

bvkJ.

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

Heft 04/10 · 41. (59.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Forum:

Himmelhoch-
jauchzend –
zu Tode betrübt

Fortbildung:

Windeldermatitis

Berufsfragen:

Die glorifizierte
Vorsorge

Magazin:

Das Klistier

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT **bvkJ.**



© Fotolia XII – Fotolia.com



Aux grands maux
les grand remèdes.

Dessins de H. GERBAULT LES PROVERBES (2^e Série) Illustré par RICQLES & Co

Das Klistier

Ein kulturgeschichtlicher Rückblick

S. 253

Inhalt 4 | 10

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

Forum

- 206 Vermischtes
- 207 „Himmelhochjauchzend – zu Tode betrübt“
Wolf-Rüdiger Horn
- 210 Kinder- und Jugendärzte im Spiegel der Presse
Raimund Schmid
- 212 Wie gehen europäische Pädiater mit der Ablehnung von Impfungen um?
Gottfried Huss
- 215 Hausarztverträge erst ab 18
Michael Mühlischlegel

Fortbildung

- 216 Windeldermatitis
Antonia Kienast
- 222 Der diagnostische Blick (Geruch)
Peter Müller
- 224 Kopflausbefall in Deutschland
Hanns-Michael Burow, Ralf Bialek
- 228 Impressum
- 229 Welche Diagnose wird gestellt?
Sabine Vöhringer, Joachim Lemke
- 233 Impfforum
Ulrich Heininger
- 234 Consilium Infectiorum: Nachweis von MRSA im Stuhl
Horst Scholz
- 236 Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Berufsfragen

- 240 Die glorifizierte Vorsorge
Herbert Renz-Polster
- 244 Praxiseinführungs-Seminar des BVKJ
- 245 Neue und alte Vorsorge mit einheitlicher Struktur, ein Praxisbeispiel
Uwe Büsching
- 246 Wahlergebnis
- 247 Pflicht zur höchstpersönlichen Leistungserbringung?
Hans-Jürgen Nentwich
- 248 Wahlaufruf
- 250 Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie gegründet
Elke Jäger-Roman
- 251 Bericht des Präsidenten über die ersten drei Monate des Jahres 2010
Wolfram Hartmann

Magazin

- 253 Das Klistier
Olaf Ganssen
- 255 Fortbildungstermine BVKJ
- 256 Tagungen
- 257 Erwiderung zu „20 Jahre Mauerfall“
Ernst Fukala
- 258 Preis Jugendmedizin
Stephan Eßer
- 258 Praxistafel
- 260 Buchtipp
- 262 Leser-Forum
- 263 Personalia
- 265 Nachrichten der Industrie
- 270 Wichtige Adressen des BVKJ



Windeldermatitis



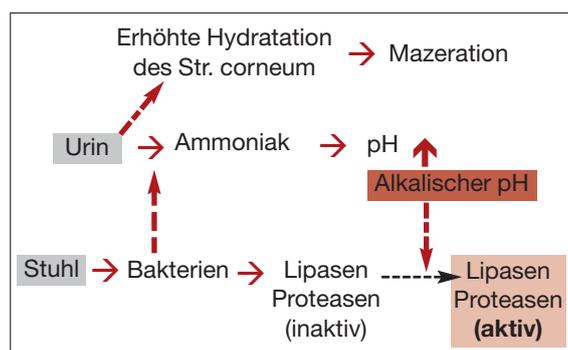
Dr. Antonia
Kienast¹

Prävalenz

Mit 16% aller Hautprobleme in der pädiatrischen Praxis stellt die Windeldermatitis eine häufige kinderärztliche Diagnose dar [1]. 7 bis 35% aller Kinder entwickeln im Alter zwischen 0 und 2 Jahren eine Windeldermatitis [2,3,4], jedoch führen nur 7% der Windeldermatitiden zu einem Arztbesuch, da es häufig im Verlauf weniger Tage zu einer spontanen Besserung kommt [1]. Die Prävalenz hat ihren Gipfel zwischen dem 9. und 12. Lebensmonat.

Pathogenese

Der Windeldermatitis liegt eine Irritation der Haut zugrunde, die verschiedene Ursachen haben kann. Häufig sind Episoden mit Diarrhoe auslösend, aber auch feucht-heißes Klima, Reiben und Scheuern sowie seltener Windelwechsel können ursächlich sein. Dabei wirken verschiedene Faktoren zusammen:



Schema 1: Windeldermatitis: Pathogenese

Der prolongierte Kontakt mit Urin in der Windel bewirkt eine überstarke Hydratation des Stratum corneum und damit eine Mazeration der Haut, diese führt wiederum zu einer erhöhten Permeabilität der Haut für externe Irritantien. Unter Einfluss bakterieller Ureasen aus dem Stuhl wird aus dem Urin Ammoniak freigesetzt, der eine Alkalisierung der Hautoberfläche bewirkt. Der erhöhte Hautoberflächen-pH-Wert wiederum aktiviert Lipasen und Proteasen von Darmbakterien, die zusätzlich zur Mazeration der Haut beitragen. Sekundär können auch die ubiquitär vorkommenden Hefen (bei rund 70% älterer Säuglinge lassen sich *Candida* spp. intermittierend im Stuhl nachweisen) die vorgeschädigte Haut besiedeln und invadieren. Die gesunde Haut ist bei Säuglingen hingegen nicht mit *Candida* besiedelt, während bis zu 92% der Kinder mit Windeldermatitis einen positiven *Candida*-Nachweis auf der Haut zeigen [5]. Ebenso fand sich bei 30% der gesunden Kinder und 92% der Kinder mit Windeldermatitis *Candida* im Stuhl [5]. Die Rolle der sekundär nachgewiesenen Mikroorganismen im Krankheitsprozess ist immer noch unklar, eine Unterstützung der Entzündungsreaktion ist jedoch anzunehmen [3,6] (Schema 1).

Kinder, die an einem atopischen Ekzem leiden, haben ein erhöhtes Risiko, an einer Windeldermatitis zu erkranken. Normalerweise ist bei der atopischen Dermatitis im Säuglingsalter der Windelbereich ausgespart. Gründe für das erhöhte Risiko, eine Windeldermatitis zu bekommen, dürften die erhöhte Irritabilität der Haut und die verstärkte Kolonisation mit *Staphylococcus aureus* sein [3]. Kinder, die an einer Stuhl- oder Urininkontinenz leiden, haben ebenso ein erhöhtes Risiko, eine Windeldermatitis zu entwickeln.

Diagnostik

Es handelt sich in der Regel um eine klinische Diagnose, eine Hautbiopsie ist normalerweise nicht notwendig. Die Histopathologie variiert mit dem Spektrum des klinischen Bildes. Es zeigt sich eine akute, subakute oder chronische spongiotische Dermatitis wie bei einer irritativen Dermatitis.

Klinisch imponieren in leichten Fällen erythematöse Patches mit oder ohne dezente Schuppung, kleine Papeln und eine oberflächliche Mazeration. In ausgeprägteren Fällen kommen Erosionen und Ulzerationen hinzu. Sind diese scharf begrenzt und erscheinen genabelt, so handelt es sich um eine erosive Dermatitis („Jacquet’s Ulzera“). Diese tritt häufig bei unregelmäßigem Windelwechseln und inkontinenten Kindern, z.B. nach Hirschsprung-Operation auf.

Anhand des klinischen Bildes lassen sich verschiedene Formen der Windeldermatitis unterscheiden:

- Eine Friktionsdermatitis zeigt sich in Form eines konfluierenden Ekzems auf den glutäalen Außenseiten, nicht intertriginös (Abb. 1).



Abb. 1: Friktionsdermatitis: konfluierendes Erythem, Falten nicht betroffen

¹ Universitäts-Kinderklinik Münster, Abt. Allgemeine Pädiatrie

² Abteilung Pädiatrische Dermatologie, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Hamburg

- Die irritative Dermatitis tritt in Form eines Erythems mit Papeln auf. Falten sind nicht betroffen (Abb. 2).



Abb. 2: Irritative Dermatitis: Erythem, Papeln, Falten nicht betroffen

- Im Falle einer Candidainfektion zeigt sich ein hochrotes Erythem auch in den Hautfalten sowie Papeln und Satellitenpusteln, die eine Collettere-(Halskrausen)-artige Schuppung aufweisen (Abb. 3). Prädisponierend wirken eine vorausgegangene antibiotische Therapie oder Diarrhoe. Bei Verdacht auf eine Superinfektion sollten mykologische und bakteriologische Abstriche erfolgen.



Abb. 3: Candida-Infektion: hochrotes Erythem, Falten betroffen, Satellitenpusteln mit Collettere-Schuppung

Alarmzeichen, die auf einen komplizierten Verlauf hinweisen:

- akuter Beginn
- rasches Fortschreiten der Symptome
- ausgedehnter Befall der gesamten Windelregion
- Auftragen von potentiell toxischen Substanzen in der Anamnese
- Ulzerationen
- Schmerzen bei Defäkation und bei Berührung
- Allgemeinsymptome wie Fieber, Erbrechen, Diarrhoe und Lethargie
- Immundefizienz

Differentialdiagnosen

Bei Nichtansprechen auf die konventionelle Therapie und bei atypischen Zeichen sollten Differentialdiagnosen erwogen werden. Bestimmte Erkrankungen können mit einer Dermatitis im Windelbereich einhergehen:

Die **seborrhoische Dermatitis** (Abb. 4) stellt eine wichtige und häufige Differentialdiagnose dar. Klinisch fallen konfluierende Maculae und Papeln in Verbindung mit gelblichen fettigen Schuppen sowie ein mäßiger Juckreiz auf. Häufig kommt es zu einem disseminierten Befall der Haut mit Betonung der Hautfalten. Die Manifestation erfolgt meist bereits in der 3. bis 4. Lebenswoche, die Prognose ist jedoch günstig. Therapeutisch kommen milde externe Steroide, hydrophile Cremes und häufige Bäder zum Einsatz.



Abb. 4: Seborrhoisches Ekzem: Konfluierende Maculae und Papeln, Falten betroffen, gelbliche, „fettige“ Schuppen

Auch **Mangelernährung** kann sich in Form einer Windeldermatitis äußern. Tritt eine Windeldermatitis in Verbindung mit weiteren periorifizialen Hautläsionen und eventuell auch einer Dermatitis im Bereich der Akren auf, die wie eine Impetigo imponiert, so sollte eine **Zinkmangeldermitis** (Abb. 5) ausgeschlossen werden. Diese ist vor allem bei voll gestillten, gut gediehenen Säuglingen, häufig ehemaligen Frühgeborenen zu beobachten, und ist durch eine Zinksulfatsubstitution mit 3–5mg/kg KG/d für 4–6 Wochen gut zu behandeln. Die **Acrodermatitis enteropathica** hingegen ist eine autosomal rezessiv vererbte Erkrankung, die mit einem Mangel der intestinalen zinkbindenden Liganden einhergeht. Da die Muttermilch diese enthält, kommt es erst nach dem Abstillen zu den charakteristischen Symptomen mit Hautläsionen im Windelbereich sowie perioral und an den Akren in Verbindung mit Diarrhoe, einer Alopzie sowie Gedeihstörungen und Apathie.



Abb. 5: Zinkmangeldermitis: periorifizielle Dermatose („Impetigo“, „Ekzem“)

Bei einem **Biotin-Mangel** sowie einem **multiplen Carboxylase Mangel** (Biotinidase- und Holocarboxylase-Synthetase-Mangel) zeigen sich neben der Windel dermatitis auch perioral Erytheme sowie eine Muskelhypotonie, Alopezie und Entwicklungsverzögerung. Auch bei einem **Mangel an essentiellen Fettsäuren** können sich im Windelbereich exsudative erythematöse, schuppige Plaques zeigen.

Handelt es sich um eine **irritative- oder Kontakt dermatitis**, so sind vor allem die konvexen Oberflächen betroffen und die Hautfalten ausgepart, es können jedoch wie bei einer Candida-Dermatitis auch erythematöse Papeln und eine leichte Schuppung auftreten. Bei der **allergischen Kontakt dermatitis** zeigen sich häufig geometrische, juckende Läsionen, insbesondere im Bereich der Windeldruckstellen und -klebestellen.

Superfizielle Erosionen, gelbliche Krusten und gelegentlich auch Bullae können Zeichen einer bakteriellen Superinfektion oder einer **Impetigo** (Abb. 6) sein.



Abb. 6: Bullose Impetigo im Windelbereich



Abb. 7: Psoriasis: scharf begrenzte Plaques

Differentialdiagnostisch ist weiterhin an eine **Psoriasis** (Abb. 7) zu denken, zu deren Prädilektionsstellen der Windelbereich zählt. In diesen Fällen ist häufig die Familienanamnese positiv und es zeigen sich scharf begrenzte erythematöse Plaques, die meist auch die Falten betreffen. Oft fallen bei der gründlichen körperlichen Untersuchung auch extragenitale erythemasquamöse Läsionen auf. Eine frühe Manifestation geht mit einer ungünstigen Prognose der Psoriasis einher. Eine **psoriasiforme Candida-Dermatitis** tritt bei schweren Candida-Dermatitiden kurz nach Beginn der Therapie auf und zeigt sich in Form von rasch progredienten schuppigen Papeln und Plaques im Rumpfbereich, die Tage bis Wochen bestehen bleiben. Die Pathogenese ist unklar, aber die meisten betroffenen Kinder zeigen keine Psoriasis in der Folge [7]. Diagnostisch kann in Zweifelsfällen eine KOH-Färbung der Schuppen weiterhelfen. Da die Therapie eine andere als die der Windel dermatitis ist, ist es wichtig, eine Psoriasis zu erkennen und gegebenenfalls zu therapieren.

Sind ältere Kinder, am häufigsten zwischen drittem und viertem Lebensjahr, von einer therapierefraktären Windel dermatitis betroffen, so kann es sich, besonders bei ausgeprägtem Juckreiz und perianalem Schmerz, auch um eine **perianale Streptokokken-Dermatitis** handeln, die antibiotisch behandelt werden sollte.

Eine weitere wichtige Differentialdiagnose ist die **Langerhanszell-Histiozytose** (Abb. 8), die klinisch in Form von stark juckenden Papeln mit der Neigung zur Bildung von Fissuren bevorzugt im intertriginösen Bereich imponiert. Die Läsionen erscheinen gelblich-bräunlich, treten in Clustern auf und können bullösen, vesikulären und ul-



Abb. 8: Langerhanszell-Histiozytose: stark juckende Papeln, bevorzugt intertriginös, Neigung zur Bildung von Fissuren

zerierenden Charakter haben. Die Manifestation ist zu jedem Zeitpunkt möglich. Eine rein kutane Manifestation ist möglich aber suspekt, extrakutane Manifestationen (Knochen, Hypophysenstiel, Darm, Lunge, etc.) sind häufig. Auch bei rein kutanen Formen sind langfristige Nachuntersuchungen notwendig. Therapeutisch sind Methylprednisolon- und Vincristin die Mittel der Wahl.

Zeigen sich rötliche papulonoduläre Läsionen auf den konvexen Arealen des Windelbereichs, die klinisch gelegentlich wie neoplastische Läsionen erscheinen, so kann es sich um ein **Granuloma gluteale infantum** handeln. Dies ist eine granulomatöse Entzündung die durch Irritation, Mazeration und Superinfektion gekennzeichnet ist und für die eine lange bestehende irritative Windeldermatitis, eine topische hochdosierte Steroidtherapie sowie Plastik-Höschen prädisponierend wirken [7,8].

Bei Kindern mit schwerer und rezidivierender Windeldermatitis, bei denen es an elterlicher Compliance mangelt, muss auch an **Misshandlung** bzw. „**Neglect**“ gedacht werden und es sollte auf weitere Zeichen der Verwahrlosung oder Misshandlung geachtet werden.

Differentialdiagnosen verschiedener Hautläsionen im Windelbereich anhand der vorherrschenden Morphe

Patches und Plaques	Papeln und Noduli	Bullae und Vesikel	Erosionen, Fissuren, Ulzerationen
<ul style="list-style-type: none"> • Candida-Infektion • Kontaktdermatitis • Seborrhoische Dermatitis • Psoriasis • Zinkmangel • Multipler Carboxylase-Mangel 	<ul style="list-style-type: none"> • Langerhanszell-Histiozytose • Granuloma gluteale infantum • Skabies 	<ul style="list-style-type: none"> • Impetigo • Zinkmangel • Immuno-bulöse Erkrankungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Jacquet's erosive Dermatitis • Langerhanszell-Histiozytose • Perianale Streptokokken-Dermatitis

Therapie

In der Prophylaxe und Therapie stellen die Punkte A-E nach Boiko [9] die wichtigsten Kriterien dar.

„**A**“ steht für **Air**, das heißt, die beste Windel ist keine Windel, man sollte die Kinder also so oft und lange wie möglich ohne Windel belassen. Ist dies nicht möglich, so sollte die Windel möglichst häufig (alle 2–3 Stunden, bzw. direkt nach der Miktion/Defäkation) gewechselt werden. Vorsicht ist jedoch beim Fönen des Anogenitalbereichs geboten, hierbei besteht Verbrennungsgefahr.

Punkt „**B**“ steht für „**Barriers**“. Es sollte möglichst bei jedem Wickeln ein Hautschutz aufgetragen werden, Salben und Pasten sind Cremes und Lotionen vorzuziehen. Wirkungsvoll sind z.B. Zinkpaste und/ oder Dexpanthenol [10]. Auch das in weicher Zinkpaste enthaltene Petrolatum penetriert in den Interzellularraum des Stratum corneum und wirkt barrierebildend [11]. Neue Entwicklungen in der Windelherstellung zeigen, dass auch neue Windeln, die bereits Petrolatum enthalten, zu einer Reduktion von Windeldermatitiden führen können [12]. Es

gibt Fallberichte, dass sich bei besonders schwerer Windeldermatitis mit topischem Sucralfat vielversprechende Ergebnisse erzielen lassen [13]. Eine orale Zinksubstitution in den ersten Lebensmonaten zur Prophylaxe einer Windeldermatitis, wie von Collipp 1989 [14] propagiert, ist nicht zu empfehlen, da Zink in hohen Dosen eine nicht zu vernachlässigende Toxizität besitzt [15].

