden kann. Für die einen ist er ein Kauz, für die anderen hat er weiter zu viel Kautsky gelesen.

Fürwahr ist er ein Held gewesen, der nun wieder Rosenbaum heißt und kein rekursives Akronym mehr braucht, mit dem er bis 1993 im Mitgliederverzeichnis des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte stand. Das Buch ist spannend, mitunter humorvoll und allenfalls provokant. Das Buch als deutscher Pädiater nicht zu lesen, ist ein schlechtes Beispiel.

Dipl. med. Hanns-Ulrich Leisterer
27404 Zeven, Labesstr. 10

Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

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

0211 / 758 488-14

für telefonische Beratungen zur Verfügung.

Stephan Eßer, Hauptgeschäftsführer

Praxistafel

Kinderarztpraxis in Niedersachsen, Nordsee, alteingesessen, aus Altersgründen abzugeben. Gesperrter Bezirk. WB-Erlaubnis vorhanden.

Zuschriften unter Chiffre 1748 KJA 6/08 an den Verlag erbeten.

KV-Sitz in großer **Kinder- und Jugendarztpraxis im Münchner Norden** (Gemeinschaftspraxis; schulmedizinische und homöopathische Therapie) ab 1.7.2008 (oder später) abzugeben.

Zuschriften unter Chiffre 1749 KJA 6/08 an den Verlag erbeten.

Eilt! **Kinderarztpraxis**, wohl über Jahre hinaus letzter KV-Sitz in Würzburg (danach Sperrgebiet), bis Ende 2008 abzugeben.

Zuschriften unter Chiffre 1750 KJA 6/08 an den Verlag erbeten.

Suche Kinderarzt als Jobsharing-Partner oder Weiterbildungsassistent für Kinderarztpraxis in Köln. Spätere Praxisübernahme möglich.

Zuschriften unter Chiffre 1752 KJA 6/08 an den Verlag erbeten.

KINDER- und JUGENDARZTPRAXIS, 170 qm, im SO v. HH in Glinde, Schleswig-Holstein, per sof. abzugeben. Einzige KA-Praxis am Ort seit 1981, 16.000 Einwohner, wachsend, gute Infrastruktur, alle Schulen, 15 Min. nach HH, 45 Min. z. Ostsee, BAB-Nähe.

Zuschriften unter Chiffre 581 KJA 6/08 an den Verlag erbeten.

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



Die Lebenshilfe im Rhein-Sieg-Kreis e.V. sucht zum Sommer/Herbst 2008 für ihr Interdisziplinäres Frühförderzentrum eine/n

Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

zunächst für 20 Wochenstunden
in Festanstellung oder auf Honorarbasis.

Im Interdisziplinären Frühförderzentrum und in seinen Außenstellen arbeiten psychologische, pädagogische und medizinisch-therapeutische Fachleute bei der Diagnostik und bei der Therapie von Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten und Behinderungen zusammen.

Das Aufgabengebiet umfasst

- entwicklungsneurologische Untersuchungen
- interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem Team
- Netzwerkarbeit

Erfahrungen in der Pädiatrie sind von großem Vorteil.

Für diese abwechslungsreiche Arbeit wünschen wir uns eine/n aufgeschlossene/n, humorvolle/n Kollegen/in, der/dem nicht nur das Wohl eines jeden Kindes ein Anliegen ist sondern der/die auch Sinn für sozialmedizinische Fragestellungen hat.

Neben dem interessanten Arbeitsfeld in einem interdisziplinären Team bieten wir eine Vergütung in Anlehnung an den TVöD mit zusätzlicher Altersversorgung oder auf Wunsch ein gleichwertiges Honorar.

Bitte senden Sie Ihre Bewerbungsunterlagen bis zum 18. Juli 2008 an:

Lebenshilfe Rhein-Sieg e.V.
Geschäftsführer Herrn Benedikt Kirfel
Jüchstr. 3, 53757 Sankt Augustin

Nur Ihr Urteil bringt uns weiter!

**Wir wollen mehr
Informationsqualität
für Sie.**

Helfen Sie mit, damit Ihnen weiterhin eine gute Fachpresse und ein optimales Informationsangebot zur Verfügung stehen.

In diesen Monaten befragt die Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e.V. Sie und Ihre

Kollegen zum Leseverhalten und zu Ihren Präferenzen in der Fachpresse.

**KINDER-UND
JUGENDARZT**

+

LA-MED

Nachruf Prof. Dr. Burghard Stück

Der BVKJ trauert um Prof. Dr. Burghard Stück aus Berlin, der am 26. 3. 2008 nach längerer Krankheit in Berlin im Alter von 79 Jahren verstorben ist.

Er wurde 22. 3. 1929 in Tangermünde als ältestes von vier Kindern eines Chirurgen und Chefarztes am Städtischen Krankenhaus geboren.

Bis Februar 1945 besuchte er Grundschule und Gymnasium in seinem Geburtsort, von 1946–1948 das Gymnasium der Franckeschen Stiftungen in Halle, wo er 1948 das Abitur ablegte. Dann folgte ab 1949 das Studium der Humanmedizin an der Freien Universität Berlin, das er 1954 mit dem Staatsexamen abschloss. 1955 promovierte er bei H. Wiesener mit dem Thema: „Zur Bedeutung des Anti-Streptolysin-Titers bei Scharlach.“. Weiterbildungszeiten verbrachte er an der Neurologischen Abteilung des Städt. Wenckebach-Krankenhauses Berlin und an der Kinderklinik der Freien Universität Berlin (Kaiserin Auguste Victoria Haus) unter Prof. Dr. Adalbert Loeschke, wo er ab 1956 planmässiger Assistent mit den Spezialgebieten Neugeborenenenerkrankungen und Immunologie wurde.

Vom 12. 10. 1956–15. 2. 1957 wurde er freigestellt zu Forschungsarbeiten über den diaplazentaren Übergang von Eiweisskörpern bei Kaninchen in der Isotopen-Abteilung (Leitung PD Dr. Oeff) der I. Medizinischen Klinik der FU (Direktor Prof. Dr. Freiherr von Kress).

1. 9. 1962–31. 8. 1964 Forschungsaufenthalt am Sloan-Kettering-Institute for Cancer Research, New York (Forschungs-



stipendium der NATO). Thema: Experimentelle Tumor-Immunologie.

31. 7. 1966 Habilitation: „Untersuchungen zum Nachweis tumorspezifischer Immunitätsreaktionen am Modell eines chemisch induzierten Fibrosarkoms der Maus.“

1967 begann seine Lehrtätigkeit am KAVH, 1970 wurde er zum Professor ernannt. Von 1972–1974 war er Fachbereichsvorsitzender am Fachbereich „Außenkliniken“ (Frauen- und Kinderklinik) der FU, von 1974–1994 Chefarzt der Inneren- und Infektions-Abteilung der Städtischen Kinderklinik Wedding, Berlin, später Kinderklinik im Universitätsklinikum Rudolf Virchow der FU.