Die Resorption vieler Substanzen ist im Windelbereich deutlich erhöht und auch die Hautbarriere sollte nicht durch potentiell toxische Substanzen weiter geschädigt werden. Um nur einige Beispiele zu nennen: Alkohol z.B. kann zu Hautnekrosen führen und neurotoxisch wirken, Neomycin ist neuro-, nephro- und ototoxisch, Salicylsäure kann zu einer metabolischen Azidose führen.

„**C**“ steht für „**Cleansing**“. Die Reinigung des Windelbereichs sollte mit Wasser und/oder Öl erfolgen. Seifen können die Haut zusätzlich irritieren. Die Bedeutung feuchter Reinigungstücher ist umstritten. Wenn Reinigungstücher benutzt werden, sollten diese alkohol- und duftstofffrei sein [16]. Tägliches kurzes Baden ist zu empfehlen, auf ein Rubbeln beim Säubern des Windelbereichs sollte verzichtet werden.

„**D**“ steht für „**Diapers**“. Windeln mit absorbierendem Gel reduzieren die Inzidenz und verkürzen den Verlauf der Windeldermatitis [1, 17, 18]. Im Gegensatz zu Stoffwindeln führen Papierwindeln nachgewiesenermaßen zu einer geringeren Feuchtigkeit im Stratum corneum und zu geringerer Reibung. Neue Papierwindeln haben eine Außenschicht, die zwar keine Nässe jedoch Feuchtigkeit durchlässt, sodass die Feuchtigkeit im Windelbereich weiter abnimmt [19]. Sollten trotzdem die schlechter absorbierenden Cellulose-Kern-Windeln oder Stoffwindeln verwendet werden, so muss der Hautirritation mit häufigerem Windelwechseln und Offenlassen des Windelbereichs entgegengewirkt werden. Sollten Stoffwindeln verwendet werden, so sollten diese durch Waschen bei hohen Temperaturen sterilisiert werden, weiterhin sollten Wäschetrockner oder Weichspüler verwendet werden, um die Windeln weicher zu machen, und der Gebrauch von „Plastik-Überhosen“ sollte vermieden werden [20, 21].

Das „**E**“ der A-E-Regel steht für „**Education**“. Entscheidend ist die Aufklärung darüber, dass das häufige Windelwechseln von großer Bedeutung ist, dass die Anwendung toxischer Substanzen im Windelbereich unterbleiben sollte und dass eine „komplizierte“ Windeldermatitis ein Hinweis auf eine ernsthafte Grunderkrankung sein kann.

Gibt es Zeichen für eine Candida-Besiedlung, wie stark papulöser Charakter und schlechtes Ansprechen auf die genannten Pflegemaßnahmen, so sollte eine lokale Therapie mit Nystatin, Clotrimazol oder Miconazol erfolgen, am besten werden Kombinationspräparate mit einer zinkhaltigen Hautschutzcreme verwendet. Bei Persistenz oder häufigen Rezidiven und einer intestinalen oder oralen Candidabesiedlung sollte eine Therapie mit Nystatin per os und bei weiterer Persistenz mit Fluconazol per os erfolgen. Im Falle hoher Stuhlfrequenzen kann

auch eine Lokaltherapie mit einer Mischung von 5%igem Cholestyramin in Aquaphor hilfreich sein. Auf eine Therapie mit topischen Steroiden sollte bei einer Windeldermatitis verzichtet werden, da die Resorption aufgrund der Okklusion deutlich erhöht ist.

Vorgehen bei Therapieversagen

- Abklären, ob die Compliance in Bezug auf Medikation und Pflege gegeben ist
- Bei Zeichen einer Pilzinfektion antimykotische Lokaltherapie einleiten bzw. ggf. umstellen
- Bei Zeichen einer bakteriellen Superinfektion antibiotische Therapie
- Stimmt die Diagnose oder liegt ein anderes Problem zu Grunde?

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Die Autorin gibt an, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Dr. Antonia Kienast
Universitäts-Kinderklinik Münster
Abt. Allgemeine Pädiatrie
Albert-Schweitzer-Straße 33
48149 Münster
E-Mail: kantonia@web.de

Red.: Riedel

Der diagnostische Blick (Geruch)



Priv.-Doz.
Dr. med. habil.
Peter Müller

Fallbericht

Eine junge Mutter suchte wegen ihres inzwischen 2¹/₂-jährigen Mädchens telefonischen Rat, weil ihr Kind seit dem 4. Lebensmonat – mit der Einführung einer Beikost – einen penetranten Schweiß- und Uringeruch absanderte. Eine kurze Anamnese ergab keine Besonderheiten: Erstes Kind gesunder, non-konsanguiner Eltern in stabilen sozialen Verhältnissen. Die Schwangerschaft war normal verlaufen, und das eutrophe Neugeborene hatte sich regelrecht angepasst. Die weitere statomotorische und mentale Entwicklung war altersgerecht – bis auf einen hartnäckigen Körpergeruch, bei dem auch mehrfaches Waschen am Tage keine Besserung erbrachte. Die Mutter hinterließ am Telefon auch deshalb einen verzweifelten Eindruck, weil sich inzwischen Mitbewohner des Hauses über den eigenartigen Geruch nach „alten Küchenabfällen“, der aus der Wohnung drang, beschwert hatten. Es wurde sich für einen Provokationsversuch auf Zuruf zur Sicherung der Verdachtsdiagnose entschieden: Die Mutter sollte sich im Handel einen Lecithin-Saft besorgen und ihrer Tochter davon 2 Esslöffel verabreichen. Wenige Stunden später war die Situation zu Hause völlig entgleist und der Geruch des Kindes unerträglich, trotz geöffneter Fenster. Damit war die Diagnose (ohne direkten Patientenkontakt) bereits gesichert. Um welche seltene Krankheit handelt es sich?

Manchmal können bereits die Gerüche von Schweiß und Urin auf spezielle Krankheitsbilder hindeuten (Tab. 1). Bei unserer Patientin zeigte die Belastung des Intermediärstoffwechsels mit Phosphatidylcholin (Lecithin) bereits eine eindrucksvolle Reaktion. Die Bestätigungsdagnostik erbrachte mittels Gaschromatographie/Massenspektrometrie eine deutliche Erhöhung des freien Trimethylamins (TMA) im ausgeschiedenen Urin (Analytik im Stoffwechsellabor der Universitäts-Kinderklinik in Heidelberg). Das Krankheitsbild wird demzufolge auch Trimethylaminurie oder Fischgeruch-Krankheit genannt. Es handelt sich um einen seltenen



Abb. 1: Die Aufnahme stark lecithin- und cholinhaltiger Lebensmittel (Fisch, mediterranes Gemüse) führt zu penetrantem Körpergeruch

Krankheit	Geruch	Substanz
Leuzinose	Ahornsirup / Maggi	Sotolone
Phenylketonurie	Mäuseurin	Phenylazetat
Isovalerianazidurie	Schweißfüße	Isovaleriansäure
Trimethylaminurie	verwesender Fisch	Trimethylamin
Zystinurie	Schwefel	Hydrogensulfid
Tyrosinämie	Kohl	3-Hydroxybuttersäure

Tab. 1: Krankheits-charakteristische Körper- und Uringerüche; modifiziert nach [1]

primären hepatischen Enzymdefekt, der eine reduzierte N-Oxidationskapazität verursacht. Somit kann Trimethylamin, das im Darm bei Verzehr cholinhaltiger Lebensmittel bakteriell gebildet wird, nicht in der Leber geruchsneutral metabolisiert werden (Abb. 1, 2). Die Mutationsanalyse im kodierenden Gen der Flavinmonooxygenase 3 (FMO3), lokalisiert auf dem Chromosom 1, erbrachte bei der Patientin den Nachweis einer compound Heterozygotie für die Punktmutationen Glu305X und Asp408Tyr in den Exons 7 bzw. 8 (Mutationsanalyse im Stoffwechsellabor der Universitäts-Kinderklinik in Heidelberg). Diese Störung wird autosomal rezessiv vererbt. Mehr als 10 krankheitsverursachende Mutationen konnten bislang detektiert werden [3]. Neben diesen primären sind auch milder verlaufende sekundäre Varianten bekannt (Tab. 2).

transient	Frühgeburtlichkeit, Pubertät, Menstruationsphase
akzidentell	Cholin-Overload (>8 g/d, z.B. Therapie der Chorea Huntington)
erworben	Virushepatitis (3 Fallbeobachtungen)

Tab. 2: Sekundäre Verlaufsformen der Trimethylaminurie; modifiziert nach [3]

Die klinische Erstbeschreibung wurde 1970 bei einer Patientin mit Turner-Syndrom vorgenommen [2]. Offenbar ist die Erkrankung aber schon seit Jahrhunderten bekannt, so handelt es sich um ein Hindu-Märchen (um 1000 v. Chr.) zweifelsfrei von einem betroffenen Mädchen. Auf William Shakespeare musste diese Erkrankung ebenfalls eindrucksvoll gewirkt haben, denn sie wurde in einer Figur im Schauspiel „Der Sturm“ (1600) abgebildet [3, 5]. Insgesamt sind in der Literatur etwa 200 Patienten beschrieben.

Die Intensität des Körpergeruchs ist stress- und ernährungsabhängig. Gemieden werden müssen vor allem cholinreiche Lebensmittel wie Fisch, Eier und mediterrane Gemüsearten, insbesondere Broccoli-Gemüsesorten. Für eine cholinarme Kost kann der Speiseplan deshalb nur sehr einseitig und eingeschränkt nahrhaft aussehen (Tab. 3). Die Benutzung von Deodorantien und sauren Seifen mit einem pH-Wert zwischen 5,5 und 6,5 haben sich als nützlich erwiesen. Andere Behandlungsansätze sind eine Reduzierung der bakteriellen Darmflora bevorzugt mit Neomycin und die Regeneration mit Lactulose oder die orale Gabe von Adsorbentien wie Aktivkohle bzw. Kupferchlorophyll. Noch in der Entwicklung befindet sich ein Enzymersatz durch Kolonisierung von Mikroorganismen, die die humane Flavinmonooxygenase exprimieren [3, 8].

Völlig beseitigen lässt sich aber der unangenehme Körpergeruch bei den Betroffenen nicht. Deshalb ist der hilfreichste therapeutische Ansatz die offene Kommunikation mit Familienmitgliedern und Freunden über die genetischen und nicht die hygienischen Ursachen des abnormen Körpergeruchs. Der Leidensdruck der Erziehenden wird immens. Die Patienten selbst werden Jahr für Jahr stärker mit ihrem Problem und daraus resultierenden psychosozialen Interaktionsstörungen konfrontiert. Verspottung und Hänseleien münden in Verlegenheit und geringer Selbstwertschätzung, führen nahezu regelhaft zu Angst und Neurosen (Waschzwang) sowie zur sozialen Isolation. Über Schulabbrüche, sozialen Abstieg, Depressionen und Suizidgefahr wird bei diesen Patienten überproportional häufig berichtet [6]. Insofern ist die langfristige Prognose dieser an sich harmlosen Stoffwechselstörung leider als äußerst ernst anzusehen.

Obwohl der ernährungsabhängige Körpergeruch der Patienten nach Fischabfällen pathognomonisch ist, gilt es differenzialdiagnostisch die Dimethylglyzinurie, ebenfalls eine Cholinabbaustörung, abzugrenzen [4]. Andere Ursachen für penetranten Körpergeruch sind ne-

Frühstück	Mittagessen	Abendbrot
Cornflakes (3,0) Milch (14,2) Hafer (3,5) Keks (9,0) Apfel (3,4) Getränke: Cola, Eistee (0,4)	Nudeln mit Tomaten (14,5) Reis (14,0) Gelatinedessert (0,6) Ananas, Melone, Heidelbeere, Banane, Orange, Erdbeere (4 - 8)	Weißbrot (14,7) Kochschinken (6,6) Schnittkäse (15,6) Eisbergsalat (6,7) Radies (6,0), Olivenöl (0,3), Dressing (2,7)

Tab. 3: Ernährungsplan (Cholingehalt in mg/100 g) [7]

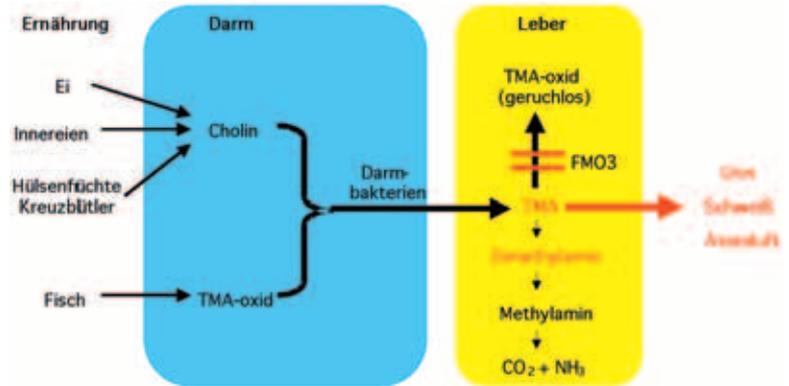


Abb. 2: Pathogenese der Trimethylaminurie (Fischgeruch-Krankheit)

ben mangelnder Hygiene z.B. bakteriell besiedelte Fremdkörper im HNO-Bereich oder ein Zenker-Divertikel.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Anschrift des Verfassers:
Priv.-Doz. Dr. med. habil. P. Müller
HELIOS Krankenhaus Leisnig
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Colditzer Str. 48, 04703 Leisnig

Red.: Christen

Kopflausbefall in Deutschland: Korrelation zwischen Häufigkeit des „Resistenz-Gens“ und klinischer Wirksamkeit von 0,5% Permethrin-Lösung



Dr. Hanns-Michael
Burow¹



Prof. Dr. med.
Ralf Bialek^{2,3}

Martin Dornseiff⁴,
Thomas Schwartz⁴

Genmutationen im spannungsabhängigen Natriumkanal von Kopfläusen (knockdown resistance (kdr)-like Gen) werden als Ursache für beobachtete Therapieversager gegenüber Pyrethrum und Pyrethroiden diskutiert. Die klinische Relevanz dieser Genmutationen ist aber bisher nicht bekannt. Wir untersuchten erstmals im Rahmen einer prospektiven, nicht-interventionellen Multicenterstudie an 150 Patienten mit Kopflausbefall die Häufigkeit dieser Genmutationen in Deutschland und ihre Korrelation mit der klinischen Wirksamkeit von 0,5% alkoholischer Permethrin-Lösung (InfectoPedicul®). Mit einer Prävalenz von 93% ist das Resistenzgen in Deutschland ähnlich weit verbreitet wie in europäischen Nachbarländern. Die Heilungsrate unter Praxisbedingungen betrug dennoch 95% und die klinische Wirksamkeit von 0,5% Permethrin-Lösung ist im Vergleich mit früheren Studien unverändert hoch, auch wenn die Kopfläuse Träger des Resistenzgens sind. Die auch in Deutschland häufigen Genmutationen bei Kopfläusen haben folglich keinen relevanten Einfluss auf die klinische Wirksamkeit von Permethrin.

Einleitung

Der Befall mit Kopfläusen (*Pediculus humanus capitis*) ist nach wie vor die häufigste Parasitose im Kleinkind- und Schulkindalter in Mitteleuropa (6, 8). Die geschätzte Inzidenz beträgt rund 1.500 Neuerkrankungen/10.000 Kinder/Jahr (6).

Natürliches Pyrethrum ist ein Pflanzenextrakt, der aus den Blüten von Chrysanthemen gewonnen wird und dessen insektizide Wirkung bereits seit langem bekannt ist. Permethrin ist ein synthetisches Derivat von Pyrethrum und gehört zur Gruppe der Pyrethroide. Eine alkoholische 0,5% Permethrin-Lösung zeigte in zwei multizentrischen Studien in Deutschland eine hohe klinische Wirksamkeit bei Kopflausbefall (3, 9). Nach einmaliger Anwendung waren 91% bzw. 94% der Behandelten befallsfrei, bei zweimaliger Anwendung wurde eine Heilungsrate von 98% erzielt.

Der Wirkort für Pyrethroide und somit auch für Permethrin sind die Synapsen der Nervenzellen von Insekten und Spinnentieren (17). Die Bindung der Wirkstoffe an ihren Rezeptor führt zu einer verlängerten Öffnungsdauer des spannungsabhängigen Natriumkanals, wodurch es zu einem verstärkten Einstrom von Na⁺-Ionen kommt. Dies induziert eine Depolarisation der Zellmembran und bewirkt eine Blockade der Reizübertragung. Dieser Stopp der Nervenimpulse ruft eine komplette Paralyse hervor, die zum Ableben der Insekten führt (15).

Anfang der 90er-Jahre wurden Mutationen im Gen des Natriumkanals bei Mücken beschrieben, welche ge-

gen Permethrin und DDT resistent waren (16). Diese Resistenz wird als „knockdown resistance“ (kdr) bezeichnet, da im Laborversuch die normalerweise beobachtete sofortige insektizide Wirkung der Pyrethroide ausbleibt und die Insekten länger bewegungsfähig bleiben (13, 16). Die Mutationen des kdr-Gens führen im Natriumkanal an zwei Positionen zu einer veränderten Aminosäuresequenz, wodurch die Bindungsfähigkeit von Pyrethrum und Pyrethroiden am Rezeptor vermindert wird (11, 15, 19). Arbeitsgruppen aus Dänemark, Frankreich und England fanden eine Häufigkeit der Mutationen bei Kopfläusen von bis zu 95% („kdr-like gene“) und vermuteten darin die Ursache für beobachtete Therapieversager (5, 10, 12, 18). Erste Daten aus Deutschland deuten ebenfalls auf eine Prävalenz von über 90% hin (2, 7). Die klinische Relevanz dieser Genmutationen wurde aber bisher nicht untersucht.

In der vorliegenden Studie wurden Daten über die Häufigkeit der Genmutationen bei Kopfläusen in Deutschland erhoben und erstmals die Korrelation mit der klinischen Wirksamkeit von 0,5% Permethrin-Lösung untersucht. Da in Deutschland derzeit ausschließlich Pyrethroid- bzw. Pyrethrumextrakt-haltige Präparate als zugelassene pediculozide Arzneimittel im Handel sind, haben die Ergebnisse eine hohe Bedeutung für die Therapieempfehlungen.

Patienten und Methoden

Die prospektive, nicht-interventionelle offene Multicenterstudie mit paralleler, verblindeter molekularbiolo-

1 Kinder- und Jugendarztpraxis, Oberkirch;

2 MVZ Labor Dr. Krause und Kollegen, Kiel;

3 Labor Dr. Heidrich und Kollegen, Hamburg;

4 InfectoPharm, Heppenheim

gischer Untersuchung der Kopfläuse wurde zwischen April und Dezember 2008 bei 12 niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten in Deutschland durchgeführt. Sie wurde entsprechend den aktuellen gesetzlichen Bestimmungen und Empfehlungen vor Beginn der Datenerhebung beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, der kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen angezeigt.

Klinische Studie zur

1. Wirksamkeit von 0,5% Permethrin-Lösung
2. Häufigkeit des „Resistenzens“ bei Kopfläusen und
3. Korrelation der beiden

Studienziele

Neben der Untersuchung der klinischen Wirksamkeit und Verträglichkeit von 0,5% Permethrin-Lösung bei Kopflausbefall wurde die Häufigkeit von Mutationen im Gen des Natriumkanals (kdr-like Gen) der Kopflaus durch molekularbiologische Untersuchungen bestimmt und geprüft, ob eine Korrelation mit der klinischen Wirksamkeit von Permethrin besteht.

Ein- und Ausschlusskriterien

Eingeschlossen wurden Patienten zwischen 2 Monaten und 17 Jahren, bei denen während der Aufnahmeuntersuchung lebende Läuse nachweisbar waren und denen von den Studienärzten Permethrin verordnet wurde. Die Patienten bzw. ihre Erziehungsberechtigten mussten nach einem Aufklärungsgespräch der Studienteilnahme zustimmen. Ausgeschlossen waren Säuglinge während der ersten zwei Lebensmonate sowie Patienten mit bekannter Überempfindlichkeit gegen Permethrin, andere Wirkstoffe aus der Pyrethrin-Gruppe oder Chrysanthemen.

Studienablauf

Bei der Aufnahmeuntersuchung inspizierten die Studienärzte Kopfhaar und Kopfhaut bei guter Beleuchtung mittels eines Läuse- oder Nissenkamms und ggf. unter Zuhilfenahme einer Lupe. Anschließend wurden Kopfläuse (meist 1–2) von den Patienten abgesammelt und zur molekularbiologischen Untersuchung in ein Zentrallabor geschickt. Nach Einweisung in die Durchführung der Behandlung mit Permethrin wurde den Studienteilnehmern eine Broschüre mit detaillierten Anwendungs-

hinweisen und ein Nissenkamm ausgehändigt. Die Behandlung erfolgte zu Hause und wurde ausführlich in einem Anwendungsprotokoll dokumentiert.

Die Patienten kamen 8–10 Tage später zur Kontroll- und nach weiteren 8–10 Tagen zur Abschlussuntersuchung. Dabei wurden Kopfhaar und Kopfhaut von den Studienärzten nach einem standardisierten Verfahren untersucht, wie bereits beschrieben (3). Die Dauer der Untersuchung betrug je nach Haarlänge mindestens 3 bis 5 Minuten. Nach Maßgabe der Studienärzte konnte nach der Kontrolluntersuchung eine zweite Behandlung mit Permethrin erfolgen. Bei beiden Untersuchungen wurden etwaige Nebenwirkungen der Studienmedikation erfragt und dokumentiert.

Zwei Monate nach Abschluss der klinischen Phase wurden die Studienärzte befragt, ob bei den Teilnehmern innerhalb der ersten 6 Wochen seit der Abschlussuntersuchung erneut Kopfläuse auftraten. Wenn sich dazu kein Eintrag in der Patientenakte befand, wurden die Patienten bzw. ihre Erziehungsberechtigten telefonisch befragt.

Molekularbiologische Untersuchungen

Die Methodik der molekularbiologischen Untersuchungen wurde bereits beschrieben (1). Zusammengefasst wurden die Kopfläuse in verschließbaren Plastikgefäßen bei -20°C bis zur weiteren Untersuchung eingefroren. Nach dem Auftauen wurde DNA-Extrakt in einer neu entwickelten Polymerase-Kettenreaktion (PCR) mit Zielsequenz im Gen des spannungsgesteuerten Natriumkanals eingesetzt. Die Amplifikate wurden aufgereinigt, sequenziert und mit Daten in Genbanken verglichen. Durch mitgeführte Kontrolluntersuchungen konnten Kontaminationen ausgeschlossen und die erfolgreiche DNA-Extraktion nachgewiesen werden.

Biometrische Auswertung

Die erhobenen Parameter wurden deskriptiv ausgewertet. Klinischer Hauptzielparameter war die Rate befallsfreier Patienten zum Zeitpunkt der Abschlussuntersuchung, d.h. der Anteil der Patienten, bei denen im Rahmen der standardisierten Untersuchung keine lebenden Läuse mehr festgestellt werden konnten. Sofern ein Patient nicht zur Abschlussuntersuchung kam, wurde gemäß der Methode „Last Observation Carried Forward“ (LOCF) der entsprechende Befund bei der Kontrolluntersuchung fortgeschrieben. Bei den Laboruntersuchungen war der Hauptzielparameter der Anteil der Patienten, bei denen Läuse mit kdr-Mutationen nachgewiesen wurden. Beide Parameter sowie ihre Korrelation wurden sowohl im Intention-to-treat (ITT)- als auch im Per-Protokoll (PP)-Kollektiv ausgewertet. Zur Beurteilung von Gruppenunterschieden wurde der Chi-Quadrat-Test angewendet. In die ITT-Analyse wurden alle Patienten eingeschlossen, die sich mindestens bei einer der beiden Folgeuntersuchungen vorgestellt haben und mit Permethrin behandelt wurden. In die PP-Analyse wurden lediglich Patienten eingeschlossen, die keine schwerwiegenden Protokollverletzungen aufwiesen. So wurden beispielsweise Patienten, die nicht zur Abschlussuntersuchung

Tab. 1: Demographische Daten des ITT-Kollektivs (n=150)

Geschlecht	
männlich	44 (29,3%)
weiblich	106 (70,7%)
Alter	
Mittelwert +/- Standardabweichung	8,1 +/- 3,0 Jahre
Bereich	1–15 Jahre
Haarlänge	
kurz (bis zum Nacken)	39 (26,0%)
mittel (bis zur Schulter)	56 (37,3%)
lang (länger als Schulter)	55 (36,7%)
Befallsintensität	
leicht (1-5 Läuse)	89 (59,3%)
mittel (6-20 Läuse)	50 (33,3%)
stark (> 20 Läuse)	11 (7,4%)
Vorbehandlung innerhalb der letzten 14 Tage	
Ja	29 (19,3%)
Nein	121 (80,7%)

kamen, ebenso aus der PP-Analyse ausgeschlossen wie Patienten, die Permethrin öfter als 2-mal oder weitere Kopflausmittel angewendet haben.

Ergebnisse

Die Studienzentren rekrutierten insgesamt 161 Patienten mit Kopflausbefall. Elf Patienten stellten sich nicht zur Kontroll- und Abschlussuntersuchung vor, so dass das ITT-Kollektiv 150 Patienten umfasste, deren demographische Daten in Tabelle 1 dargestellt sind.

In den molekularbiologischen Untersuchungen konnte in 120 der 150 materialhaltigen Proben ein sequenzierbares Amplifikat des Natriumkanal-Gens erhalten werden. Von diesen zeigten 112 (93,3%) einen Ersatz von Cytosin durch Thymin in den Aminosäurepositionen 929 und 932, d.h. die beiden das kdr-like Gen charakterisierenden Mutationen. Lediglich in 8 der 120 Proben (6,7%) war die Wildtyp-Sequenz nachweisbar.

Die klinischen Behandlungsergebnisse sind in Tabelle 2 zusammengefasst. Im ITT-Kollektiv waren 142 von 150 Patienten bei der Abschlussuntersuchung befallsfrei (94,7%). Die Erfolgsrate unter den Patienten mit kdr-positiven Läusen war mit rund 93% praktisch gleich hoch ($p > 0,5$ gegenüber dem ITT-Kollektiv) (siehe Abb. 1 und Tab. 2).

Im PP-Kollektiv ($n=117$) zeigten sich ähnliche Ergebnisse wie in der ITT-Auswertung. Die Mutationen (kdr-like Gen) konnten in 92,9% der Proben nachgewiesen werden. Bei der Abschlussuntersuchung waren 111 Patienten (94,9%) befallsfrei und die Wirksamkeit in der Kopflausgruppe mit kdr-like Gen betrug 93,4%.

Alle beobachteten Nebenwirkungen waren nicht-schwerwiegend, ausschließlich lokal und selbstlimitierend. Es traten 4-mal Brennen der Kopfhaut, 2-mal Rötung der Kopfhaut, 1-mal Brennen der Augen und 2-mal Schmerzen der Gesichtshaut auf.

Während der Nachbeobachtungszeit von 6 Wochen trat bei 8,7% der Patienten ein erneuter Kopflausbefall auf (siehe Tab. 3).

Diskussion

Das kdr-Gen wurde bei 93% der untersuchten Läuse gefunden. Diese hohe Prävalenz ist in Übereinstimmung mit den publizierten Daten aus europäischen Nachbarländern (5, 10, 12, 18). Die Heilungsrate unter Praxisbedingungen betrug dennoch 95% und die klinische Wirksamkeit von 0,5% Permethrin-Lösung ist somit, auch nach mehr als 10-jähriger Anwendung in Deutschland, im Vergleich mit früheren Studien unverändert hoch (3, 9). Dies gilt explizit auch dann, wenn die Läuse Träger der Genmutationen sind, also das so genannte Resistenzgen (kdr-like Gen) aufweisen. Auch die gute Verträglichkeit des Präparates wurde erneut bestätigt.

Die unverändert hohe Wirksamkeit von Permethrin trotz der weiten Verbreitung des kdr-like Gens lässt sich am ehesten dadurch erklären, dass die Mutationen im Gen und die damit verbundene Änderung der Aminosäuresequenz das Andocken von Permethrin am Rezeptor erschweren und zu einem verzögerten Wirkungsein-

Untersuchungsbefund bei der Abschlussuntersuchung	
frei von lebenden Läusen	142 (94,7%)
lebende Läuse vorhanden	8 (5,3%)
Anzahl der Patienten mit	
einer Permethrin-Anwendung	67 (44,7%)
zwei Permethrin-Anwendungen	79 (52,7%)
drei Permethrin-Anwendungen	4 (2,6%)
Patienten mit Nebenwirkungen	7 (4,7%)

tritt führen (13, 16). Diese Verzögerung hat aber für den Therapieerfolg bei den sesshaften Kopfläusen keine Relevanz im Gegensatz zu Mücken, die nach erstem Kontakt noch wegfliegen können. Läuse mit dem kdr-like Gen werden zwar langsamer, aber genauso effektiv abgetötet wie die Kopfläuse mit dem Wildtyp Gen.

Kein erneuter Kopflausbefall in den ersten 6 Wochen nach Studienende	135 (90%)
Erneuter Kopflausbefall in den ersten 6 Wochen nach Studienende	13 (8,7%)
Fehlende Daten	2 (1,3%)

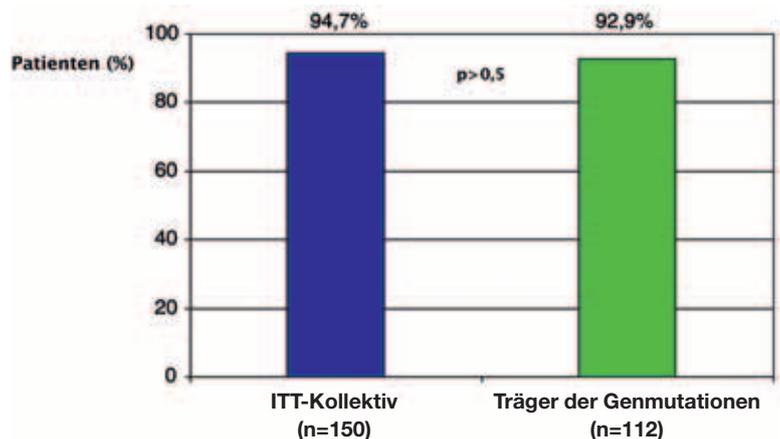
Bei Berichten über klinische Permethrin-Resistenzen aus anderen Ländern ist auch zu berücksichtigen, dass in Deutschland eine alkoholische Formulierung angewendet wird, während im Ausland meist wässrige Lösungen eingesetzt werden, in denen das wasserunlösliche Permethrin als Suspension vorliegt. Durch das rasche Verdunsten des Lösungsmittels aus der alkoholischen Formulierung wird der Wirkstoff konzentriert und steht somit komplett für die Sofortwirkung wie auch für die Imprägnierung der Haare und die Langzeitwirkung zu Verfügung (3, 4). Dies verbessert die kontaktinsektizide Wirkung von Permethrin und trägt vermutlich dazu bei, dass auch Läuse mit Genmutationen zuverlässig abgetötet werden.

Eine klinische Resistenz kann auch durch Anwendungsfehler oder Reinfestationen verursacht sein. Die Abgabe von Permethrin in Deutschland erfolgt im Gegensatz zum Ausland meist aufgrund einer Verordnung durch den Arzt oder zumindest über eine Apotheke mit

Tab. 2: Klinische Behandlungsergebnisse ($n=150$)

Tab. 3: Ergebnisse zum erneuten Kopflausbefall innerhalb der ersten 6 Wochen nach Studienende ($n=150$)

Abb. 1: Klinischer Behandlungserfolg (Prozentsatz der lausfreien Patienten bei der Abschlussuntersuchung)



Kein erneuter Kopflausbefall bei 135 der 150 Studienteilnehmer (90%) auch bis zu 6 Wochen nach Therapie mit Permethrin

entsprechender Unterweisung bzgl. der korrekten Anwendung. Dadurch werden Fehlanwendungen und resistenzselektive Mechanismen vermindert. In der vorliegenden Studie trat nur bei 8,7% der Studienteilnehmer ein erneuter Kopflausbefall innerhalb der ersten 6 Wochen nach der Abschlussuntersuchung auf, während aus anderen Untersuchungen über Reinfestationsraten von 50% innerhalb der ersten 2 Monate berichtet wird (14). Zudem belegt der hohe Prozentsatz von Kopflausfreiheit auch noch 6 Wochen nach Therapieende die hohe Effektivität der Permethrinbehandlung.

Unsere Studienergebnisse erfordern eine Neubewertung der Resistenzsituation bei Kopfläusen. Der alleinige Nachweis des kdr-like Gens reicht zur Beurteilung der klinischen Wirksamkeit von Permethrin nicht aus. In Einzelfällen kam es zwar nach der Anwendung von Permethrin-Lösung zum Therapieversagen, obwohl Fehlanwendungen oder andere bekannte Ursachen ausgeschlossen werden konnten (1). Die Gründe dafür sind jedoch noch unklar und erfordern die Durchführung weiterer klinischer und genetischer Studien.

Schlussfolgerungen

1. Das kdr-like Gen ist mit einer Häufigkeit von über 90 % bei Kopfläusen auch in Deutschland weit verbreitet, es korreliert jedoch nicht mit einer verminderten klinischen Wirksamkeit von Permethrin.

2. Die klinische Wirksamkeit alkoholischer 0,5% Permethrin-Lösung ist mit 95% unverändert hoch und liegt auch bei Trägern der Genmutationen in einer vergleichbaren Größenordnung.
3. Klinisch relevante Permethrin-Resistenzen konnten in dieser deutschlandweiten Studie nicht nachgewiesen werden.
4. Permethrin-haltige Präparate behalten ihren Platz unter den Therapeutika der ersten Wahl bei Kopflausbefall.

Literatur bei den Verfassern

Interessenkonflikt: Die Studie wurde von der Firma InfectoPharm Arzneimittel und Consilium GmbH, Heppenheim, unterstützt. Prof. Ralf Bialek erhielt Vortragshonorare von InfectoPharm. Dr. Hanns-Michael Burow erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Ralf Bialek
MVZ Labor Dr. Krause und Kollegen
Steenbeker Weg 25
24106 Kiel
Tel. 0431-22010131
E-Mail: bialek@labor-krause.de

Red.: Riedel

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Druckauflage 14.500

lt. IVW IV/2009

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen



LA-MED

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

Verlag: Hansisches Verlagkontor GmbH, Mengstr. 16, 23552 Lübeck, Tel. (04 51) 70 31-01 – **Anzeigen:** Verlag Schmidt-Römhild, 23547 Lübeck, Christiane Kermel, Fax (0451) 7031-280 – **Redaktionsassistent:** Christiane Daub-Gaskow, Tel. (0201) 8130-104, Fax (02 01) 8130-105, E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de – **Druck:** Schmidt-Römhild, 23547 Lübeck – „KINDER- UND JUGENDARZT“ erscheint 12mal jährlich (am 15. jeden Monats) – **Redaktionsschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.**

Anzeigenpreisliste: Nr. 43 vom 1. Oktober 2009

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

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

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

Welche Diagnose wird gestellt?

Sabine Vöhringer und Joachim Lemke

Anamnese

Knapp 6 Monate alter Junge. Schwangerschaft ohne Auffälligkeiten, spontane Entbindung in der 40+5. SSW. Apgar 8/9/10, Nabelschnur-pH: 7,19. Auffallende Fazies des Kindes mit Makroglossie, Exophthalmus und Kerbenohren. Deshalb postpartale Aufnahme auf die neonatologische Überwachungsstation zur weiteren Diagnostik.

Geburtsgewicht: 4515 g (P 97),

Körperlänge bei Geburt: 59 cm (> P 97)

Kopfumfang bei Geburt: 35 cm (P 80)



Körperlicher Untersuchungsbefund

Stabiler Allgemeinzustand. Makroglossie, Exophthalmus, Kerbenohren, Makrosomie. Restlicher internpädiatrischer Untersuchungsbefund unauffällig.

Wie lautet die Diagnose?

Ausschreibung „Preis Jugendmedizin“

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. vergibt in Zusammenarbeit mit der Firma Johnson & Johnson für hervorragende Leistungen auf dem Gebiet der Betreuung von Jugendlichen den „Preis Jugendmedizin“ für das Jahr 2011. Er ist mit 5.000,00 € dotiert und wird an Gruppen, Institutionen und Persönlichkeiten verliehen.