Uns allen war Herr Stück als herausragender Impfexperte bekannt. Von 1977–1998 war er Mitglied der Ständigen Impfkommision am Robert-Koch-Institut Berlin, außerdem Mitglied des Immunisierungsausschusses der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten und Mitglied der WHO-Kommission „European Regional Commission for the Certification of Poliomyelitis Eradication“.

Von 1994–2004 war er Präsident des Deutschen Grünen Kreuzes. Das DGK ernannte ihn bei seinem Ausscheiden für seine außergewöhnlichen Verdienste zum ersten Ehrenpräsidenten.

Wir Kinder- und Jugendärzte haben Herrn Stück besonders geschätzt. Ihn zeichnete neben seiner ruhigen Art ein unglaublich fundiertes allgemein-pädiatrisches und spezielles Wissens aus. Immer war er bereit, all denen, die seinen Rat erbaten, zugewandt, geduldig, mit genuiner Freundlichkeit zuzuhören und sie mit seinem Wissen und Urteil ohne Ansehen der Person kompetent zu beraten. Auf vielen Fortbildungsveranstaltungen des BVKJ war er ein beliebter Referent. Als Arzt und Mensch hatte er eine Vorbildfunktion.

Er hinterlässt seine Frau Helga, die er im KAVH kennengelernt hatte, wo sie 1957 als Krankenschwester eingetreten war, und die er 1959 geheiratet hat, und vier erwachsene Kinder.

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte wird ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

Dr. Wolfram Hartmann, Präsident

Wir gratulieren zum Geburtstag im Juli 2008

65. Geburtstag

Herrn Dr. med. Kurt *Lipp*, Grebenhain, am 01. 07.
 Herrn Dr. med. Reinhart *Bußmann*, Frankfurt/Main, am 07. 07.
 Frau Dr. med. Maike *Winter*, Berlin, am 08. 07.
 Herrn Dr. med. Gerhard *Engler*, Hagen, am 10. 07.
 Herrn Dr. med. Kristof *Loewe*, Mannheim, am 12. 07.
 Herrn Prof. Dr. med. Michael *Albani*, Wiesbaden, am 14. 07.
 Frau Dr. med. Brigitte *Lorenz-Meyer*, Friedrichshafen, am 14. 07.
 Herrn Dr. med. Friedrich-K. *Peters*, Voerde, am 15. 07.
 Frau Dr. med. Wilburg *Streitberger*, Heide, am 15. 07.
 Frau Dipl.-Med. Ute *Baum*, Rostock, am 16. 07.
 Herrn Dr. med. Jochen *Weise*, Oldenburg, am 16. 07.
 Frau Dr. med. Freya *Benzing-Pick*, Mainz, am 18. 07.
 Frau Dr. med. Adelheid *Neufang*, Endingen, am 18. 07.
 Herrn Dr. med. Heinz *Sauer*, Karlsruhe, am 19. 07.
 Herrn Dr. med. Dieter *Meister*, Pfarrkirchen, am 20. 07.
 Frau Dr. med. Jana *Siegl*, Markt Schwaben, am 20. 07.
 Herrn Dr. med. Gerold *Stiepani*, Ravensburg, am 20. 07.
 Frau Dr. med. Barbara *Stolzenberg*, Dessau, am 23. 07.
 Herrn Dr. med. Dieter *Leistner*, Ketsch, am 24. 07.
 Frau Dr. med. Eveline *Buchholz*, Güstrow, am 25. 07.
 Herrn Dr. med. Winfried *Oelkers*, Hamburg, am 25. 07.
 Frau Dr. med. Gerda *Schrader*, Frankfurt/Main, am 28. 07.
 Herrn Dr. med. Manfred *Otto*, Freiburg, am 29. 07.
 Frau Dr. med. Helga *Roscher*, Weimar, am 29. 07.
 Frau Ute Lehmann, *Jeßnitz*, am 30. 07.

70. Geburtstag

Herrn Dr. med. Alex *Walter*, Braunschweig, am 03. 07.
 Herrn Dr. med. Sirius *Moradof*, Maintal, am 05. 07.

Frau Dr. med. Berthild *Schäper*, Bonn, am 05. 07.
 Frau Dr. med. Karin *Hahn-Müther*, Ratzburg, am 08. 07.
 Herrn Dr. med. Christian *Münchenberg*, Pforzheim, am 09. 07.
 Herrn Dr. med. Volker *Noll*, Weissach, am 14. 07.
 Herrn Dr. med. Dr.rer.nat. Herbert *Grimminger*, Reutlingen, am 16. 07.
 Frau Dr. med. Helene *Schreiber*, Erfurt, am 17. 07.
 Frau Dr. med. Gertrud *Giffels*, Sankt Augustin, am 24. 07.
 Frau Dr. med. Mathilde *Vortisch*, Berlin, am 29. 07.
 Frau Dr. med. Ines *Menning*, Berlin, am 30. 07.
 Frau Dr. med. Doris *Joachim*, Görlitz, am 31. 07.

75. Geburtstag

Herrn Dr. med. Wolfgang *Uplegger*, Darmstadt, am 26. 07.
 Herrn Dr. med. Walter *Delpy*, Aachen, am 27. 07.

80. Geburtstag

Herrn Dr. med. Albrecht *Neumann*, Leverkusen, am 08. 07.
 Herrn Prof. Dr. med. Hans-Martin *Weinmann*, Straßlach-Dingharting, am 17. 07.

82. Geburtstag

Herrn Prof. Dr. Michael *Hertl*, Mönchengladbach, am 05. 07.
 Herrn Dr. med. Max-Theodor *Schweighart*, München, am 11. 07.
 Frau Dr. med. Gisela *Hellmis*, Düsseldorf, am 13. 07.
 Frau Dr. med. Hannelore *Witte*, Springe, am 15. 07.
 Frau Dr. med. Irmgard *Schaumann*, Kempten, am 27. 07.

83. Geburtstag

Frau Dr. med. Luise *Quarck*, Freiburg, am 17. 07.
 Herrn Prof. Dr. med. Erhard *Ambis*, Hirschaid, am 25. 07.

84. Geburtstag

Frau Dr. med. Hedwig *Kiefer*, München, am 13. 07.
 Herrn Dr. med. Josef *Haselhuber*, Ergolding, am 18. 07.
 Herrn Dr. med. Carl *Haneke*, Beverungen, am 26. 07.