Der Preis soll Personen, Arbeitsgruppen oder nicht staatlichen Institutionen, Initiativen oder Vereinen zuerkannt werden, die sich um die Betreuung Jugendlicher verdient gemacht haben. Da – dem ganzheitlichen Ansatz des BVKJ e.V. entsprechend – eine Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendärzte mit anderen, sich um die Belange der Jugendlichen bemühenden Instanzen, nicht nur sinnvoll, sondern unbedingt notwendig ist, sollte der Preis möglichst an nicht medizinische Institutionen und Initiativen vergeben werden. Dies soll das große Interesse an einer solchen Zusammenarbeit dokumentieren.

Vorschläge für diesen Preis sind **bis zum 15.11.2010** zu richten an den:

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.
– Kennwort „Preis Jugendmedizin“ –
Mielenforster Str. 2, 51069 Köln.

Diagnose: Beckwith-Wiedemann-Syndrom (syn: Exomphalos-Makroglossie-Gigantismus-Syndrom)

Ätiologie

Das Beckwith-Wiedemann-Syndrom (BWS) ist ein genetisch bedingtes Großwuchs-Syndrom mit Fehlbildungen und erhöhter Malignomdisposition. Die Häufigkeit beträgt 1:12000–1:15000. In der Mehrzahl der Fälle tritt es sporadisch auf. Eine familiäre Häufung findet sich bei ca. 15 % der Patienten. Die verantwortliche Genregion liegt auf Chromosom 11p15.

Klinik

Das BWS ist gekennzeichnet durch übermäßiges prä- und postnatales Wachstum und eine auffällige Fazies mit Makroglossie, Mittelgesichtshypoplasie, Exophthalmus und Kerbenohren. Auch das Auftreten einer Omphalozele bzw. einer Nabelhernie ist typisch. Häufig kommt es zu neonatalen Hypoglykämien.

Diagnostik

Zur Diagnosestellung wurden Haupt- und Nebensymptome definiert. Von den sog. Hauptsymptomen (positive Familienanamnese, Makrosomie, Kerbenohren, embryonaler Tumor, Makroglossie, Gaumenspalte, Omphalozele, Organomegalie, Hemihyperplasie, Nephropathie) müssen zwei, von den Nebensymptomen (Polyhydramnion, Frühgeburtlichkeit, Naevus flammeus, Hämangiom, Mittelgesichtshypoplasie, Kardiomegalie, Rektusdiastase) eines vorliegen. Eine genetische Untersuchung kann zur Diagnosestellung hinzugezogen werden. In ca. 10 % der Fälle ist diese jedoch negativ.

Differentialdiagnosen

- Sotos-Syndrom
- Marfan-Syndrom
- Homozystinurie
- Simpson-Golabi-Behmel-Syndrom

Verlauf

Die rechtzeitige Diagnosestellung ist für die Früherkennung von assoziierten Tumorerkrankungen essentiell. So soll z. B. der am häufigsten auftretende Wilms-Tumor durch regelmäßige sonografische Untersuchungen des Abdomens entdeckt werden. Ab dem Alter von ca. acht Jahren entspricht das Tumorrisiko dem der Normalbevölkerung.

Das beschleunigte Wachstum sistiert im Alter von 7–8 Jahren. Die Endgröße ist normal. Die geistige Entwicklung dieser Kinder verläuft meist ebenfalls normal.

Genetik

Es gibt unterschiedliche Mutationen in der Genregion des Chromosom 11p15, die zur Ausbildung eines BWS führen können. Möglich sind u.a. eine gesteigerte Aktivität von wachstumsfördernden (z.B. IGF-2) Faktoren oder eine verminderte Aktivität von wachstumshemmenden (z.B. CDKN1C) Faktoren. Diese Veränderungen kommen u.a. durch unterschiedliche Methylierungsmuster von väterlichen und mütterlichen Genen zustande, was als „genomic imprinting“ bezeichnet wird.

Literaturangaben

Cohen MM Jr.: Beckwith-Wiedemann syndrome: historical, clinicopathological, and etiopathogenetic perspectives. *Pediatr Dev Pathol* 2005;8: 287-304

Cytrynbaum CS, Smith AC, Rubin T, Weksberg R: Advances in overgrowth syndromes: clinical classification to molecular delineation in Sotos syndrome and Beckwith-Wiedemann syndrome. *Curr Opin Pediatr* 2005;17: 740-6

Dr. med. Sabine Vöhringer
Katholisches Kinderkrankenhaus
Wilhelmstift
Lilienconstr. 130
22149 Hamburg

Red.: Höger

Impfung gegen HIV und Malaria – Licht am Ende des Tunnels?

HIV, Malaria, und Tuberkulose gelten global als die 3 großen „Killerinfektionen“. Laut Angaben der WHO (www.who.int) starben weltweit im Jahr 2008 2 Millionen Menschen an HIV, 1,6 Millionen an Tuberkulose, und knapp 1 Million an Malaria, davon 80 % Kinder unter 5 Jahren. Auf Impfstoffen ruhen große Hoffnungen, diese erschreckenden Zahlen (wir wollen sie lieber nicht mit denen „unserer“ impfpräventablen Infektionskrankheiten in Europa vergleichen) zukünftig zu reduzieren. Die Entwicklung von Impfstoffen gegen diese 3 Infektionskrankheiten war in der Vergangenheit von vielen Fehlschlägen gezeichnet, welche aber Forscher, Politiker, und Geldgeber nicht entmutigt haben. Nun lassen neue Erfolge aufhorchen: Am 3. Dezember 2009 berichtete eine international unterstützte Forschergruppe aus Thailand im *New England Journal of Medicine* (Rerks-Ngam et al., Vol 361:2209-20) vom Erfolg eines rekombinierten Canarypox-Vektor HIV-Impfstoffs im „prime-boost“ Prinzip. Nach erfolgreich verlaufenen Vorstudien erhielten in einer doppelblind-randomisierten, kontrollierten Studie 16402 Erwachsene (18–30 Jahre) 4 Dosen des Canarypox-Vektorimpfstoffs, gefolgt von 2 Boosterinjektionen eines HIV-Glykoprotein 120 Untereinheiten-Impfstoffs. „HIV Infektion“ und „HIV Virämie“ waren die primären Studienendpunkte, welche am Ende der Impfserie (nach 6 Monaten) und dann alle 6 Monate über 3 Jahre untersucht wurden. In der Per Protocol Analyse war die Wirksamkeit gegen HIV-Infektion 26,4 % (knapp nicht signifikant), in einer modifizierten Intent-to-treat Analyse betrug sie 31,2 % (signifikant!). Klinisch signifikante unerwünschte Ereignisse tra-

ten nicht auf. Trotz dieses nur mäßigen Impferfolgs gelang endlich der Beweis, dass eine erfolgreiche Impfung prinzipiell möglich ist. Der Weg zur Weiterentwicklung auf dieser Basis ist somit geebnet. Offene Fragen zur Dauer des moderaten Impfschutzes, den zugrunde liegenden Immunmechanismen des Impfschutzes, und der relativen Wertigkeit des Priming- bzw. Booster-Impfstoffes gibt es aber weiterhin.

Ein Jahr früher, im Dezember 2008, erschienen 2 Phase II-Studien (Bejon et al. bzw. Abdulla et al., NEJM Vol. 359, 2521-32 und 2533-44) zu einer neuen Malariavakzine basierend auf dem Plasmodium falciparum Antigen RTS,S bei 340 Säuglingen bzw. 894 Kindern im Alter von 5–17 Monaten in Kenia und Tansania. Bei den Säuglingen betrug die Schutzrate (für die ersten 6 Monate nach 3 parenteralen Impfdosen im Alter von 2, 3 und 4 Monaten) 65 %, bei den 5–17 Monate alten (3 Injektionen im Abstand von je 1 Monat) ca. 55 %. Diese sehr ermutigenden Ergebnisse, auch im Hinblick auf die gute Verträglichkeit des Impfstoffs, haben dazu geführt, dass nunmehr große Phase III-Studien in Afrika initiiert wurden.

In der vakzinologischen Bekämpfung von AIDS und Malaria ist jetzt also tatsächlich etwas Licht am Ende des dunklen Tunnels erkennbar.

Impfstoffengpass

„Stellt man die verfügbaren Impfstoffe für Kinder- und Jugendliche der einzelnen Pharmafirmen (...) zusammen, so zeigt sich, dass die zur Durchführung des Impfprogramms notwendigen Impfstoffe, in der Regel von nur ein oder zwei Pharmafirmen vertrieben werden.“ Zitat aus einer Stellungnahme der *Kommission für Infektionskrankheiten und Impf-*



Impfforum

fragen der DAKJ aus dem Jahr 2007 (Kinder- und Jugendarzt 38;67-8).

Im Januar informierte die Fa. GlaxoSmithKline die Ärzteschaft in Deutschland über Lieferprobleme diverser Impfstoffe, insbesondere Pertussis-Komponenten-Kombinationsimpfstoffe (Infanrix® und Boostrix® Serie) und den MMRV-Kombinationsimpfstoff. Im Laufe des März sollten diese wieder ausgeliefert werden können (Stand 1. März 2010). Lieferengpässe sind ein Ärgernis, sofern die Bevorratung in der eigenen Praxis keine Überbrückung zulässt: entweder müssen Impfungen verschoben werden, oder – falls überhaupt möglich – Alternativprodukte verwendet werden, was beispielsweise bei hexavalenten DTPa-IPV-HepB/Hib-Impfstoff bzw. MMRV nicht möglich ist, so dass auf andere Kombinations- oder gar Einzelimpfstoffe ausgewichen werden musste.

Die Kritik in den Medien, die Firma habe zugunsten der Produktion des Influenza H1N1-Impfstoffes Pandemrix® die Herstellung der betroffenen Impfstoffe vernachlässigt, wurde vom Hersteller zurückgewiesen. Er teilte mit, dass „bei unserem Sechsfach-Impfstoff **Infanrix hexa®** die Lieferverzögerung auf einer verzögerten Freigabe einer bestimmten Komponente (Hib-

Komponente) bei einzelnen Chargen beruht“. Zu Priorix-Tetra®: „Die hier derzeit bestehenden Lieferverzögerungen sind in der Tat mittelbar bedingt durch die verringerten Abfüllkapazitäten aufgrund der Pandemrix®-Produktion.“ Der Präsident des BVKJ, Dr. Wolfram Hartmann, „forderte die Bundesregierung auf, den Mangel zu beheben und auf das Unternehmen Einfluss auszuüben.“ (DÄB, 12.2.2010, C186). Er wiederholt somit eine Forderung, die der pädiatrische Dachverband DAKJ über unsere *Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen* bereits vor 3 Jahren erhob (s.o.): „Die durch Fusionen global operierender Impfstoffhersteller entstandene Marktlage kann in Zukunft die Durchführung nationaler Impfprogramme gefährden.... Die DAKJ fordert die politisch Verantwortlichen daher auf, sich der geschilderten Problematik anzunehmen und über Lösungsmöglichkeiten nachzudenken, auf welche Weise die Verfügbarkeit von Impfstoffen und die Finanzierung des nationalen Impfprogramm gewährleistet werden kann.“ Wir werden uns dafür einsetzen, dass dies endlich geschieht.

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

Red.: Christen

Nachweis von MRSA im Stuhl

CONSILIUM INFECTORUM

PD Dr. Horst Scholz

Frage:

In meiner Behandlung befindet sich ein dreijähriges Kind, das vor drei Monaten wegen einer Rotavirusinfektion stationär aufgenommen wurde.

Damals wurden im Stuhl auch MRSA nachgewiesen und bei Entlassung eine weitere Kontrolle empfohlen. Diese zeigt jetzt aktuell immer noch MRSA im Stuhl. Das Kind ist ansonst völlig unauffällig und ohne klinische Symptome.

- Wie ist hier weiter vorzugehen?
- Sollen Abstriche an der Haut bzw. intranasal abgenommen werden?
- Ist eine Eradikation sinnvoll?
- Sollen auch Familienmitglieder untersucht werden?

Antwort:

Staphylokokken gehören zur normalen Hautflora. Bei 20–40 % der Kinder und Erwachsenen lässt sich *S. aureus* transient oder intermittierend auf der Hautoberfläche und den Schleimhäuten nachweisen. Die Kolonisation persistiert bei 10–20 % der befallenen Personen. Neben dem Vestibulum nasi sind vor allem der Rachen, das Perineum, die Axelregion und bei Mädchen die vordere Vagina besiedelt (und auch der Darm kann kolonisiert sein). Von diesen Orten kann *S. aureus* durch Kontakt (am häufigsten über die Hand) über praktisch alle unbeliebten Materialien und auf dem Luftweg (z. B. Klimaanlage) auf andere Personen übertragen werden und eine Infektion auslösen.

Wann ein transientser oder persistierender *S. aureus*-Stamm zum Infektionserreger wird, hängt im Wesentlichen von der Abwehrlage und der Virulenz ab. Wirtsbezogene Dispositionsfaktoren sind u. a. angeborene Immundefekte, konsumierende Krankheiten, Malnutrition, atopische Dermatitis, Verletzungen, Verbrennungen, Fremdkörper (Sonden, Katheter, Implantate) und Behandlung mit Kortikosteroiden oder Zytostatika. Zu den Dispositionsfaktoren von Seiten des Erregers gehört u. a. die Methicillin-Resistenz. MRSA verursachen höhere Infektionsraten als Methicillin-sensible *S. aureus*.

Die beschriebenen Übertragungswege und Risikofaktoren gelten auch für Methicillin-resistente *S. aureus*-Stämme.

Vermutlich handelt es sich bei dem MRSA-Stamm um einen stationär erworbenen Stamm (hospital-associated MRSA, HA-MRSA). Sicher ist das jedoch nicht. Das Kind kann bereits vor der stationären Aufnahme mit MRSA kolonisiert gewesen sein. Dann könnte es sich auch um sogenannte community-associated MRSA (CA-MRSA) handeln. Seit Ende der 1990er Jahre werden weltweit CA-MRSA außerhalb der Krankenhäuser isoliert. Ihre Prävalenz ist in einigen Ländern, beispielsweise in den USA, steigend. CA-MRSA zeigen i. d. R. ein anderes Resistenzmuster als die bekannten HA-MRSA und können auch ohne die bekannten Risikofaktoren Infektionen verursachen. Diese sind aber meist mild und betreffen vorwiegend Haut- und Weichteilgewebe. Vereinzelt kann es jedoch auch zu schweren, lebensbedrohlichen Infektionen kommen.

Bei der Beantwortung der Fragen ist im Wesentlichen von zwei Konstellationen auszugehen. Konstellation 1: Das Kind ist immunkompetent, Risikofaktoren liegen nicht vor und in der Familie des Kindes lebt keine immundefiziente Person. In diesem Fall sind keine Maßnahmen notwendig. Eventuelle Haut-Weichteilinfektionen durch CA-MRSA wären leicht zu erkennen und könnten wirksam behandelt werden.

Konstellation 2: Es liegen Risikofaktoren vor, insbesondere sei auf die Kombination von Immundefizienz und HA-MRSA hingewiesen. Hier sollte überlegt werden, ob nicht das ganze Arsenal präventiver Maßnahmen angewendet wird: Untersuchung aller Kontaktpersonen (Abstriche möglichst nicht nur vom Vestibulum nasi) aus dem Haushalt des Kindes, nasale Applikation von Mupirocin-Salbe über 5 Tage, Verhinderung von Pingpong-Infektionen, Unterbrechung der Übertragungswege (vor allem hygienische Händedesinfektion und erst danach bei Verschmutzung Waschen der Hände). Weitere Hinweise können im DGPI-Handbuch und in der Medline-Cochrane-Analyse nachgelesen werden.

PD Dr. Horst Scholz
Ehemaliger Chefarzt des Instituts für Infektiologie, Mikrobiologie und Hygiene im Klinikum Berlin-Buch
Straße 6, Nr. 23
13125 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.



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Depression im Vorschulalter

The Clinical Significance of Preschool Depression: Impairment in Functioning and Clinical Markers of the Disorder

Luby J.L., Belden A.C., Pautsch J. et al. *Journal of Affective Disorders* 112: 111-119, ?Monat? 2009

Design: Luby et al. untersuchten in einer selektierten Stichprobe von 305 körperlich gesunden, nicht entwicklungsretardierten Vorschulkindern im Alter von 3.0 bis 6.0 Jahren die Frage, ob sich in dieser Altersgruppe depressive Symptome i. S. der DSM-IV Klassifikation „Major Depression“ finden lassen, ob solche von anderen psychischen Störungen der Altersgruppe wie AD(H)S, Angst, Störungen des Sozialverhaltens abzugrenzen sind und ob Depressionen mit funktionellen Beeinträchtigungen bei den Kindern einhergehen.

Die Kinder wurden populationsbasiert mittels einer Depressions-Checkliste für Eltern rekrutiert und in 2 Gruppen (keine / deutliche Hinweise auf depressive Symptomatik) unterteilt. Alle Eltern wurden mit einem strukturierten Interview, dem „Preschool Age Psychiatric Assessment“ (Egger et al. 2003) zu psychischen Auffälligkeiten bei ihren Kindern befragt sowie mit weiteren Interviews und Fragebögen zu deren kognitivem, emotionalem und sozialem Funktionsniveau in der Familie, im Kindergarten und im sozialen Umfeld. Die Elternangaben wurde um Befragungen von Erziehern und Lehrern der Kinder ergänzt.

Ergebnisse: Der Selektionsprozess bei der Rekrutierung der Probanden ermöglichte keine Angaben zur allgemeinen Prävalenz depressiver Störungen im Vorschulalter. Gemessen in Angaben der Eltern zur Stimmung und zum Verhalten ihrer Kinder in unterschiedlichen Entwicklungsbereichen ließ sich jedoch klar zeigen, dass schon Drei- bis Sechsjährige das Vollbild einer Depression nach DSM-IV mit den Symptomen der Stimmungslabilität, Antriebsminderung, Traurigkeit, psychomotorischen Unruhe, Erschöpfung, Störungen des Schlafs, des Appetits bzw. Gewichts, der Konzentration, Schuldgefühle und Gedanken an den Tod ausbilden und hierdurch in verschiedenen Domänen der Alltagsbewältigung erheblich beeinträchtigt sein können. Elternan-

gaben und solche von Erziehern und Lehrern zeigten eine hohe Konkordanz.

Alle genannten Symptome wurden als potentielle Marker einer depressiven Störung bei Vorschulkindern identifiziert; als hochspezifisch bzw. pathognomonisch erwiesen sich Schuldgefühle und Erschöpfung. Schlüsselsymptome, die eine Depression von einer Störung des Sozialverhaltens unterschieden, waren Schlafprobleme, Schuldgefühle, Antriebsminderung und Konzentrationsstörungen. Von Kindern mit einer Angststörung unterschieden sich depressive Vorschulkinder durch Schuldgefühle, Konzentrationsstörungen, psychomotorische Unruhe und Veränderungen von Appetit bzw. Gewicht. Bemerkenswert ist, dass sich Traurigkeit im Sinne des klassisch-depressiven Affekts als relativ unspezifisches Kriterium für eine frühkindliche Depression erwies und auch diverse andere psychische Auffälligkeiten und Störungen begleitet.

Kommentar

Über depressive Erkrankungen im Schulalter und insbesondere in der Adoleszenz liegen umfangreiche Erkenntnisse vor, dieses sowohl hinsichtlich Prävalenz und Genese als auch zu effektiven Therapien. Im Gegensatz dazu wurde selbst von Entwicklungspsychologen und Kinderpsychiatern häufig angenommen, dass Klein- und Vorschulkinder kognitiv und emotional zu unreif seien, um überhaupt „echten“ depressiven Affekt und Symptome wie z.B. Anhedonie und Schuldgefühle auszubilden. Erst recht stand infrage, ob sich Verstimmungen von Kleinkindern in den gängigen diagnostischen Klassifikationssystemen abbilden ließen und ob es sinnvoll sei, Auffälligkeiten solch junger Kinder mit psychiatrischen Diagnosen zu belegen.

Luby et al. konnten nicht nur zeigen, dass das Vollbild einer Depression in der frühen Kindheit vorkommt und von anderen psychischen Störungen abgrenzbar ist, sondern zudem belegen, dass diese Erkrankung die Entwicklung der Kinder und ihre soziale Teilhabe deutlich beeinträchtigt. In einer weiteren Publikation wiesen die Autoren nach, dass Depressionen bei Vorschulkindern über einen Verlauf von 24 Monaten eine hohe Persistenz zeigen und mit einer familiären Belastung mit affektiven Erkrankungen vergesellschaftet sind. Die frühkindliche Depressivität ist folglich keine vorübergehende Erscheinung in der Entwicklung, sondern prädisponiert zu einem chronischen Verlauf von erheblichem Krankheitswert vor dem Hintergrund zusätzlicher familiärer Risiken. Diese Beobachtung legt nahe, entsprechende Auffälligkeiten schon bei jungen Kindern aufmerksam wahrzunehmen, sorgfältig zu beobachten und möglichst frühzeitig fachspezifische Maßnahmen einzuleiten. Ein kinderpsychiatrisch-psychotherapeutischer Zugang sollte die gesamte Familie in den Blick nehmen. (Carola Bindt, Hamburg)

Makrolid-Resistenz bei Mycoplasmen

Emerging Macrolide Resistance in *Mycoplasma pneumoniae* in Children

Li X et al., *Pediatr. Infect. Dis.* 28:693-696, August 2009

Mycoplasma pneumoniae ist der häufigste Erreger von bakteriellen Lungenentzündungen im Schulalter und wird üblicherweise mit Makroliden oder bei älteren Kindern mit Tetracyclin be-

handelt. Eine Resistenz gegenüber diesen Medikamenten ist zwar klinisch beobachtet worden, genaue Daten liegen hierzu jedoch nicht vor. In Asien mit häufigem Einsatz von Azithromycin bei Atemwegsinfektionen ist dieses Problem offensichtlich häufiger. Bei einem kürzlichen Encephalitisausbruch in Rhode Island wurden Makrolid-resistente Stämme von *Mycoplasma pneumoniae* von Mitarbeitern der Universität von Alabama (Birmingham, Alabama) bei Kindern mit Pneumonie isoliert und das entsprechende Resistenz-Gen bzw. dessen Mutationen identifiziert.

Kommentar

Auch in USA ist Azithromycin mittlerweile ein häufig angewandtes Antibiotikum und führt wahrscheinlich in Kürze auch hier zu einem Resistenzproblem bei *Mycoplasma pneumoniae*-Erregern. Diese Erkenntnis sollte uns daran erinnern, Antibiotika nur dann einzusetzen, wenn entsprechende bakterielle Erreger nachgewiesen oder hochwahrscheinlich ursächlich an der Erkrankung beteiligt sind.

(Frank Riedel, Hamburg)

Therapie der lokalisierten Sklerodermie

Treatment of Pediatric Localized Scleroderma: Results of a Survey of North American Pediatric Rheumatologists

Li SC, Feldman BM et al., *J Rheumatol.* 37: 175-181, Januar 2010

Pädiatrische Rheumatologen in Nordamerika wurden zur Behandlung der lokalisierten Sklerodermie (LS) im Kindesalter befragt. Von den 195 kontaktierten Mitgliedern der CARRA (Childhood Arthritis and Rheumatology Research Alliance) nahmen 158 teil; insgesamt wurden von diesen pädiatrischen Rheumatologen im vorhergehenden Jahr 650 Patienten gesehen. Fast alle behandelten ihre Patienten mit Methotrexat und Kortikosteroiden. Als Begründung für eine Therapieintensivierung (Dosierung, Dauer, Zusatzmedikation) gaben die meisten eine Lokalisation im Gesichts-, oder Gelenkbereich an. Für ungefähr die Hälfte der Kollegen war ein kürzlicher Krankheitsbeginn (< 6 Monate) die Indikation für eine solche Therapieintensivierung. Topische Medikamente wurden nur für zeitlich limitierte Situationen eingesetzt. Zusammenfassend zeigte sich, dass ein sehr breites Therapiespektrum existiert: die Dosierung für MTX variierte um das 3-fache, die Therapiedauer um das 16-fache. Für Kortison variierte die Dosierung um das 30-fache, die Therapiedauer um das 100-fache. Das am häufigsten verwendete Kortisonregime war die intravenöse Methylprednisolonpuls-gabe (30 mg/kg an 3 Tagen im Abstand von 4 Wochen für 3 Monate). Nach 6–12 Monaten inaktiver Läsionen wurde die Medikation meist abgesetzt.

Kommentar

Die Erhebung zeigt, dass die meisten nordamerikanischen pädiatrischen Rheumatologen die LS systemisch behandeln. Allerdings existiert kein therapiestrategischer Konsens, Dosierung und

Dauer der Behandlung variieren sehr stark und auch die Indikationsstellung ist schwer zu definieren. Die Umfrage kann mit ihrem kumulierten Erfahrungswissen Therapieentscheidungen erleichtern, zeigt aber auch die Notwendigkeit einer kontrollierten Studie auf.

(Toni Hospach, Günther Dannecker, Stuttgart)

Luftverschmutzung und Entzündung der Atemwege

Less Air Pollution Leads to Rapid Reduction of Airway Inflammation and Improved Airway Function in Asthmatic Children

Renzetti G, Silvestre G, D'Amario C et al., *Pediatrics* 123: 1051-1058, März 2009

Die Luftverschmutzung mit NO₂, Feinstaub und Sauerstoffradikalen fördert die Entzündung der Atemwege und beeinträchtigt das menschliche Wohlbefinden. Besonders Kinder, die bereits unter einer Erkrankung der Atemwege leiden, werden zusätzlich belastet. Es ist bisher nicht klar, ob und inwieweit der Wegfall der Luftverschmutzung bei den betroffenen Kindern zu einer Besserung der Atemwegssymptome führt. Italienische Autoren, Renzetti et al., haben jetzt diese Frage lebensnah untersucht (1).

Die Autoren haben die Reaktion Asthma-allergischer Kinder auf eine Reduktion der Luftverschmutzung mit nicht-invasiven Biomarkern und Lungenfunktionstesten gemessen und 37 Kinder mit leichtem, persistierendem Asthma aus einer hoch verschmutzten Umgebung in eine nicht verschmutzte ländliche Umgebung geschickt. An beiden Orten wurden die Luftverschmutzung, der Pollenflug und die meteorologischen Bedingungen sorgfältig überwacht. Nasale eosinophile Leukozyten, ausgeatmetes Nitrit-Oxid, Leukotriene E₄ und der Atemstoßwert wurden am Ausgangsort und 7 Tage nach Umsiedlung in die ländliche Umgebung ermittelt.

Nach einer Woche in der ländlichen Umgebung zeigten sich ein Abfall der nasalen eosinophilen Leukozyten und ein signifikanter Abfall im ausgeatmeten Nitrit-Oxid. Auch die Lungenfunktion verbesserte sich und der Atemstoßwert nahm signifikant zu. Lediglich bei den im Urin ausgeschiedenen Leukotrienen E₄ konnte keine Änderung nachgewiesen werden.

Eine bessere Luftqualität spiegelt sich somit in einer Abnahme inflammatorischer Biomarker asthmatischer Kinder bereits nach einer Woche wider.

Kommentar

In Deutschland erkranken etwa 10 bis 15% aller Kinder, etwa jedes 8. Kind unter 10 Jahren und jedes 10. Kind unter 15 Jahren, an Asthma bronchiale. Asthma ist damit in Deutschland die häufigste chronische Erkrankung im Kindesalter. Asthma bedeutet für die betroffenen Kinder eine Einschränkung der Lebensqualität. Für die akute und die chronische Schadstoffexposition konnte

in mehreren Studien eine Zunahme von Atemwegssymptomen mit abfallenden Atemstoßwerten nachgewiesen werden (2). NO_2 und Feinstaub werden als Surrogat-Marker für die verkehrsbedingte Luftverschmutzung betrachtet. Kinder, die an stark befahrenen Straßen wohnen, weisen vermehrt Krankheitssymptome im Bereich der Atemwege selbst dann auf, wenn sie nicht an Asthma erkrankt sind (3, 4). Wenn das kindliche Asthma auch auf unterschiedliche genetische und vielleicht auch epigenetische Ursachen zurückgeführt werden kann und sich somit nicht alleine auf die Luftverschmutzung beziehen lässt, so haben doch epidemiologische Untersuchungen gezeigt, dass die Luftverschmutzung mit vermehrten Krankenhausaufnahmen, Notfall-Ambulanz-Besuchen, vermehrten Atemwegssymptomen und einer Verschlechterung der Lungenfunktion assoziiert ist (5-9). Mit der Untersuchung von Renzetti et al. konnte erstmals gezeigt werden,

dass sich die durch Luftverschmutzung verursachten inflammatorischen Biomarker (der Atemstoßwert, die nasalen eosinophilen Leukozyten und das ausgeatmete Nitrit-Oxid) schnell, innerhalb von sieben Tagen, normalisieren können, wenn die Kinder sich in einer Umgebung mit geringerer Schadstoffbelastung aufhalten. Die Grenzwerte für die zulässige Schadstoffbelastung befinden sich ebenso wie die Methoden ihrer Erfassung immer noch in der Diskussion und werden hoffentlich dem wachsenden Kenntnisstand angepasst. Die bisher erhobenen Daten zeigen, dass die Immissions- und Emissionsschutzgesetze fern jeder ökologischen Eiferei sinnvoll sind und weiter entwickelt werden müssen, um nicht nur die Gesundheit der Kinder, sondern auch die der Gesellschaft zu schützen.

Literaturzitate über den Autor: juergen.hower@googlemail.com

(Jürgen Hower, Mülheim)

Die glorifizierte Vorsorge



Dr. med. Herbert
Renz-Polster

Evolutionsbiologen haben berechnet, dass Kinder auf ihrem Weg zur Selbstständigkeit in der menschlichen Frühgeschichte mit etwa 13 Millionen Kilokalorien „subventioniert“ werden mussten – mehr als die Eltern alleine jemals hätten aufbringen können. Kein Wunder, dass Biologen den Menschen zu den „kommunal“ aufziehenden Arten rechnen. Die Ethnologie sekundiert: Rund um die Erde, in Hütten und Palästen, sind Kinder für ihre Entwicklung auf die Hilfe verwandter und nicht-verwandter Helfer angewiesen – der „Stamm“, der „Clan“, das „Dorf“ erzieht mit. Stammesgeschichtlich gesehen ist die Entwicklung des Menschenkindes (die ja immerhin ein Viertel der menschlichen Lebensspanne umfasst) also ein sozialer Prozess, der nur erfolgreich sein kann, wenn er von der Gemeinschaft mitgetragen wird.

Alle verfügbaren Daten aus der Sozialpädiatrie und der Entwicklungspsychologie zeigen, dass dies auch hier und heute gilt: Kinder entwickeln sich umso besser, je reichhaltiger, verlässlicher und abgesicherter ihr soziales Netz ist. So werden Sprachentwicklungsstörungen bei etwa 4 Prozent der Kinder mit hohem Sozialstatus beobachtet, bei den sozial benachteiligten Kindern dagegen bei 17 Prozent. Ähnliches gilt für die emotionale und die kognitive Entwicklung – hier sind Störungen bei den Kindern mit niedrigem Sozialstatus etwa siebzehnmals häufiger als bei der gebildeten Mittelschicht.

Auch die kindliche Gesundheit folgt einem sozialen Gefälle – wenig verwunderlich, wenn man bedenkt, dass gelungene Entwicklung sozusagen die „Eintrittskarte“ für die psychoemotionale, aber auch für die damit verbundene somatische Gesundheit ist. Vier von fünf adipösen Kindern in Deutschland kommen aus sozial benachteiligten Familien, 22 Prozent der Gebisse von Kindern mit hohem Sozialstatus sind behandlungsbedürftig, bei Kindern mit niedrigem Sozialstatus sind es 55 Prozent.

Halten wir die Ausgangslage also noch einmal fest: Die kindliche Entwicklung und Gesundheit stehen und fallen mit den sozialen Ressourcen, auf die ein Kind zurückgreifen kann. Kein Wunder, dass es Kindern in sozial ausgeglichener Gesellschaften deutlich besser geht – so wächst in Deutschland jedes sechste Kind in Armut auf, in Dänemark dagegen jedes 37. – und auch die Gesundheitsindikatoren klaffen dort weit weniger auseinander, trotz in Deutschland deutlich höherer Kinder- und Jugendarztdichte.

Die meisten Entwicklungsverzögerungen, die der Kinder- und Jugendarzt im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen diagnostiziert, sind nicht auf potentiell medizinisch zu behandelnde Abweichungen zurückzuführen, sondern auf „soziale Schwächen“ – die Störung liegt nicht im Kind selbst, sondern in seinem schwachen „sozialen Bindegewebe“.

Das stellt die hiesigen Kinder- und Jugendärzte vor gewaltige – und zunehmende – Herausforderungen

Und auch wenn viele Kinder- und Jugendärzte engagiert versuchen, auf dieses soziale Bindegewebe zurückzuwirken (Kinder- und Jugendärzte können ein Lied von den häufigen Beratungsgesprächen und Wiedervorstellungsterminen singen), sie müssen doch schnell erkennen, dass dieser Weg von Dilemmata gepflastert ist.

Erstes Dilemma: Kinder mit höherem Risiko sind schwerer erreichbar

Krankheiten und Gesundheitsstörungen folgen einem grausamen Prinzip: the loser takes it all. Dies gilt nach den Daten des vom Robert Koch Institut durchgeführten Kinder- und Jugend-Gesundheits-Surveys (KIGGS) auch für die deutschen Kinder: Die meisten Krankheiten und Belastungen sammeln sich bei den sozial Schwachen (das gilt für Verhaltensauffälligkeiten und seelische Probleme genauso wie für Übergewicht und Unfälle und Verletzungen). Diese werden aber vom kinder- und jugendärztlichen Versorgungsangebot am wenigsten erreicht – so werden die Vorsorgeuntersuchungen nach dem Kleinkindalter umso seltener wahrgenommen, je sozial schlechtergestellt die Kinder sind (die Jugenduntersuchung wird fast ausschließlich von sozial gut gestellten Kindern mit sehr niedrigem Krankheitsrisiko wahrgenommen).

Zweites Dilemma: Guter Rat kann oft nicht genutzt werden

Ein wichtiges Element der kinder- und jugendärztlichen Praxis besteht in der Aufklärung der Eltern über einen gesunden Lebensstil und gesunde Entwicklungsbedingungen. Leider hat dieser traditionelle, verhaltenspräventive Ansatz enge Grenzen: „Gesunde“ Entscheidungen fallen vor allem denjenigen leicht, die über die ent-

sprechenden sozialen Ressourcen verfügen. Eine arme, kinderreiche Familie hat de facto eine äußerst geringe „Wahlmöglichkeit“ wenn es darum geht, sich eine gute Wohnung in einer guten Gegend, mit guten Schulen und Verkehrsverhältnissen und damit eine entwicklungsgerechte Umwelt für ihre Kinder zu suchen. Zudem weiß die Sozialpsychologie, dass es Menschen in gestressten Lebensverhältnissen extrem schwerfällt, langfristig „gute“ Entscheidungen zu treffen. Der „gute“ Rat des Kinder- und Jugendarztes bricht sich an der „schlechten“ Realität.

Drittes Dilemma: Gesundheit „passiert“ woanders

Die Entwicklung der Kinder spielt sich in deren „Lebenswelten“ ab – der Familie, dem Hort, der Kindertagesstätte, der Schule oder dem Ausbildungsplatz. Die Ausgestaltung der Lebenswelten entscheidet mit, ob sich Kinder gesund entwickeln können oder nicht. Leider bleiben aber gerade hier Kinder- und Jugendärzte außen vor – sie wirken kaum in die Lebenswelten der Kinder hinein. Dabei kann eine entwicklungsgerechte Kindertagesstätte mit einem guten Stellenschlüssel und integrativem Ansatz mehr für etwa die Sprachentwicklung und die emotionale Entwicklung der Kinder tun als alle Logopädie- und Ergotherapieverbände des Kinder- und Jugendarztes zusammen.