85. Geburtstag

Frau Dr. med. Rudgild *Haschke*, Passau, am 06. 07.
 Frau Dr. med. Rune *Buschmann*, Duisburg, am 25. 07.

86. Geburtstag

Frau Dr. med. Wiltrud *Hagenunger*, Waldkirch, am 13. 07.
 Herrn Dr. med. Peter *Stöhr*, Aachen, am 19. 07.
 Frau Dr. med. Gerda *Fritze*, Bremen, am 30. 07.

87. Geburtstag

Frau Dr. med. Erika *Wiedey*, Schwerte, am 02. 07.
 Frau Dr. med. Ingeborg *Wittke*, Berlin, am 03. 07.
 Herrn Doz. Dr. med. habil. Hans *Mannkopf*, Detmold, am 10. 07.
 Frau Dr. med. Margret *von Fürstenberg*, Münster, am 30. 07.

88. Geburtstag

Herrn Dr. med. Rolf *Steinhilber*, Augsburg, am 10. 07.
 Frau Dr. med. Annebärbl *Ditz*, Aschau, am 26. 07.

89. Geburtstag

Frau Dr. med. Irmgard *Hoven*, Aachen, am 01. 07.
 Frau Dr. med. Erika *Maneke*, Hannover, am 16. 07.

92. Geburtstag

Frau Dr. med. Annemarie *Gebhard*, Hamburg, am 24. 07.

95. Geburtstag

Frau Dr. med. Angela *Kleier*, Osnabrück, am 16. 07.

Wir trauern um:

Herrn Dr. med. Georg *Alfers*, Wedel
 Frau Dr. med. Ruth *Mentzel-Magnus*, Neustadt
 Frau Dr. med. Maria Magdalena Klara *Petersen*, München

Als neue Mitglieder begrüßen wir

Landesverband Baden-Württemberg

Frau Dr. med. Christine *Weiß*
 Herrn Dr. med. Robert *Jungwirth*
 Herrn Dr. med. Andreas *von Pfeil*
 Frau Dr. med. Elke *Haffelder*
 Herrn Dr. med. Heinz-Peter *Gabriel*
 Frau Dr. med. Juliane *Kramer*
 Frau Dr. med. Elke *Häußermann*
 Herrn Martin *Englert*
 Frau Dr. med. Carmen *Roth*
 Herrn Robert *Wolff*

Landesverband Bayern

Herrn Dr. med. Stefan *Schmidt*
 Frau Dr. med. Cordula *Fischer-Trüstedt*
 Frau Judith *Reisner*
 Herrn Dr. med. Roland *Wagner*
 Frau Dr. med. Ute *Wunsiedler*
 Frau Daniela Erika *Doll*
 Herrn Dr. med. Heinrich *Pechumer*
 Frau Dr. med. Veronika *Weigl*
 Herrn Norbert *Meister*
 Frau Dipl.-Med. Gabriele *Hecht*
 Frau Dr. med. Katrin *Liebhardt*
 Herrn Dr. med. Steffen *Leidig*
 Frau Dr. med. Gudrun *Fleck*
 Frau Simone *Stierstorfer*
 Frau Dr. med. Maria *Fischer*

Landesverband Berlin

Frau Petra *Kleindienst*
 Herrn Wolf *Knaut*
 Herrn Dr. med. Oliver *Hundt*
 Frau Dr. med. Gudrun *Wurl*
 Frau Dr. med. Susanne *Reibel*

Landesverband Brandenburg

Frau Dipl.-Med. Janine *Dribbisch*

Landesverband Hessen

Herrn Dr. med. Christopher *Gerken*
 Frau Dr. med. Margit *Höfl*
 Frau Dr. med. Elke *Daur*

Landesverband**Mecklenburg-Vorpommern**

Frau Dr. med. Ute *Engelhardt*

Landesverband Niedersachsen

Herrn Dr. med. Elmar *Blömer*
 Herrn Jürgen *Wichmann*
 Herrn Kay-Uwe *Kallista*
 Herrn Jens *Koch*

Landesverband Nordrhein

Herrn Dr. (RUS) Michael *Kirillov*
 Herrn Torsten *Jakob*
 Herrn Dr. med. Alex *Rosen*
 Frau Susanne *Rahn*
 Frau Dr. med. Ludmila *Hamann*
 Frau Katharina *Witte*

Frau Bahareh *Youssefinejad*
 Herrn Prof. Dr. med. Tim *Niehues*

Landesverband Rheinland-Pfalz

Frau Dr. med. Stefanie *Dietrich*
 Frau Tanja *Dummer*

Landesverband Sachsen

Frau Maria *Hartmann*
 Frau Dr. med. Hildegard *Bauer*
 Frau Dr. med. univ. Heike *Dobrev*
 Frau Dr. med. Constanze *Bennek*
 Frau Antje *Wiederanders*
 Frau Dr. med. Kerstin *Gründler*

Landesverband Sachsen-Anhalt

Frau Dr. med. Heike *Hüfner*

Landesverband Schleswig-Holstein

Herrn Jens *Folchert*

Landesverband Thüringen

Frau Juliane *Behnes*
 Frau Dr. med. Antje *Wagner*
 Frau Dr. med. Petra *Hilliges*

Landesverband Westfalen-Lippe

Frau Dr. med. Gabriele *Baumeister*
 Frau Birgit *Markmann*
 Frau Dr. med. Maria *Christodoulou*
 Herrn Dr. med. Sascha *Kummer*
 Frau Dr. med. Stefanie *Hansel*
 Herrn Dr. med. Waldemar *Zeiser*

**XLVI. Ausgabe 2007/2008**

Rund 30.000 Kurzbiografien bedeutender zeitgenössischer Persönlichkeiten Deutschlands.

Eine wertvolle Informationsquelle, exklusiv, mit Geburtstagsliste (ohne Geburtsjahr) und ca. 2.000 Porträtfotos.

Ca. 1.800 Seiten, Großformat 18,7 x 28 cm, weißer Kunstledereinband mit Goldschnitt, ISBN 978-3-7960-2044-8, Ladenpreis € 218,-

WER IST WER? auch als CD-ROM

Freisung des traditionsreichen Werkes auf CD-ROM, mit den Biografien der XLVI. Ausgabe 2007/2008 und zahlreichen Porträtfotos.