Viertes Dilemma: In Organmedizin geschult, an Sozialmedizin geprüft

Die kinder- und jugendärztliche Ausbildung findet vor allem auf Krankenstationen statt. Viele Kinder- und Jugendärzte stellen nach der Niederlassung fest, dass sie für sozialpädiatrische Aufgaben, also für die Unterstützung des sozialen Umfeldes bei Gesundheits- und Entwicklungsstörungen wenig gerüstet sind. Ärztliche Versorgung, die einen großen Teil der täglichen Arbeit des Kinder- und Jugendarztes ausmacht, wird oft erst „on the job“ erlernt und ist bis heute wenig standardisiert und auch kaum wissenschaftlich evaluiert.

Forderungen an die Gesundheits- und Familienpolitik

Fassen wir zusammen: Die „Behandlung“ sozial kanalisierter Störungsbilder und Krankheiten in der kinder- und jugendärztlichen Praxis ist eine Sisyphusarbeit. Dies liegt nicht an den oft bis zur Grenze ihrer Belastbarkeit arbeitenden Kinder- und Jugendärzten sondern an der „Konstruktion“ des derzeitigen Versorgungssystems: Kinder- und Jugendärzte arbeiten mit einem allenfalls eingeschränkten Zugang zu den Lebenswelten der Kinder und Familien, mit einem traditionellen „medizinischen“ Fokus und mit eher „höhererschwelligen“ Angeboten (also Angeboten, für die die Betroffenen das ärztliche Versorgungssystem aufsuchen müssen).

Umso wichtiger sind Forderungen an die Gesundheits- und Familienpolitik, die in letzter Zeit immer öfter auch von kinder- und jugendärztlichen Gremien und Verbänden mit erhoben und formuliert werden.



Viele Kinder stehen heute auf dünnem Eis – ein Mangel an sozialen Ressourcen stellt ihre Entwicklung in Frage

Soziale Netze stärken

Die derzeitige Familienförderung in Deutschland ist ineffektiv. Anstatt soziale Netze und soziale Ressourcen wie Bildung und entwicklungsgerechte Betreuung zu fördern, setzt die traditionelle Familienpolitik stark auf finanzielle Transfers. Für die meisten Kinder macht es allenfalls einen marginalen Unterschied, ob die Eltern nun Kindergeld erhalten oder nicht (für die Bessergestellten gar keinen). Eine zusätzliche Erzieherin in der Kindertagesstätte kann für die Kinder den Unterschied zwischen echter Zukunft und sozialer Einzementierung bedeuten, während Kindergeld oft nur den Unterschied zwischen einem VW-Polo oder einem VW-Golf vor der Garage bedeutet.

Für eine artgerechte Umwelt sorgen

Prävention kann sich nicht darin erschöpfen, dass die sozial besser Gestellten den sozial Schwachen den guten Rat erteilen: Macht es doch wie wir – ernährt Euch gesund, bewegt Euren Hintern und meldet Euch – endlich – zu einem Elternführerschein an. Stattdessen sollte der Leitsatz moderner Verhältnisprävention ernst genommen werden: *make the healthy choice the easy choice* – und zwar auf allen Ebenen, von der Gesellschaftspolitik, über die Kommunalpolitik bis zur Ausgestaltung der „Lebenswelten“. Also: Bewegungsräume öffnen – von Anfang an – und nicht nur für Waldkindergartenkinder, bewegter Unterricht in der Schule, Wasserspender anstatt Limo-Automaten, Lotsen für einen sicheren Weg zur Schule, Fahrrad-Fahrgemeinschaften und Geh-Gemeinschaften fördern und vieles mehr.

Settings entwicklungsgerecht gestalten

Besonders die Schule hat den mit der Globalisierung in den letzten 40 Jahren beschleunigten gesellschaftlichen Wandel mit Zunahme von Alleinerziehung und zunehmender Kinderarmut bisher nicht nachvollzogen. Prekäre soziale Verhältnisse mit äußerst geringer Erziehungskompetenz nehmen zu. Dennoch richtet sich gerade die Schule primär nicht nach den Entwicklungsbedürfnissen von Kindern im 21. Jahrhundert, sondern nach dem traditionellen Bildungsideal aus dem 18. Jahr-

hundert. Aus sozialpräventiver Sicht gehört der Bildungsauftrag der Schule dringend durch einen „Entwicklungsauftrag“ ergänzt, in aller Konsequenz – von einer Modernisierung des Lehrplans (Förderung von Selbstkompetenz, Resilienz und lebenspraktischer Fertigkeiten) bis zur personellen Modernisierung (Verbindungslehrer, Sozialarbeiter, Schoolworker).

Präventionsbegriff überdenken

Verfolgt man die Diskussionen im Bereich Public Health, so wird deutlich, dass eine effektive Prävention und Gesundheitsförderung ohne den Leitgedanken der sozialen Integration nicht möglich ist. Verhaltenspräventive Ansätze reichen nicht aus. Heutige Leitfragen sind vielmehr: Wie sieht ein entwicklungsgerechter Krippenplatz aus? Also einer, der aus kinder- und jugendärztlicher Sicht nicht das Kindeswohl gefährdet, wie nicht wenige Horte in diesem Land durch viel zu knappe Betreuungsschlüssel und starke Fluktuation des Personals es

tun. Wie sieht eine entwicklungsgerechte Kindertagesstätte aus? Also eine KiTa, die verhindert, dass Kinder das Sprechen später bei der Logopädin erlernen müssen, anstatt in der Kindergruppe. Wie sieht eine entwicklungsgerechte Schule aus? Erst wenn diese Fragen wieder mitten aus der Kinderheilkunde gestellt werden, von Kinder- und Jugendärzten, die Kinder tagtäglich auf ihrem Entwicklungsweg begleiten, kann ein umfassender, auf die Lebenswelten der Kinder bezogener präventiver Ansatz gelingen.

Kontakt: www.kinder-verstehen.de

Literatur beim Verfasser

Dr. med. Herbert Renz-Polster
Kinder- und Jugendarzt

assoziiertes Wissenschaftler am Mannheimer Institut für Public Health der Universität Heidelberg. Autor des Elternratgebers „Gesundheit für Kinder“ sowie von „Kinder verstehen. Born to be wild: Wie die Evolution unsere Kinder prägt“.

Red.: ge

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

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

Die Themen im Einzelnen:

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

trag, Arbeitsverträge, Kooperationsverträge)

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

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

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

Stephan Eßer
Hauptgeschäftsführer des BVKJ

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

Ich plane die Niederlassung

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

An BVKJ
per Telefax (02 21) 68 32 04

Name

Anschrift

Datum, Unterschrift

(Tel. u. Fax)

Neue und alte Vorsorge mit einheitlicher Struktur, ein Praxisbeispiel

Einigkeit besteht darin, dass die Inhalte der kurz nach der Mitte des letzten Jahrhunderts konzipierten Früherkennungsuntersuchungen (auch kurz U's und fälschlich „Vorsorge“ genannt) dem heutigen Stand der Wissenschaft und der Leistungsfähigkeit der ambulanten Pädiatrie nicht entsprechen.

Der BVKJ hat Jahrzehnte lang alle sich bietenden Gelegenheiten genutzt, um diesen Missstand zu ändern. Die niedergelassenen Pädiater haben sich ihre Inhalte der U's selbst zusammengestellt, teils am Rande der honorarrechtlichen Grundlagen der Richtlinien zur Früherkennung (z.B. Entwicklungsdiagnostik, Sprachdiagnostik neben den U's).

Dann kam der Durchbruch in Form der Einzelverträge nach § 73 c SGB V, insbesondere der GEK-Vertrag in 2007. Die Forderung des BVKJ nach mehr U's, jetzt aber schon mit einem Teil Prävention, also wirklicher Vorsorge, wurde, wenn auch nicht flächendeckend, erfüllt. Die Freude währte nur kurz. Auf massiven Druck aus dem BMFSFJ und dem BMG wurde durch den G-BA eine U7a konzipiert. Die Inhalte dieser U7a-KBV entsprachen nicht den Vorstellungen des BVKJ. Die Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen im Unterausschuss des G-BA haben der Ergänzung des Früherkennungsprogramms nur zustimmen wollen, wenn die Untersuchung inhaltlich und qualitativ in das Schema der übrigen Früherkennungsuntersuchungen eingepasst würde, damit sie von jedem Arzt auch ohne spezielle pädiatrische Qualifikation in der hausärztlichen Versorgung zu erbringen ist. Negiert wurden aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse, die Zustimmung des IQWiG wurde überhaupt nicht diskutiert: Im Ergebnis lag eine Krankheitsfrüherkennungsuntersuchung vor, die wie die alten U's nur den Ansprüchen der Mitte des letzten Jahrhunderts entspricht. Allein die Anamnesefragen der neuen U7a-KBV zur Sprachentwicklung sind hinsichtlich PISA und früher Hilfen beim Spracherwerb blanker Hohn.

Da klafft nun eine große Lücke zwischen den Anforderungen zwischen der U7a-KBV und der Version zur U7a des BVKJ. Zudem ist die BVKJ-Version aufgrund der Fortschritte im Bereich der Sprachentwicklungsdiagnostik bereits wieder zu überarbeiten. Die Ansprüche an die Sprachentwicklungsdiagnostik im Rahmen der U7a, die im Grünen Heft des BVKJ formuliert sind (siehe Tab. 1), sind mit den fünf Fragen im Katalog zur Entwicklung nicht zu erfüllen.

Die Inhalte der U7a-KBV haben wir in unserer Praxis nun zu einer Vollversion ergänzt (U7a-KBV plus ergänzender Teile der BVKJ-Version plus Sprachentwicklungs-

diagnostik), um für uns eine zeitgemäße Version der U7a zu definieren.

Es gibt demnach ein Modul U7a-KBV, ein Modul Entwicklungsdiagnostik und Erkennung von Sozialisations- und Verhaltensstörungen (im weiteren Modul BVKJ) und ein Modul Sprache. Jedes Modul hat eigene Inhalte und eine eigene Finanzierung: Modul U7a-KBV über KV-Abrechnung, Modul BVKJ als IGeL oder über GiV (GEK - BEK), Modul Sprache über IGeL.

Dennoch sollte die Dokumentation aller U's – der Basisversion und der beiden Ergänzungen – in einem gemeinsamen Formular erfolgen. Somit war die Dokumentation für unsere Praxis weder im Gelben noch im Grünen Heft des BVKJ eine Lösung. Das Formular sollte den Ablauf einer Vorsorge in der Praxis strukturieren und die Aufgaben der MFAs von denen der Ärzte /innen sicher und übersichtlich abgrenzen, Tab. 2 zeigt dies anhand der Aufgaben der Praxisassistentin.

Die Zusatzabrechnung (BEK-GEK) oder die IGeL befinden sich überwiegend auf der 2. Seite eines doppelseitig bedruckten DIN A4-Bogens. Sofern die Eltern die Ergänzungen nicht wünschen, wird die untere Hälfte des Formulars (mit Sprachtest und Entwicklungsdiagnostik) abgetrennt und ist für den weiteren Verlauf der Untersuchung nicht mehr vorhanden.

Diese Strukturierung der U7a hat in unserer Gemeinschaftspraxis zu mehr Übersichtlichkeit geführt. Wir waren überrascht, wie viele Eltern bereit waren, die Kosten für die Ergänzungen der U7a-KBV als IGeL zu bezahlen. In Tab. 2 fällt auf, dass der MEF entgegen den Vorgaben im Rahmen der U7a-KBV mit durchgeführt wird. Dies vereinfacht die Gespräche und führt nicht selten zu Themen der psychosomatischen Grundversorgung.

Die Struktur der Vollversion der U7a haben wir auch auf die U10 und U11 übertragen. Die sehr gute Akzeptanz unserer Patienteltern der U7a Vollversion mit Zuzahlung führte dazu, dass wir auch die U8 und die U9 nach demselben Modell umgewandelt haben. Bei der U10 und U11 sowie bei U8 und U9 haben wir soweit möglich mit denselben Modulen, teils in abgewandelter



Dr. med.
Uwe Büsching

Zitat aus dem Vorsorgeheft des BVKJ:

Bei der U7a mit ca. 3 Jahren geht es vor allem um folgende Schwerpunkte:

Erkennen und Behandlungseinleitung von:

- allergischen Erkrankungen
- Sozialisations- und Verhaltensstörungen
- Übergewicht
- Sprachentwicklungsstörungen
- Zahn-, Mund- und Kieferanomalien

Tab. 1

Aufgaben der Praxisassistentin

Geburtsdatum _____ Geschlecht m / w Alter: (Jahr) _____ (Monat) _____

Titmusfliege Test: verw. / path. / o.B. Körpergewicht g > 90. Perz. < 3. Perz.

Lang Sehtest: verw. / path. / o.B. Körperlänge cm > 90. Perz. < 3. Perz.

Urinbefund: verw. / path. / o.B. BMI > 90. Perz. < 3. Perz.

Kopfumfang cm > 90. Perz. < 3. Perz.

Überprüfung Impfstatus vollständig zu impfen _____ fehlende Impf. ins Buch eintragen (Bleistift)

Ernährung: / Trinken: Kariesprophylaxe: ja / nein (Fluorsalz?)

MEF bearb. lassen

Nur bei Zuzahlung!

Liquidation untersch. (BEK-GEK: Vertrag untersch. / U7a Kiste / Blatt 3 bearbeiten / SET durchführen

Fragen der Praxisassistentin

Geschwisteranzahl _____ Betreuung Kiga / Kita ja Betreuung Tagesmutter ja

Bisherige Heilmittelverordnung ja , wenn ja, welche: _____

Tab. 2

Form, die Formulare zur Dokumentation konzipiert. Bei der U7a, U8 und U9 verwenden wir zunächst den SSV; verweigern die Kinder bei der U7a die Mitwirkung geben wir den Eltern den SBE-2-KT zum Ausfüllen.

Am Ende ergeben alle Formulare (Dokumentation der U's, MEF, Sprachtestdokumentation (SSV, SBE, ELFRA), Vorgaben zum Malen) einen gut gefüllten DIN A4-Ordner.

Die Einheitlichkeit der Dokumentationsbögen mit deutlich mehr Möglichkeiten der Verfahrensanweisungen an die MFAs aber auch an die Ärzte/innen hat zu einer Verbesserung der Qualität der U's bei gleichzeitiger Förderung der Routine geführt.

Dr. med. Uwe Büsching
Beckhausstraße 171, 33611 Bielefeld
buesching-kuehn@gmx.de

Red.: ge



bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Ergebnis

Nachwahl im Landesverband Berlin des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. für die Legislaturperiode 2010–2012

1. stellv. Landesverbandsvorsitzende
und 2. Delegierte:

Dr. Sigrid Peter, Berlin

2. stellv. Landesverbandsvorsitzender
und 3. Delegierter:

Dr. Burkhard Ruppert, Berlin

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



Pflicht zur höchstpersönlichen Leistungserbringung?

Von Manfred Andreas, Karlsruhe
– Referiert aus „*arztrecht*“* Heft 7/2009

Mit dem Urteil vom 20.12.2007 hat erstmals der Bundesgerichtshof zur persönlichen Leistungserbringung im Wahlarztbereich Stellung genommen. Ausgehend von diesem Urteil äußert sich der Verfasser zur persönlichen Leistungserbringung auch in den Bereichen Privatambulanz und KV-Ermächtigungsambulanz.

Der Patient kauft sich mit der Wahlarztabrede die Person des Wahlarztes hinzu. Daraus wird abgeleitet, dass eine „**grundsätzliche Pflicht des Wahlarztes zur persönlichen Behandlung**“ besteht. Da eine grundsätzliche und nicht absolute Pflicht formuliert ist, besteht damit **eine Regel, die Ausnahmen zulässt** und von der im Einzelfall abgewichen werden kann. Auch wird anders als bei der Eheschließung, die ein höchstpersönliches Rechtsgeschäft darstellt, für die Behandlung durch den Wahlarzt nur die persönliche Leistungserbringung gefordert. Es ist damit unrichtig, wenn die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung in ihrer Stellungnahme zur persönlichen Leistungserbringung die Auffassungen vertreten, dass der Wahlarzt dem Patienten aus dem Wahlarztvertrag seine höchstpersönliche Leistung schulde. **Jedoch muss der Wahlarzt die seine Disziplin prägende Kernleistung persönlich und eigenhändig erbringen.** Im Bereich der nicht-operativen Medizin gehören zur Kernleistung die persönliche Untersuchung sowie die Festlegung von Diagnostik und Therapie, einschließlich der Beurteilung diagnostisch ermittelter Daten. **Einfache ärztliche und sonstige medizinische Verrichtungen darf der Wahlarzt delegieren.** Der Wahlarzt muss dabei jedoch für die Leitung und Be-

aufsichtigung der eingeschalteten nachgeordneten Mitarbeiter jederzeit für die Durchsetzung und Einhaltung seines Behandlungskonzeptes sorgen. Er hat persönlich das Therapieprogramm zu entwickeln und während des gesamten Behandlungszeitraumes den Behandlungsforgang selbstständig zu überwachen.

Da der Wahlarzt seine Leistung nur grundsätzlich persönlich erbringen muss, **ist eine Stellvertretung nicht von vornherein ausgeschlossen.** Ist der Chefarzt an der persönlichen Leistungserbringung der Kernleistung verhindert, darf er deren Ausführung auf einen Stellvertreter übertragen, **sofern er mit dem Patienten eine entsprechende Vereinbarung wirksam getroffen hat**, in der ein ständiger ärztlicher Vertreter des Wahlarztes benannt ist. In der Regel wird sich dies auf eine Person beziehen, dabei ist es allerdings möglich, dass je nach der Station, auf welcher der Patient untergebracht ist, ein anderer ständiger Vertreter zuständig ist oder dass die ständigen Vertreter nach gewissen Subdisziplinen benannt werden. Soll ein anderer als der ständige ärztliche Vertreter die Wahlleistung erbringen, bedarf es dazu einer Individualvereinbarung.

Die Möglichkeit, den ständigen ärztlichen Vertreter tätig werden zu lassen, besteht nur bei unvorhergesehener Abwesenheit des Chefarztes. Das heißt, die Verhinderung stand zum Zeitpunkt des Abschlusses der Wahlleistungsvereinbarung noch nicht fest. Dies trifft bei Krankheit, Unfall des Wahlarztes, bei Verzögerung aufgrund eines Verkehrsstaus oder schlechter Witterungsverhältnisse, aber auch bei nachträglich eingereichtem Urlaub zu.

Für den Fall vorhersehbarer Verhinderung, zum Beispiel bei einem geplanten Urlaub, **genügt eine Vertreterklausel in der Wahlleistungsvereinbarung nicht.** Vielmehr muss in einem solchen Fall die Stellvertretung individuell zwischen Wahlarzt und Patient vereinbart werden. In dieser sogenannten Individualvereinbarung muss dem Patienten angeboten werden, dass anstelle des Wahlarztes ein bestimmter Vertreter zu den vereinbarten Bedingungen tätig wird oder dass er auf die wahlärztlichen Leistungen verzichtet und sich ohne Zuzahlung von dem jeweils diensthabenden Arzt behandeln lässt bzw., wenn aus medizinischer Sicht möglich, die Behandlung verschoben wird. **Eine solche Individualvereinbarung muss schriftlich getroffen** und vom Wahlarzt bzw. dessen jeweiligen Vertreter und dem Patienten unterschrieben werden.

Ist der Patient aus medizinischen oder sonstigen Gründen gehindert, die Individualvereinbarung und / oder die Wahlleistungsvereinbarung zu unterschreiben, sollte ein beliebiger, gegebenenfalls vollmachtloser Vertreter (z. B. ein Mitarbeiter des Krankenhauses) die Willenserklärung für den Patienten abgeben und unterschreiben. Der Patient hat unverzüglich seine Unterschrift nachzuholen, sobald er dazu in der Lage ist.

Der Chefarzt darf nur solche Leistungen des Vertreters als eigene Wahlleistungen abrechnen, die er als Chefarzt auch selbst hätte erbringen können. Fehlt dem Chefarzt beispielsweise eine Qualifikation, die nur der Vertreter hat, so dass nur der Vertreter die Leistung ordnungsgemäß erbringen kann, kommt eine Liquidation des Chef-



Prof. Hans-Jürgen
Nentwich

arztes in Form einer Stellvertreterleistung nicht in Betracht.

Geht der Wunsch vom Patienten aus, sich trotz Anwesenheit des Chefarztes zum Beispiel **von einem Oberarzt behandeln zu lassen (Anwesenheitsvertretung)**, erfordert dies auch eine Individualvereinbarung in Schriftform. In dieser Vereinbarung sollte auch zum Ausdruck kommen, dass die Verfahrensweise auf Wunsch des Patienten erfolgt.

Das Thema zur persönlichen Leistungserbringung bezieht sich im ambulanten Bereich auf Tätigkeiten in der Privatambulanz, in der Ermächtigungsambulanz und bei ambulanten Institutsleistungen.

In der Privatambulanz hat der Chefarzt die Kernleistung persönlich zu erbringen. Allerdings unterliegt die ambulante Behandlung nicht der Schriftformerfordernis. Eine **Ausnahme davon stellt die Behandlung in der privaten Notfallambulanz** dar. Hier kann eine „Rund-um-die-Uhr-Bereitschaft“ des Chefarztes nicht gefordert wer-

den. Deswegen kann der Chefarzt liquidieren, auch wenn in seiner Abwesenheit nur der diensthabende nachgeordnete Krankenhausarzt tätig wurde. Jedoch muss der Chefarzt, wenn er wieder anwesend ist, prüfen, ob der selbstzahlende Patient ordnungsgemäß versorgt wurde.

In der Ermächtigungsambulanz muss der Chefarzt die für die Abrechnung relevanten Inhalte persönlich erbringen. Als **obligaten Leistungsinhalt wird der „persönliche Arzt-Patienten-Kontakt“** gefordert. Der ermächtigte Krankenhausarzt ist anders als der niedergelassene Vertragsarzt nicht berechtigt, in seiner Ambulanz Assistenzärzte zu beschäftigen.

Bei der **Erbringung ambulanter Institutsleistungen muss unterschieden werden**, ob der Chefarzt diese Leistung als **Nebentätigkeitsaufgabe** erbringt oder im Chefarztdienstvertrag die Erbringung **als Dienstaufgabe** festgelegt ist. Im ersten Fall ist der Chefarzt zur persönlichen Leistungserbringung ver-

pflichtet, während er bei Festlegung als Dienstaufgabe die Leistungserbringung auf entsprechend ausgebildete Ärzte seiner Abteilung delegieren kann.

Verstöße gegen das Gebot der persönlichen Leistungserbringung können zu erheblichen Sanktionen führen. Dazu gehören nicht nur die Honorarrückforderungen, sondern auch der Regress für verordnete Arzneimittel. Darüber hinaus muss der ermächtigte Arzt ein Disziplinarverfahren der Kassenärztlichen Vereinigung und ein berufsgerichtliches Verfahren bei der Ärztekammer befürchten. Verstöße gegen das Gebot der persönlichen Leistungserbringung können zur Entziehung der Ermächtigung führen.

* Mit freundlicher Genehmigung des Verlags für „arztrecht“

Prof. Hans-Jürgen Nentwich
Friedrich-Staude-Str. 2
08060 Zwickau

Red.:ge



bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Wahlaufruf für den Landesverband Thüringen

Termingerecht findet vom **10.05.2010 bis 31.05.2010** die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Beisitzer, des Schatzmeisters sowie der zusätzlichen Delegierten und Ersatzdelegierten statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum **31.05.2010** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Dr. med. Andreas Lemmer, Erfurt
Landesverbandsvorsitzender



Der Bildband „Gesundheit First Class in Deutschland“ bietet in luxuriöser Ausstattung ein einzigartiges Panorama der Kur- und Wellness-Angebote in Deutschland. Er versammelt die wichtigsten, schönsten, exklusivsten Adressen, gegliedert nach Regionen. Ausgewählte Hotels, die das ganz Besondere bieten, sind hier ebenso zu finden wie renommierte Kliniken in den traditionsreichen Kur- und Badeorten. Das Autorenteam vom Redaktionsbüro Lück, München, hat Wert auf das Exklusive gelegt und jene Wellness-, Fitness- und Freizeitangebote dokumentiert, die einen Kur- und Wellness-Aufenthalt zu einem unvergesslichen Erlebnis machen. Umfassend wird der Leser über Kontaktadressen, Internet-Anschriften, Service, Preise u.v.m. informiert. Sport- und Freizeit-Tipps von Nordic Walking über Bergsteigen bis Drachenfliegen runden das Angebot dieses ebenso nützlichen wie ästhetischen Bildbandes ab.

208 Kunstdruckseiten, durchgehend farbige Abbildungen, Großformat 23 x 26,5 cm, Kunstledereinband mit Goldprägung, ISBN 978-3-7950-7047-2 · **Erhältlich im örtlichen Buchhandel oder direkt beim Verlag. € 28,20**

SCHMIDT ROMHILD DEUTSCHLANDS
ÄLTESTES VERLAGS-
UND DRUCKHAUS
SEIT 1579

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

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

Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie gegründet

Am 5.3.2010 trafen sich in Weimar im Rahmen des 16. Kongresses für Jugendmedizin engagierte Kinder- und JugendärztInnen, um die Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie (DGAAP) zu gründen.

Seit langem sind ambulant tätige Kinder- und Jugendärzte in Deutschland und in der EU der Überzeugung, dass sich die Ambulante Allgemeine Pädiatrie (AAP) zu einer eigenständigen Fachdisziplin entwickelt hat. Dies erfordert eine Definition des Fachgebietes, um das besondere Spektrum und die notwendigen Kompetenzen (Kenntnisse, Fertigkeiten und Haltung) der ambulanten allgemeinen Pädiatrie in Wissenschaft, Forschung sowie Lehre- und Weiterbildung darzustellen.

Ein Positionspapier mit einer vorläufigen Definition des Fachgebietes Ambu-

lante Allgemeine Pädiatrie finden Sie unten stehend.

Die DGAAP wird darauf hinwirken, dass die große Bedeutung der ambulanten allgemeinen Pädiatrie wissenschaftlich gewürdigt und an den Hochschulen in der Lehre vertreten wird. Der Versorgungsbedarf der akut und chronisch kranken Kinder und Jugendlichen, die über 90 Prozent der pädiatrischen Arzt/Patientenkontakte im Bereich der allgemeinen Grundversorgung ausmachen, die Präventionsaufgaben und die im letzten Jahrzehnt fast sprunghaft gestiegenen sozialmedizinischen Aufgaben gilt es, wissenschaftlich zu hinterfragen und zu erforschen. Nur so können die ambulant tätigen Kinder- und Jugendärzte eine bestmögliche Versorgung im Sinne der „good clinical practice“ gewährleisten. Da das Fach bisher keine ei-

gene wissenschaftliche Interessenvertretung hatte, wurde die wissenschaftliche Welt der Pädiatrie ausschließlich von klinischen Fragestellungen und der Grundlagenforschung geprägt. Das gilt es zu ändern.

Es ist nicht die Absicht der DGAAP, einer weiteren Zersplitterung der Pädiatrie Vorschub zu leisten. Die Mitglieder der neuen Gesellschaft sind überzeugte Mitglieder der pädiatrischen Gemeinschaft. Sie sehen sich als Vertreter der in ihren Augen unverzichtbaren primären pädiatrischen Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Deutschland und freuen sich, wenn sich weitere Kollegen den Zielen der DGAAP anschließen.

Dr. med. Elke Jäger-Roman
Köhlerstr. 23, 12205 Berlin
E-Mail: jaeger-roman@snafu.de

Red.: ge

Positionspapier zum Selbstverständnis der Ambulanten Allgemeinen Pädiatrie

Präambel

Die Ambulante Allgemeine Pädiatrie (AAP) ist eine eigenständige Fachdisziplin, die in Wissenschaft, Forschung und Lehre ein besonderes Spektrum der Pädiatrie vertritt. Weiter- und Fortbildung orientieren sich an den für die ambulante pädiatrische Praxis notwendigen Kompetenzen (Kenntnissen, Fertigkeiten, ärztliche Haltung). AAP fokussiert sich auf die Gesundheit und das Wohlergehen von Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern, Schulkindern und Jugendlichen im Kontext ihrer Familien, ihrer Kultur, dem sozialen und pädagogischen Umfeld und den gesellschaftlichen Gegebenheiten. Das Kind und der Jugendliche mit seinen Rechten steht grundsätzlich im Mittelpunkt der Betrachtungen. Zum Aufgabenspektrum der AAP gehören Gesundheitserziehung, primäre, sekundäre und tertiäre Prävention, die Behandlung von akut und chronisch kranken und behinderten Kindern, von Kindern mit Wachstums-, Entwicklungs-, somatischen und psychosozialen Störungen und die Beratung von Eltern und Bezugspersonen.

Die Arbeit der ambulant tätigen Kinder- und Jugendärzte in der allgemeinen pädiatrischen Praxis

1. KJÄ sind in der Regel die ersten Ansprechpartner für Kinder und ihre Familien bei allen medizinischen und psychosozialen Pro-

blemen und Fragen zu Wachstum und Entwicklung.

2. KJÄ versorgen Kinder kontinuierlich von der Geburt bis zu ihrer somatischen Reife und dem Übergang in die Erwachsenenmedizin.

3. KJÄ sind Lotsen im Gesundheits- und Sozialsystem. Sie erstreben die bestmögliche Versorgung der Kinder und Jugendlichen an, indem sie

a) mit ärztlichen Kolleginnen und Kollegen anderer Fachdisziplinen kooperieren, die auf ihrem Gebiet eine besondere pädiatrische Kompetenz erworben haben

b) mit pädiatrischen Subspezialisten und Spezialeinrichtungen zusammenarbeiten, die chronisch kranke und behinderte Kinder und Jugendliche multiprofessionell versorgen und

c) auf kommunaler Ebene in Netzwerken mit Behörden und Institutionen zusammenarbeiten, die Förder- und Hilfsangebote für Kinder und Jugendliche und Familien vorhalten.

4. KJÄ sind Anwälte der Kinder und Jugendlichen auf allen gesellschaftlichen Ebenen. Sie sind frühe und empfindliche Monitore gesellschaftlicher Fehlentwicklungen, die die Gesundheit und Entwicklungschancen von Kindern und Jugendlichen negativ beeinflussen.

5. KJÄ arbeiten primär kindzentriert. Dazu gehört eine effektive und altersgerechte Kommunikation mit Kindern und Jugend-

lichen aller Altersstufen unter Einbeziehung ihrer Familien in ihrem jeweiligen kulturellen und sozialen Kontext und ihrer Erzieher/Lehrer und anderer Bezugspersonen.

6. KJÄ berücksichtigen bei allen differentialdiagnostischen und therapeutischen Entscheidungen die für die kindliche Entwicklung charakteristischen Wachstums- und Reifungsschritte, die je nach Alter unterschiedliche somatische und psychosoziale Auswirkungen haben. Hierbei tragen sie der großen Variationsbreite des Normalen Rechnung.

7. KJÄ beziehen bei allen therapeutischen und präventiven Maßnahmen Überlegungen mit ein, um die nachhaltigen Auswirkungen dieser Maßnahmen auf eine stabile gesundheitliche Entwicklung und die künftigen sozialen Chancen der Kinder und Jugendlichen zu berücksichtigen.

8. KJÄ arbeiten in kindgerechter Umgebung und mit kindgerechtem Instrumentarium. Sie versorgen ihre Patienten entsprechend dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis unter Ausschöpfung aller speziellen analytischen und technischen Möglichkeiten. Sie bewahren ihre Patienten vor unnötigen diagnostischen und therapeutischen Belastungen und vermeiden möglichst Angst und Schmerz auslösende Maßnahmen.

Dr. Elke Jäger-Roman Dr. Ulrich Fegeler
Dr. Wolfgang Gempp

Bericht des Präsidenten über die ersten drei Monate des Jahres 2010

1. Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung – Selektivverträge

Die neue Besetzung im Bundesgesundheitsministerium will entgegen den vorher im Bundestag vertretenen Positionen die Verbürokratisierung durch Selektivverträge zumindest für die nächsten drei Jahre fortsetzen. BVKJ und BVKJ Service GmbH haben sich deshalb ganz auf dieses Vertragsgeschäft konzentriert. Mit der Übernahme des GEK-Vertrages durch die neue BARMER GEK gibt es erstmals einen bundesweiten Vertrag nach § 73 b, der wirklich hohe Einschreibquoten verspricht und damit ein ganz erhebliches zusätzliches Finanzvolumen für Kinder- und Jugendärzte bietet, auch wenn dies mit einem deutlichen bürokratischen Mehraufwand in den Praxen verbunden ist. Der BVKJ hat diese Entwicklung hin zu immer mehr Selektivverträgen nicht zu verantworten, muss aber wohl oder übel mitmachen, wenn Kinder- und Jugendärzte ein Stück von den für diese Verträge zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel bekommen wollen.

Leider sehen sich die KVen aus fadenscheinigen Gründen nicht in der Lage, diese Verträge unbürokratisch mit der Quartalsabrechnung abzurechnen, obwohl der BVKJ dies nun seit über 1 Jahr immer wieder anbietet. Dazu wäre ein entsprechender Vertragsabschluss mit der BVKJ Service GmbH nötig, das lehnen die KVen ab.

Warum muss hier die BVKJ Service GmbH Vertragspartner sein und nicht der BVKJ?

Der BVKJ hat bislang sämtliche Selektivverträge für kinder- und jugendärztliche Leistungen gemäß §§ 73b, 73c und 140a SGBV, die im Bundesgebiet mit bundesweit agierenden oder regional aufgestellten Krankenkassen für pädiatrische Leistungen bestehen, selbst abgeschlossen. Dieses „Vertragsgeschäft“ ist vereins- und steuerrechtlich problematisch, sobald hierin ein den ideellen Zweck des Berufsverbandes überschreitender wirtschaftlicher Geschäftsbetrieb in Form der Wahrnehmung von wirtschaftlichen Aufgaben für die Mitglieder gesehen wird. Dementsprechend ist angestrebt, sämtliche vom BVKJ bislang abgeschlossenen Selektivverträge auf die BVKJ Service GmbH überzuleiten. Die BVKJ Service GmbH ist eine 100 %-ige Tochtergesellschaft des BVKJ.

Der BVKJ ist als Verein an die in der Satzung festgelegten Aufgaben gebunden und darf keinen Schwerpunkt im Rahmen eines wirtschaftlichen Geschäftsbetriebs setzen, das würde sämtliche bisher gewährten Steuervergünstigen kosten. Hoffentlich begreifen dies die KVen endlich und widersetzen sich einer Vereinfachung der Verwaltung von Selektivverträgen nicht weiter.

Der BVKJ hat bundesweit mit den Schlichtern zwischen Kassen und Hausärzterverband Kontakt aufgenommen und ihnen die tatsächliche Versorgungssituation

von Kindern und Jugendlichen anhand der Abrechnungsstatistiken der KVen übermittelt. Die Schlichter sind aufgefordert, im Schlichtverfahren die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen und die Kassen und den HÄV zu verpflichten, nur Verträge ab dem vollendeten 18. Lebensjahr abzuschließen. Für die Altersgruppe bis 18 bietet sich die BVKJ Service GmbH als Vertragspartner an. Bekanntlich hat der Gesetzgeber die Kassen nur verpflichtet, mit Gruppierungen Verträge abzuschließen, die regional mehr als 50 % der Allgemeinärzte vertreten. Vertragsabschlüsse mit anderen Gruppierungen wie dem BVKJ sind freiwillig und gesetzlich nicht vorgeschrieben. Der Vorstand appelliert an seine Mitglieder, sich solidarisch zu verhalten und nicht auf scheinbar verlockende Angebote von HÄV und MEDI hereinzufallen. Der BVKJ legt großen Wert auf Qualität in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen, dazu bedarf es einer Mindestqualifikation, einer Mindestausstattung der Praxis und eines Leistungsangebots, das den Erfordernissen einer bestmöglichen gesundheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen entspricht.

2. Zusatzweiterbildung „Spezielle Sozialpädiatrie“

Anfang Februar hat sich der BVKJ nach heftigen Diskussionen in den verschiedensten Gremien mit den Schwestergesellschaften in der DAKJ darauf geeinigt, den bereits seit 2003 auf Eis liegenden Antrag zur Einführung einer Zusatzweiterbildung „Spezielle Sozialpädiatrie“ auf dem Deutschen Ärztetag im Mai in Dresden einzubringen.