Mit sekundärschnelem Zugriff auf

- Name, Vorname
- Geburtsdatum
- Beruf
- Wohnort
- Geburtsjahr
- + Volltextsuche

CD-ROM in DVD-Box mit Installations- und Bedienungsanleitung

Laufähig auf: Microsoft® Windows® 98, ME, NT, 2000, XP; LINUX; Mac OS X

Technische Voraussetzung: Java 1.4.x (Für Windows auf der CD)

ISBN 978-3-7960-2045-3, Preis € 199,-

**SCHMIDT
ROHMILD**

23552 Lübeck · Mengelstr. 16 · Tel. 0451/70 31-267
 Fax 70 31-2 81 · Internet: www.schmidt-roemhild.de
 E-Mail: vertrieb@schmidt-roemhild.com



Begründet von Walter Habel

ESPID 2008 – Neues zu Kinderimpfstoffen

Aktuelle Daten und Empfehlungen

Die 26. Jahrestagung der Europäischen Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie in Graz bot GlaxoSmith-Kline die Chance, während vier Veranstaltungen neue Daten zur akuten Otitis media (AOM), Rotavirus- und Varizellenimpfung zu präsentieren.

AOM: Jeder Pädiater therapiert mindestens einen Fall täglich

Kaum ein Krankheitsbild ist den Pädiatern in Deutschland besser bekannt als die AOM, sehen sie doch durchschnittlich sieben Mal pro Woche ein Kind mit akuter Mittelohrentzündung in ihrer Praxis. PD Dr. Johannes Liese, München, warnte auf einer Pressekonferenz von GSK vor allzu schneller Verharmlosung der durch Pneumokokken und unbekapselten *Hämophilus influenzae* verursachten Erkrankung. Rezidivierende Mittelohrentzündungen könnten mit einem vorübergehenden oder kompletten Hörverlust einhergehen. Liese fasste in Graz Zahlen einer europäischen Analyse zusammen: Die teilnehmenden Ärzte sahen im Schnitt über 29 Patientenkontakte pro Monat aufgrund einer Otitis me-

dia. Deutsche Pädiater diagnostizierten in dem analysierten Zeitraum 544 Mal eine Otitis, 13 davon mit Komplikationen. In 40% der Fälle verordneten sie Antibiotika, Schmerzmittel hingegen zu 83%. „60 % der Pädiater waren sich nicht über die Rolle von unbekapselten *Hämophilus influenzae*-Stämmen (NTHi) bewusst“, erklärte Liese. Vielen Kollegen sei nicht klar, dass die existierende Hib-Impfung nicht gegen Erkrankungen durch die unbekapselten *Hämophilus influenzae* wie z.B. AOM schütze. Durch die Einführung einer wirksamen Vakzine, die gegen NTHi und *S. pneumoniae* schütze, könne die Krankheitslast durch Mittelohrentzündungen sowie deren Komplikationen und die Verordnungen von Antibiotika erheblich reduziert werden, so das Fazit von Liese.

Neben den bisher mit dem 7-valenten Impfstoff abgedeckten Serotypen enthält der neue 10-valente Impfstoff die drei zusätzlichen Serotypen 1, 5 und 7F. Diese drei Serotypen sind mit schweren Verläufen bei Kindern unter fünf Jahren assoziiert, insbesondere 7F. Die Mehrzahl der zehn Pneumokokken-Serotypen ist dabei an das immunologisch aktive Membran-Protein D von NTHi-Stämmen konjugiert, was einen zusätzlichen Effekt auch gegen diese Keime hervorrufen soll. Prof. Anne Vergison, Brüssel, präsentierte eine randomisierte Doppelblindstudie, in der die Arbeitsgruppe um Prymula die Wirksamkeit der neuen Vakzine gegen AOM prüfte (Prymula R et al. Lancet 2006;367:740-748). 4968 Kinder erhielten randomisiert entweder den Pneumokokken-Konjugatimpfstoff oder eine Hepatitis A-Vakzine als Kontrolle. „Die Ergebnisse lassen auf einen wirksamen Schutz vor AOM durch den neuen Kandidat-Impfstoff hoffen“, so Vergison überzeugt. Die Inzidenz der AOM konnte signifikant um 33,6% reduziert werden.

Alle Kinder gegen Rotavirus-Gastroenteritis impfen!

Rotaviren sind die häufigsten Erreger von Brech-Durchfall (RVGE) bei Säuglingen und Kleinkindern in den ersten beiden Lebensjahren. Neben den bekannten Symptomen kann es durch Wasser- und Elektrolytverluste zur Austrocknung des Körpers kommen, eine Krankenhauseinweisung mit Infusionsbehandlung ist dann oft nicht auszuschließen. Deutsche Pädiater hoffen auf eine Empfehlung der STIKO noch in diesem Jahr. Welche Kasse derzeit die Rotaimpfung erstattet, können Interessierte im Internet unter www.gesundes-kind.de abrufen.

In den neuen ESPID-ESPGHAN-Empfehlungen, die nun präsentiert wurden, heißt es: Alle gesunden Kinder im Alter von 6 bis 12 Wochen sollten gegen RVGE geimpft werden. Beide verfügbaren Impfstoffe (Rotateq® von SPMSD und Rotarix® von GSK) sind hoch effektiv, sicher und gut akzeptiert. Mit der ersten Impfdosis sollte vor der 13. Lebenswoche des Kindes begonnen werden.

Prof. Jacek Mrukowicz, Krakau, verwies auf aktuelle Daten von N. Meyer, die die Notwendigkeit einer Durchimpfung deutlich aufzeigen: In der epidemiologischen Studie analysierte man Stuhlproben von mehr als 5000 Kindern, die wegen RVGE in die Praxis kamen. Die RV-positiven Proben wurden mittels PCR analysiert: Die Inzidenz reichte von 9,4 per 1000 in Polen bis zu 24,3 in Spanien. 69,1% der positiven Befunde traten bei Kindern <2 Jahre auf. Die Krankheitslast sei nicht nur in dieser Altersgruppe äußerst erschreckend, auch Erhebungen mit unter Einjährigen kämen zu ähnlichen Ergebnissen. Als Mitglied der ESPID-ESPGHAN-Gruppe appellierte Mrukowicz abschließend, wirklich jedes Kind in den ersten Lebenswochen gegen RV impfen zu lassen. Rotarix® wird als Schluckimpfung in zwei Dosen ab der vollendeten 6. bis zur 24. Lebenswoche gegeben, wobei ein Mindestabstand von vier Wochen zwischen den einzelnen Dosen einzuhalten ist. Die Vakzine ist gegen die fünf häufigsten Rotavirus-Serotypen G1P[8] (96 %), G2P[4] (86 %), G3P[8] (94 %), G4P[8] (95 %) und G9P[8] (85 %) effektiv wirksam.



Abb.: Durchschnittlich einmal täglich sehen Pädiater ein Kind mit akuter Mittelohrentzündung in ihrer Praxis

Windpocken:

Zwei Impfdosen sind besser als eine

Windpocken – die hochansteckende Infektionskrankheit wird oftmals unterschätzt. Denn ein Kontakt zum Varicella-Zoster-Virus (VZV) kann auch zu Superinfektionen, Narbenbildung, Mittelohrentzündung (viral, aber auch bakteriell bedingt) oder neurologischen Komplikationen führen, mahnte Dr. Markus Knuf, Mainz, auf einer Pressekonferenz von GSK. Varizellen-Durchbruchserkrankungen seien eine nicht zu unterschätzende Infektionsquelle gerade für Risikogruppen wie immunsupprimierte Menschen oder schwangere Frauen. Hier sei ein durchimpftes Umfeld (die sog. Herdenimmunität) von großer Bedeutung. Nach der ersten Varizellen-Impfung zeigen etwa 15% der geimpften Personen keine ausreichenden Antikörper. Eine zweite zusätzliche Impfung könne durch den Boostereffekt eine mehr als 20fache Erhöhung der Antikörper bewirken. Knuf präsentierte Daten, die dies deutlich zeigen: F. Zepp und Kollegen analysierten bei 494 gesunden Kindern im Alter von 11 bis 23 Monaten die immunologischen Parameter sowie die Ausbruchsraten nach 3 Jahren Beobachtung. Die eine Gruppe erhielt zwei Mal den tetravalenten MMRV-Impfstoff Priorix®-Tetra, die Prüfgruppe eine Dosis MMR plus Varizella als Monoimpfstoff plus eine zweite Dosis MMR-Impfstoff. Die Datenauswertung der 304 Kinder nach dem Follow-up (MMRV: n=225, MMR+V: n=79) weisen für die kombinierte MMRV-Vakzine nach drei Jahren Serokonversionsraten von 99,4% (versus 96,8%) auf. „In Europa wird jetzt wie in den USA eine zweite Varizellenimpfung angestrebt – da sind wir in der BRD schon ein gutes Stück weiter in der Umsetzung, beispielsweise durch den Einsatz von Priorix®-Tetra“, so Knuf abschließend.

Autor: Gabriele Fischer von Weikersthal (fvw)

Masern & Co: Jugendliche vor komplizierten Verläufen bewahren

An den Folgen so genannter „Kinderkrankheiten“ können Menschen ein Leben lang leiden

Pädiatrische Erkrankungen wie Masern, Mumps, Röteln oder Varizellen sind nicht so harmlos wie häufig angenommen. Sie gehen mit einer Reihe teilweise schwerwiegender Komplikationen einher, die durch eine zeitgerechte Impfung vermieden werden können. Treten die „Kinderkrankheiten“ bei Jugendlichen oder Erwachsenen auf, nehmen Häufigkeit und Schwere der Komplikationen zu. Der Impfstatus von Jugendlichen sollte daher im Rahmen der Jugenduntersuchung J1 überprüft und vervollständigt werden.

Keineswegs harmlos – weder Masern, Mumps und Röteln ...

Masern gehen in etwa 10 Prozent der Fälle mit bakteriellen oder viralen Superinfektionen wie Otitis media oder Pneumonie einher.¹ Eine akute postinfektiöse Enzephalitis ist mit einer Häufigkeit von 0,1 Prozent zwar eher selten, hinterlässt jedoch in 20–30 Prozent der Fälle Residualschäden am Zentralnervensystem (ZNS) und kann tödlich enden.² Eine sehr seltene, jedoch gravierende Spätkomplikation ist die subakute sklerosierende Panenzephalitis (SSPE), die zu neurologischen Störungen bis hin zum Verlust zerebraler Funktionen führt.² Mumps manifestiert sich in mindestens 3–10 Prozent der Fälle als seröse Meningitis, die Dunkelziffer ist allerdings noch höher.³ In Verbindung mit Akustikus-Neuritis und Labyrinthitis kann die seröse Meningitis Hörstörungen nach sich ziehen. Tritt Mumps nach der Pubertät auf, kann sie unter anderem zu einer Orchitis und damit zur Sterilität führen. Mit zunehmendem Lebensalter der Mumps-Erkrankung nehmen ZNS-Manifestationen zu.³ Auch bei einer Rötelninfektion steigt mit dem Alter das Risiko komplizierter Krankheitsverläufe wie Arthralgien, Enzephalitis oder Myo- und Perikarditis.⁴

Um diesen schwerwiegenden Erkrankungen vorzubeugen, empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut in Berlin zur vollständigen Grundimmunisierung zwei Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln bis zum Ende des zweiten Lebensjahres.⁵ Fehlt die zweite Impfung, wie es bei über 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen der Fall ist⁶, sollte sie nachgeholt werden. Dies ist ohne Altersbegrenzung möglich.⁵

... noch Varizellen

Varizellen nehmen bei 6 Prozent der Erkrankten einen komplizierten Verlauf.⁷ Am häufigsten sind bei Kindern und Jugendlichen neurologische Störungen (29 Prozent), Hautinfektionen (23 Prozent) oder gastrointestinale Probleme einschließlich Dehydratation (15 Prozent).⁸ Diese Komplikationen ziehen Krankenhausaufenthalte von durchschnittlich fünf Tagen mit sich, wie die ESPED-Varizellen-Studie ergab.⁸ Seit dem Jahr 2004 empfiehlt deshalb die STIKO allen ungeimpften 9–17-

jährigen Jugendlichen ohne Varizellen-Anamnese die Impfung gegen Varizellen.⁵ Einer aktuellen Sentinel-Surveillance zufolge halbierten sich im Zeitraum von April 2005 bis November 2007 die deutschlandweiten Meldeszahlen von Varizellen-Erkrankungen pro Praxis nahezu. Gleiches gilt auch für die Zahl der registrierten Komplikationen.⁹ Beides kann auf die Einführung der Varizellen-Impfung zurückgeführt werden. Auch Erfahrungen aus den USA, wo Varivax® der einzig zugelassene Varizellen-Impfstoff ist, zeigen die hohe Wirksamkeit der Impfung.^{10,11}

Referenzen:

1. Tischer A, Gerike E. Masern. In: Schmitt HJ, Hülbe C, Raue W, eds. Schutzimpfungen 2003. 3. Ed. Berlin: Infomed Medizinische Verlagsgesellschaft mbH; 2003. p. 138–145.
2. http://www.rki.de/cln_049/nn_494538/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Mbl_Masern.html (last accessed 18 January 2008)
3. http://www.rki.de/cln_049/nn_494550/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_mbl_Mumps.html (last accessed 25 February 2008)
4. http://www.rki.de/cln_049/nn_504470/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Mbl_Roeteln.html (last accessed 25 February 2008)
5. STIKO. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am RKI. Stand Juli 2007. Epidemiologisches Bulletin 2007; 30:267–286.
6. Poethko-Müller C, Kuhnert R, Schlaud M. Durchimpfung und Determinanten des Impfstatus in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 2007; 5/6:851–862.
7. <http://www.med.uni-jena.de/dvv/therapieempfehlungen/de/mgyn.htm> (last accessed 25 February 2008)
8. RKI. Komplikationen von VZV-Infektionen und Herpes zoster bei Kindern und Jugendlichen: Ergebnisse der ESPED-Varizellen-Studie 2003–2004. Epidemiologisches Bulletin 2005; 13:110–111.
9. RKI. Zur Sentinel-Surveillance der Varizellen in Deutschland. Epidemiologisches Bulletin 2008;8:61–72.
10. Davis MM et al. Decline in varicella-related hospitalizations and expenditures for children and adults after introduction of varicella vaccine in the United States. Pediatrics 2004; 114:786–792.
11. Nguyen HQ et al. Decline in Mortality Due to Varicella Vaccination in the United States. N Engl J Med 2005;352:450–458.

Kontakt:

Dr. med. Gunther Gosch, Domplatz 11, 39104 Magdeburg

Aktuelle Studie zeigt: Kinder essen zu wenig Vollkornprodukte

Beratungswochen zum Thema „Ernährung von Kindern und Jugendlichen“ – Machen Sie mit!

1,9 Millionen Kinder zwischen 3 und 17 Jahren sind übergewichtig, 800.000 von ihnen sogar adipös. Zwischen 1985 und 1999 haben sich die Zahlen bereits verdoppelt.¹ Etwa die Hälfte der adipösen Kinder leidet bereits an mindestens einer Folgeerkrankung wie Typ 2 Diabetes, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörung oder Knochenschäden.² Die Ursachen hierfür liegen vor allem in falsch erlernten Ernährungsgewohnheiten und geringer körperlicher Aktivität.

Ausgewogene, vollwertige Ernährung in jungen Jahren ist die beste Prophylaxe gegen Übergewicht

Kinder, die schon in jungen Jahren die Bedeutung einer regelmäßigen und ausgewogenen Ernährung kennen lernen, haben es auch als Erwachsene leichter, die richtige Nahrungsauswahl zu treffen. Eine ganz besonders wichtige Funktion innerhalb der täglichen Nahrungszufuhr kommt dem Frühstück zu. Denn über Nacht sind die Energiereserven des Körpers verbraucht und müssen neu aufgefüllt werden. Wissenschaftliche Studien bestätigen, dass Kinder, die ausgewogen frühstücken, dem Unterricht in der Schule aufmerksamer und ausdauernder folgen können. Zu einem gesunden Frühstück gehören vor allem auch Vollkornprodukte. Denn Vollkorn ist reich an Vitaminen, Mineralstoffen, komplexen Kohlenhydraten, essenziellen Fettsäuren und Eiweiß. Zudem sorgt ein hoher Anteil an Ballaststoffen für ein lang anhaltendes Sättigungsgefühl.

Aktuelle Studie von TNS Healthcare und Nestlé „Stellenwert der Vollkornernährung bei Kindern und Jugendlichen“³

Vollkornprodukte sind ein unverzichtbarer Bestandteil einer gesunden, ausgewogenen Ernährung. 97 Prozent aller deutschen Mütter wissen das. Trotzdem starten die meisten Kinder längst nicht so gesund in den Tag, wie Eltern sich das wünschen: Bei Kindern morgens besonders beliebt ist Süßes, zum Beispiel Weißbrot mit Nuss-Nougataufstrich. Nicht einmal die Hälfte aller Kinder isst täglich ein Vollkornprodukt, lediglich ein Viertel von ihnen entscheidet sich jeden Tag für ein Vollkornbrot. Dies sind die Ergebnisse einer aktuellen repräsentativen Befragung, bei der TNS Healthcare im Auftrag von Nestlé 500 Mütter nach den Ernährungsgewohnheiten ihrer Kinder im Alter von sechs bis 14 Jahren befragt hat. Nestlé möchte Mütter in ihrem Anliegen hinsichtlich einer gesunden Ernährung ihrer Kinder unterstützen.

„Fit mit Vollkorn“ – Beratungswochen im August und September 2008

„Fit mit Vollkorn“ heißt deshalb die Devise der Beratungswochen zu „Gesunder Ernährung von Kindern und Jugendlichen“, die im August und September 2008 zum Start ins neue Schuljahr stattfinden. An der Aktion können sich alle Kinder- und Jugendärzte beteiligen, die interessierte Eltern in Sachen „vollwertige Ernährung von Kindern und Jugendlichen“ aufklären möchten. Denn wer sich gesund mit Vollkorn ernährt und ausreichend bewegt, hält nicht nur sein Normalgewicht, sondern ist auch leistungsfähiger.



Möchten Sie mitmachen? Dann bieten Sie interessierten Eltern spezielle Sprechstunden zum Thema „Fit mit Vollkorn“ an oder geben Sie einfach spezielle Beratungsmaterialien, die in Zusammenarbeit mit dem bvkj erstellt wurden, an Ratsuchende weiter. Bestellen Sie unser kostenloses Aktionspaket bestehend aus einem Beratungsleitfaden für die Praxis, einer Informationsbroschüre zum Thema „Gesunde Ernährung von Kindern und Jugendlichen“, einem Frühstücks-Flyer zur Weitergabe an Eltern und Kinder sowie einem Informations-Poster für Ihr Wartezimmer.

Ein Bestellformular und weitere Informationen steht für Sie zum Download unter www.fitmitvollkorn.de bereit oder rufen Sie uns an unter 0 221 / 91 27 19 - 526.

Quellen

- 1 Ernährungsstudie KIGGS-Modul (Eskimo), Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, 2007
- 2 Dr. K. Kromeyer-Hauschild, Prof. Dr. M. Wabitsch: Aktuelle Sicht der Prävalenz und Epidemiologie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland
- 3 Stellenwert der Vollkornernährung bei Kindern von 6-14 Jahren, TNS Healthcare, 2008

Kontakt:

Heike Balogh – Publicis Health, Brückenstraße 21, 50667 Köln
Tel.: 0 221 - 91 27 19 - 526, Fax: 0 221 - 91 27 19 - 726
E-Mail: heike.balogh@publicis-health.de

In bestimmten Situationen effektiver als inhalative Steroide

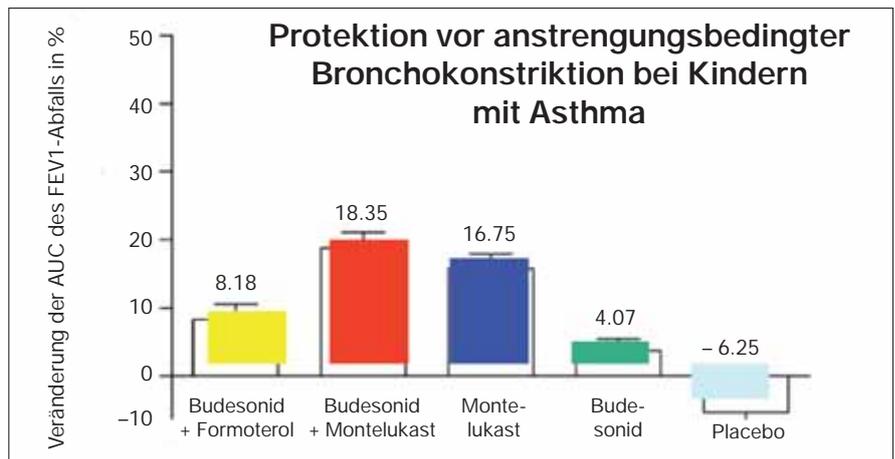
Montelukast als zweite First-line-Option in der pädiatrischen Asthmatherapie

Seit 10 Jahren wird der Leukotrien-Antagonist Montelukast in der Therapie des Asthma bronchiale eingesetzt. In dieser Zeit wurde die Substanz kontinuierlich weiter erforscht. Durch die zunehmenden Studiendaten konnte der Stellenwert von Montelukast durch immer mehr Evidenz untermauert werden.

Nach dem aktuellen Consensus-Statement PRACTALL („PRACTicing ALLergy“), das Anfang dieses Jahres publiziert wurde (1), gilt Montelukast bei Kindern über zwei Jahren neben inhalativen Steroiden als eine der beiden First-line-Optionen zur antientzündlichen Langzeittherapie. „Das, was wir jetzt empfehlen, ist evidenzbasiert. Das hat viel zu tun mit der Datenlage, die wir in den letzten fünf Jahren generieren konnten – und die zeigt: Wir brauchen zwei Optionen“, betonte dazu Professor Ulrich Wahn von der Charité Berlin auf einer pneumologischen Fortbildungsveranstaltung, die von MSD Sharp & Dohme unterstützt wurde. Offenbar gibt es unterschiedliche Asthma-Phänotypen, die auf die beiden antiinflammatorischen Therapieprinzipien unterschiedlich gut ansprechen.

Besonders deutlich wurde dies in der sogenannten CLIC-Studie (2), über die Professor Stefan Zielen von der Universitäts-Kinderklinik aus Frankfurt am Main berichtete. Insgesamt 144 Kinder (6–17 Jahre) mit einem leichten Asthma wurden über jeweils 8 Wochen mit Montelukast oder inhalativem Budesonid (2 x 100 µg) sowie nach einem Cross-over für weitere acht Wochen mit dem anderen Therapieprinzip behandelt. Das als Therapieerfolg gewertete Zielkriterium war nach Einschätzung von Zielen sehr hoch gesteckt – per definitionem musste eine FEV1-Verbesserung um mindestens 7,5% erreicht werden. Dieses Erfolgskriterium wurde bei 17% der Kinder mit beiden Therapieoptionen erreicht, doch 23% erreichten es nur mit inhalativen Steroiden und weitere 5% nur mit Montelukast. Die Wahrscheinlichkeit für ein Ansprechen auf die Montelukast-Therapie war besonders bei jungen Kindern und bei denen mit einer hohen Leukotrien-Ausscheidung im Urin hoch, wohingegen Kinder mit sehr hohen Entzündungsparametern eher auf die Therapie mit inhalativen Steroiden ansprachen.

Solche Ergebnisse wurden auch in den PRACTALL-Empfehlungen berücksichtigt



In den beiden Montelukast-Gruppen konnte die stärkste Protektion erreicht werden (gemessen als Änderung der Fläche unter der FEV1-Kurve über 20 Minuten

– diese betonen: „*LTRA (Leukotrien-Rezeptor-Antagonisten) sind eine alternative Behandlung der ersten Wahl bei persistierendem Asthma. Ein jüngeres Alter (<10 Jahre) und hohe Leukotrienspiegel im Urin sprechen für ein positives Ansprechen. Empfohlen zur Behandlung der virusinduzierten Obstruktion.*“ (PRACTALL Kurzfassung, deutsche Übersetzung)

Klare Vorteile bei aktivitätsinduziertem Asthma

Besonders bewährt hat sich Montelukast auch bei aktivitätsinduziertem Asthma. Wie der niedergelassene Kinderpneumologe Dr. Falko Panzer aus Mannheim betonte, hat sich die Empfehlung einer Inhalation von Bronchodilatoren vor dem Sport gerade bei Kindern als nicht praktikabel erwiesen, da sich Kinder oft ungeplant körperlich belasten.

Durch die antiinflammatorische Therapie mit Montelukast ist dagegen eine dauerhafte Protektion vor aktivitätsinduzierter Bronchokonstriktion zu erreichen. Bei dieser Indikation zeigt Montelukast nach den Ergebnissen einer aktuellen Studie (3) auch klare Vorteile gegenüber inhalativen Steroiden. Behandelt wurden hier insgesamt 91 Kinder (6–18 Jahre) mit atopischem Asthma, bei denen zusätzlich im

Belastungstest eine aktivitätsinduzierte Bronchokonstriktion nachweisbar war. Es wurden 4 Therapiestrategien geprüft: Montelukast-Monotherapie, das inhalative Steroid Budesonid (2 x 100 µg) als Monotherapie, die Kombination aus Budesonid und Montelukast oder die Kombination aus Budesonid und Formoterol. Vor Beginn sowie nach 4 Wochen Therapie wurde die aktivitätsinduzierte Bronchokonstriktion im Belastungstest ermittelt. Die Protektion vor einer aktivitätsinduzierten Bronchokonstriktion war am deutlichsten unter der Montelukast-Budesonid-Kombination, doch auch unter der Montelukast-Monotherapie fiel sie signifikant besser aus als unter den Budesonidhaltigen Therapien ohne Montelukast.

MSD AIRCADEMY am 25./26. April in München, Dr. Adela Zatecky

Literatur

- (1) Bacharier LB et al: Diagnosis and treatment of asthma in childhood: a PRACTALL consensus report. *Allergy* 2008; 63: 5-34
- (2) Szeffler SJ et al: Characterization of within-subject responses to fluticasone and montelukast in childhood asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2005; 115: 233-242
- (3) Stelmach I et al: Effect of different antiasthmatic treatments on exercise-induced bronchoconstriction in children with asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2008; 121: 383-389

Kleine Kinder mit großen Schmerzen

Traurig, aber wahr: In Deutschland leiden immer mehr Kinder und Jugendliche unter Kopfschmerzen. Die häufigsten primären Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter sind episodische Spannungskopfschmerzen und Migräne ohne Aura. Immerhin haben rund zwei Drittel aller Schulkinder Spannungskopfschmerzen und zehn bis zwölf Prozent leiden unter Migräne. Erschreckende Zahlen. Der Grund: Auch an Kindern gehen heutzutage Stress und Hektik, steigende Anforderungen in der Schule und in der Freizeit sowie Streit in der Familie nicht mehr spurlos vorbei. Stundenlanges Sitzen vor dem Computer und/ oder Fernseher sowie falsche Ernährung und mangelnde Bewegung an der frischen Luft sind ebenfalls Ursachen für das vermehrte Auftreten von Kopfschmerzen bei Kindern und Jugendlichen.

Kopfschmerztagebuch: Sinnvolle Hilfe bei Diagnose und Behandlung

Dr. Boris Zernikow, Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin vom Vodafone Stiftungsinstitut für Kinderschmerztherapie und Pädiatrische Palliativmedizin, hat mit der Unterstützung der Reckitt Benckiser Deutschland GmbH ein Kinder-Kopfschmerztagebuch herausgegeben, das helfen kann, rezidivierende Kopfschmerzen bei Kindern und Jugendlichen einzuordnen und optimal zu behandeln. Mit Hilfe seines Buches können betroffene Kinder und ihre Eltern täglich Kopfschmerzen für einen Zeitraum von drei Monaten dokumentieren. Dabei orientieren sich die notwendigen Kriterien zur Diagnose an der IHS-Klassifikation.

Für das Kind und seine Eltern ist es am wichtigsten, dass sie anhand des Kopfschmerztagebuches zu unterscheiden lernen, wann ein Spannungskopfschmerz und wann eine Migräne vorliegt. So können sie frühzeitig beim Vorliegen einer Mi-

gräneattacke ein Analgetikum einnehmen können oder gezielt Ablenkungsstrategien anwenden. Im Falle eines Spannungskopfschmerzes können sie andere Therapien einsetzen.

Die Eltern können selbst viel tun, damit es ihren wieder Kindern besser geht. So sollten sie unter anderem für ausreichende Bewegung an der frischen Luft sorgen, darauf achten, dass ihre Kinder nicht stundenlang vor dem Computer oder Fernsehen sitzen und ausreichend Schlaf bekommen. Sinnvoll kann auch das Erlernen von Entspannungsübungen wie Yoga sein. Wenn die Kleinen regelmäßig unter Spannungskopfschmerz beziehungsweise Migräneattacken leiden, müssen die Eltern auf jeden Fall mit den Kindern zum Arzt. Denn mittlerweile stehen Kinderärzten gute Therapien mit und ohne Medikamente zur Verfügung. Und je früher die Schmerzen behandelt werden, umso besser sind die Chancen, dass die Kinder im Alter beschwerdefrei durchs Leben gehen. Auf keinen Fall dürfen weder Kinder



noch Eltern und Kinderärzte die Schmerzen auf die leichte Schulter nehmen.

Das Tagebuch soll Kinderärzte in Ihrer täglichen Arbeit mit kopfschmerzkranken Kindern unterstützen.

Das 35 Seiten starke Kinderschmerztagebuch (10 Exemplare kosten 20 Euro) kann über die Kinderschmerzambulanz des Vodafone Stiftungsinstituts oder den Nurofen Außendienst abgefordert werden.

www.vodafone-stiftungs-institut.de

www.nurofen.de

Unterstützung für engagierte Praxen:

STALLERGENES Förderpreis ausgelobt

Sie und Ihr Praxisteam haben sich extra etwas einfallen lassen, wie Sie Ihre Hyposensibilisierungspatienten besser betreuen, sie zur Therapie motivieren und an die Praxis binden? Dann bewerben Sie sich um den Stallergenes-Förderpreis 2008. Mit diesem Preis zeichnen der Deutsche Allergie- und Asthmabund e.V. (DAAB) und die STALLERGENES

GmbH, Kamp-Lintfort, jährlich insgesamt fünf praxisnahe Projekte zur Förderung der spezifischen Immuntherapie aus. Jedes der fünf ausgewählten Projekte erhält ein Preisgeld von 5.000 EUR.

Weitere Information sowie die Bewerbungsunterlagen erhalten Sie unter www.foerderpreis.stallergenes.de. Zustelladresse für Wettbe-

werbsbeiträge: Deutscher Allergie- und Asthmabund e.V. (DAAB), z.Hd. Anja Schwalfenberg; Stichwort: „Stallergenes-Förderpreis 2008“, Fliethstraße 114, 41061 Mönchengladbach. Einsendeschluss ist der 31. Juli 2008 (Poststempel).

Weitere Informationen unter: www.stallergenes.de

Wichtige Telefon- und Telefax-Nummern

www.kinderaerzte-im-netz.de

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mitgliederverwaltung

Kongressabteilung

Präsident

Dr. med. Wolfram Hartmann

Vizepräsident

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Ulrich Fegeler

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Christen

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

Prof. Dr. med. Frank Riedel

Dr. med. Wolfgang Gempp

Regine Hauch

Honorar Ausschuss

Dr. med. Roland Ulmer

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

DISA / DISU

Beratungsstellen der Kinderumwelt gGmbH der DAKJ

Richtlinien für Autoren abzufordern unter:

Elektronisches Archiv „Kinder- und Jugendarzt“:

E-mail: bvkj.buero@uminfo.de

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

Tfx.: (02 21) 68 32 04

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

Tfx.: (02 21) 6 89 09 78

Tel.: (0 27 32) 76 29 00

Tfx.: (0 27 32) 8 66 85

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

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

Tel.: (0 30) 3 62 60 41

Tfx.: (0 30) 3 61 17 13

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

Tfx.: (05 11) 81 15-3325

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

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

Tfx.: (0 75 31) 69 07 85

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Tfx.: (0 91 23) 97 70 45

PädInform: Ulmer_Lauf

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

(Betreff bitte BVKJ)

Tel.: (0 30) 40005880

Tfx.: (0 30) 40005888

Tel.: (05 41) 97 78-900

Tfx.: (05 41) 97 78-905

Tel.: (02 01) 81 30-104

Tfx.: (02 01) 81 30-105

PädInform/Archiv

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

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

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

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

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

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

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

Druckauflage 11.267

lt. IVW I/2008

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft
Kommunikationsforschung im
Gesundheitswesen



LA-MED

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

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

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

Anzeigenpreisliste: Nr. 41 vom 1. Oktober 2007

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

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

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