Es geht hier um Folgendes: „Die Zusatzweiterbildung Spezielle Sozialpädiatrie umfasst in Ergänzung der sozialpädiatrischen Facharztkompetenz in Kinder- und Jugendmedizin die weitergehende Diagnostik und Therapie von komplexen somatischen, psychischen und sozialen Folgen und Begleiterscheinungen von Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen im multiprofessionellen Team unter Zuhilfenahme der „Mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik der Sozialpädiatrie“ (MBS), die zu entsprechend komplexen Entwicklungs- und Verhaltensstörungen oder Behinderungen führen.“

Damit ist eindeutig klargestellt, dass die sozialpädiatrischen Kompetenzen Bestandteil der normalen Kinder- und Jugendmedizin sind und die spezielle Sozialpädiatrie nur die Leistungen umfasst, die im Rahmen eines multiprofessionellen Teams in SPZ erbracht werden.

3. Engpässe bei der Lieferung von Impfstoffen

Anfang Februar hat es in der Öffentlichkeit ganz erhebliche Turbulenzen um den Lieferengpass von insge-



Dr. med. Wolfram Hartmann

samt 7 Impfstoffen der Fa. GSK gegeben. In Rundschreiben vom 15. Januar und 25. Januar an alle Kinder- und Jugendärzte hat GSK als Ursache für diesen Lieferengpass eine Prozessumstellung der Sicherheits- und Qualitätskontrollen sowie die erhöhte Auslastung der Kapazitäten durch die Produktion, Freigabe und Abfüllung des Pandemie-Impfstoffs Pandemrix® angegeben. Der BVKJ hat öffentlich gefordert, dass in Zukunft sichergestellt sein muss, dass die genau kalkulierbare Menge an Impfstoffen für Kinder, die ja aufgrund einer weitgehend stabilen Geburtenrate und den Empfehlungen der STIKO leicht zu errechnen ist, grundsätzlich zumindest für einige Monate vorrätig sein muss, im Zweifel auch durch eine staatliche Vorratshaltung wie bei Tamiflu®, Pockenimpfstoff, Benzin und Öl sowie Lebensmitteln.

4. Kennzeichnung von Lebensmitteln

Zusammen mit der NGO FoodWatch und anderen pädiatrischen Verbänden in Europa setzt sich der BVKJ gegenüber der EU für das in Großbritannien bewährte Ampelsystem ein. (Siehe auch Beitrag S. Eßer im KJA 2010, Heft 3 S.182) Die bisherige Lebensmittelkennzeichnung in den meisten europäischen Staaten ist so kompliziert und klein gedruckt, dass viele Verbraucher durch diese Angaben eher verwirrt als sachgerecht informiert werden. Insbesondere der hohe Gehalt an Zucker und Fett in vielen Nahrungsmitteln, die Kinder gern essen und trinken, ist mitverantwortlich für das zunehmende massive Übergewicht vieler Kinder und insbesondere Jugendlicher. Übergewicht haben besonders viele Kinder aus sozial benachteiligten und bildungsfernen Familien, häufig auch Kinder mit Migrationshintergrund. Gerade für diese Kinder und ihre Eltern ist ein „kinderleichtes“ Kennzeichnungssystem wichtig. Die großen Lebensmittelkonzerne sollten ihre Verantwortung für die Gesundheit unserer Kinder ernst nehmen und das leicht verständliche Ampel-System einführen statt umständlicher Kalorientabellen, die als ergänzende Information für die Verbraucher natürlich Standard auf allen Lebensmitteln sein sollten.

5. Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu Hartz IV

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes zu den Hartz-IV-Regelsätzen vom Februar dieses Jahres bewertet der BVKJ positiv und fordert die Politik auf, auf der Grundlage dieses Urteils sinnvolle neue Regelungen für mehr Chancengleichheit sozial benachteiligter Kinder aufzustellen. Eine gute finanzielle Ausstattung von Kin-

dern, die in Hartz-IV-Familien leben, ist dabei unverzichtbar. Alle Grundbedürfnisse von Kindern müssen auch mit Hartz IV-Sätzen gedeckt werden können. Mit mehr Geld allein ist es aber nicht getan. Vielmehr geht es nun darum, sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen, Bildung und gesellschaftliche Teilhabe von Anfang an zu ermöglichen. Die Politik muss dafür sorgen, dass sie den gesamten Bereich der frühen Förderung ausbaut und qualitativ verbessert, um die Chancen aller Kinder auf einen guten Schulabschluss und damit auf eine gute Sozialprognose zu gewährleisten.

Dazu ist es insbesondere nötig, das vorschulische Betreuungssystem massiv auszubauen und qualitativ erheblich zu verbessern. Die medizinischen Hilfemöglichkeiten wie Logopädie, Ergotherapie oder Krankengymnastik sind nicht geeignet, frühkindliche Förderdefizite von Kindern aus Familien mit mangelhafter Entwicklungsanregung ausgleichen, sie kommen nur bei Defiziten in Frage, die eine Erkrankung bzw. Entwicklungsstörung als Ursache haben. Die Förderung muss – wo Eltern sie nicht leisten können – in pädagogischen Einrichtungen stattfinden. Soziale Einrichtungen wie Krippen und KiTas mit ausreichender Platzzahl müssen insbesondere in den sozial problematischen Vierteln vorhanden sein und qualitativ auf höchstem Förderstandard stehen. Diese Einrichtungen müssen für alle Kinder kostenfrei sein und einen wesentlich besseren Betreuungsschlüssel haben als bisher. Darüber hinaus wünscht der BVKJ besondere Förderung wie etwa Nachhilfe für Kinder im schulischen Bereich und natürlich kostenlose KiTa- und Schul-Mahlzeiten. Nur so lassen sich die Zukunftschancen für alle Kinder verbessern. Unsere Gesellschaft kann es sich einfach nicht leisten, dass fast 1/5 unserer Kinder unzureichend gefördert und damit aller Teilhabe an der Gesellschaft und einem eigenverantwortlichen Leben beraubt wird.

Die Termindichte vieler unserer Funktionsträger ist immens. Wir freuen uns über jeden, der engagiert an der Zukunftssicherung der Kinder- und Jugendmedizin mitarbeitet.

6. Runder Tisch zum sexuellen Missbrauch von Kindern und Jugendlichen

Der BVKJ ist als Sachverständiger zur Teilnahme am Runden Tisch am 23. April 2010 im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eingeladen und wird dort durch seinen Präsidenten vertreten.

Wolfram Hartmann

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

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

(02 21) 6 89 09 21.

Das Klistier

Ein kulturgeschichtlicher Rückblick

*Aux grands maux
les grand remèdes.*

Dessin de H. GERBAULT

LES PROVERBES (2^e Série)

Édité par DERICQLES & C^{ie}

© akg-images

Klistiere gibt es seit Menschengedenken. Sie finden sich bei allen Völkern und Stämmen der Erde. Die alten Ägypter hielten den Ibis, den schwarzen Storch, für seinen Erfinder. Sie glaubten, dass er seinen langen mit Wasser gefüllten Schnabel in den After einführt, um sich selbst zu purgieren. Ein Irrglaube: Er wollte nur, wie alle Wasservögel, mit dem ausgedrückten Sekret seiner Steißdrüse das Gefieder einfetten.

PLINIUS d.Ä. (23–79 n.Ch.) erwähnt Klistiere in seiner NATURGESCHICHTE, und im Verlauf der Jahrhunderte werden sie in vielen Büchern, Enzyklopädien und Schriften beschrieben, die sich mit Volksmedizin oder den Sitten der Naturvölker beschäftigen.

Die traditionelle Medizin Schwarzafrikas kennt noch Vorformen unserer Klistierbirne als ausgehöhlte Frucht eines Flaschenkürbis. Der ausgezogene holzige Stiel wird durchbohrt, eingeführt und gegenüber durch ein kreisrund ausgeschnittenes Loch die Heilflüssigkeit eingefüllt. Das Einblasen mit dem

Mund erzeugt den erforderlichen Druck. – Bei Kleinkindern und Säuglingen bläst die Mutter oder der Mediziner die Lösung durch ein Schilfrohr oder ein ausgehöhltes Bambusröhrchen in den After.

Ob es in unseren Breiten BLASROHRKLISTERE schon im Mittelalter gibt, ist nicht gesichert. Im 17. Jh. kommen zu diesem Zweck an der Spitze abgeschnittene lederne Messerfuttrale auf und von den Indianern übernommene TABAKRAUCHKLISTERE. Anwendung finden sie bei Wurmbefall, Wiederbelebung Ertrinkender und als ultima ratio bei Scheintoten. Die

einfachste Methode besteht im Aufeinanderbinden zweier brennender Pfeifenköpfe. Das eine Mundstück kommt in den Enddarm, über das andere bläst man den Rauch ein. Verbesserte Modelle sind mit einem Blasebalg gekoppelt.

GIESS- und TRICHTERKLISTERE gegen Verstopfung kennt wohl schon das Altertum, auch als NÄHRKLISTER, wenn orale Ernährung nicht möglich ist: Getreideschleim, Brühen, Eidotter, Milch, Wein werden mit Hilfe der Schwerkraft im wahrsten Sinne des Wortes eingetrichtert (Abb. 2). Diese Art kommt dem am nächsten, was man



Dr. med.
Olaf Ganssen

Abb. 1: „Der Vogel Ibis als Arzt“ – Karikatur zur Klistierwütigkeit französischer Ärzte noch zu Beginn des 19. Jahrhunderts



im Deutschen unter »Einlauf« versteht. Der Irrigator (ein zylindrisches Gefäß mit Maßeinteilung und Schlauchansatz am tiefsten Punkt) gehörte noch zur Standardausrüstung der Badezimmer unserer Großeltern.

Im Mittelalter überwiegen DRUCKKLISTIERTER: An der Rektalkanüle aus Holz, Knochen oder Elfenbein werden ein Stück Darm, später Kalbs- oder Schweinsblasen befestigt. Der Inhalt kann so dosiert durch manuellen Druck in das Rektum gepresst werden.

Die im 15. Jh. aufkommende KOLBENSPRITZE aus Metall verdrängt bald alle recht unvollkommenen Vorläufermodelle. Als ihr Erfinder gilt der Italiener MARCO GATTINARA aus Pavia. – Viele Kranke haben bald den Wunsch, sich selbst zu klistieren, meist aus Schamgefühl



Abb. 2: Spätmittelalterlicher Holzschnitt

oder um von einem Behandler unabhängig zu sein. Dafür ist ein biegsames Zwischenstück erforderlich: anfangs Geflügeldarm, später ein gut gewachster Schlauch aus Leder und schließlich aus Gummi.

Die Entwicklung führt zu KLISTIERMASCHINEN, die alle auf dem Kolbenprinzip beruhen, und letztlich zu KLISTIERBÄNKEN, Geräte mit einer Pumpvorrichtung, auf denen der Patient rittlings hockt.

Was sollten Klistiere bewirken?

Wiederbelebung und Zufuhr von Nährstoffen sind schon erwähnt. Klistiert wird zur »Öffnung des Leibes« mit Süß-, Salz- und Seifenwasser; zur Linderung von Schmerzen unter Zusatz von Honig, Öl und Dekokten verschiedenster Heilpflanzen, und nicht zuletzt zur Abfuhr krank machender Stoffe. Es ist die über alle Jahrhunderte fortlebende, aus der antiken Medizin stammende Vier-Säftelehre, die auch dem Purgieren und dem Aderlass zu Grunde liegt. Kaum eine damals verfügbare Arznei, die nicht über den Darm verabreicht wird, selbst bei den abstrusesten Indikationen (Zahnen der Kinder, Epilepsie oder Krätze).

Bestärkt durch die Traditionalisten der rückständigen Pariser medizinischen Fakultät, entwickelt der französische Hof im 17. Jh. eine regelrechte Klistiersucht, die in ganz Europa Nachahmer findet. So wird Ludwig XIII. von seinen Leibärzten in nur einem Jahr 212 mal klistiert, 215 mal purgiert und 47 mal zur Ader gelassen. Unter Ludwig XIV. verkommt der Einlauf zum modischen Gesundheitsritual. Und das in aller Öffentlichkeit: Hofdamen lassen sich unter ihren weiten Röcken Klistiere setzen, die wohlriechende Essenzen und Rosenöl enthalten, was einen reinen Teint verspricht. Da man nur Katzenwäsche kennt, liegt der Nutzen wohl eher in der Übertönung der penetranten Körpergerüche. – Klistierspritzen aus Silber, Schildpatt oder Perlmutter gelten als Statussymbol. Reiche Kavaliere legen sich kostbare Sammlungen zu.

LISELOTTE von der PFALZ beklagt in ihren Briefen die Einfallslo-



Abb. 3: Französischer Kupferstich um 1780

sigkeit ihrer Ärzte und JEAN-BAPTISTE MOLIERE verspottet sie und die Apotheker in seinen Komödien, v.a. in „Der eingebildete Kranke“. Sie übernehmen gern die einträgliche Verabreichung bei ihrer Stammkundschaft.

Viele Karikaturen und Kupferstiche aus dieser Zeit halten pikante Klistierszenen fest, die unter dem Deckmantel des medizinischen Interesses auf die rückwärtigen Ansichten der Rokoko-Damen zielen (Abb. 3).

Mit dem 19. Jh. ist die große Zeit des Klistiers vorbei, nachdem es über 200 Jahre die medizinische Bühne beherrscht hat. Während das ZEDLER'sche Universal-Lexikon (Leipzig 1732–54) dem 'Clystier' noch mehrere Seiten widmete, findet man im neuesten 30-bändigen BROCKHAUS von 2006 nur sieben Zeilen zu diesem Thema.

Das Erbe haben Suppositorien und – wo notwendig – Rectiolen und Klysmen zum Einmalgebrauch angetreten. – Der Einlauf aber zur Darmreinigung (vor Entbindungen, Endoskopien und Röntgenkontrastuntersuchungen) wird weiter unentbehrlich bleiben.

Literatur beim Verfasser

Abb. 1, 2 und 3 entnommen aus „Das Klistier in der Geschichte der Medizin, Kunst und Literatur“, Verlag f. angew. Wissenschaften, Baden-Baden, 1972

Dr. med. Olaf Ganssen
Am Grünwald 38
42549 Velbert

Fortbildungstermine des BVKJ

April 2010

22.–25. April 2010

7. 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 2010

1./2. Mai 2010

Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Thüringen, Erfurt

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

5.–7. Mai 2010

Chefarzttagung – Seminar für Klinik-ärzte

des bvkj e.V., Altötting

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221 / 6 89 09 16, Fax: 0221/6 89 09 78

29. Mai 2010

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

des bvkj e.V., Worms

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

Juni 2010

25.–27. Juni 2010

Kinder- und Jugendärztetag 2010

40. Jahrestagung des bvkj e.V., Berlin

Neue Medikamente – Kenne ich mich aus? Pharmakotherapie im Kindes- und Jugendalter ①

26.–27. Juni 2010

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

in Berlin

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

Juli 2010

10. Juli 2010

Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Baden-Württemberg, Nellingen

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

August 2010

28. August 2010

Jahrestagung des LV Sachsen

des bvkj e.V., Dresden

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

September 2010

3.–4. September 2010

13. Seminartagung des LV Hessen

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

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

11.–12. September 2010

Pädiatrie zum Anfassen

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

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

11.–12. September 2010

Praxisabgabe-Seminar des BVKJ e.V.

in Friedewald (bei Bad Hersfeld)

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

25.–26. September 2010

Praxiseinführungs-Seminar des BVKJ e.V.

in Friedewald (bei Bad Hersfeld)

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

Oktober 2010

9.–13. Oktober 2010

38. Herbst-Seminar-Kongress

des bvkj e.V., Bad Orb

Funktionelle Störungen

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

November 2010

12.–13. November 2010

4. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., Berlin

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

20.–21. November 2010

8. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Bayern, Bamberg

Auskunft: Dr. H. Reininger, Prof. Dr. C. P. Bauer, Prof. Dr. K. J. Deeg, Cosimastr. 133, 81925 München, Tel. 089/4209547500, Fax 089/4209547509 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 Interface GmbH & Co. KG, Tel. 09321-9297-850, Fax 09321-9297-851

● Tagungen

Mai 2010

5. Mai 2010, Delmenhorst
**Übergewicht und Adipositas:
 Zwischen Resignation und Aktivismus**
 Info: www.gik-delmenhorst.de
- 7.–8. Mai 2010, Heidelberg
**150 Jahre Pädiatrie in Heidelberg
 Entwicklungen und Perspektiven der Kinder- und
 Jugendmedizin**
 Info: www.klinikum.uni-heidelberg.de/kinder
- 7.–8. Mai 2010, Köln
3. Pädiatrie-Update-Seminar
 Info: www.paediatrie-update.com
- 12.–15. Mai 2010, Bonn
**25. Jahrestagung der Gesellschaft für
 Gastroenterologie und Ernährung e.V.
 mit Fortbildungskurs Kindergastroenterologie**
 Info: www.gpge2010.eu
- 13.–15. Mai 2010, Saarbrücken
Das Bobath-Konzept
 Info: sekretariat@bobath-vereinigung.de
- 28.–30. Mai 2010, Erfurt
55. Ergotherapie-Kongress
 Info: www.kongress.dve.info

Juni 2010

- 11.–12. Juni 2010, Hannover
**2. Bundeskongress der Arbeitsgemeinschaft
 Kinderschutz in der Medizin**
 Info: wygold@hka.de

17.–19. Juni 2010, Saarbrücken
**36. Jahrestagung der Gesellschaft für Neonatologie
 und pädiatrische Intensivmedizin GNPI mit Ar-
 beitstreffen der niedergelassenen Neonatologen**
 Info: irisbraun@t-online.de

18.–19. Juni 2010, Leipzig
**17. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für
 Neugeborenen-Screening**
 Info: www.screening-dgns.de/jahrestagung

23.–26. Juni 2010, Gürzenich Köln
**KIT 2010 – 10. Kongress für Infektionskrankheiten
 und Tropenmedizin**
 Info: www.kit2010.de

Juli 2010

- 2.–3. Juli 2010, Wangen/Allg.
Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer
 Info: www.aabw.de
- 16.–17. Juli 2010, Wangen/Allg.
Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer
 Info: www.aabw.de
- 22.–27. Juli 2010, Landshut
**Spezialeseminar: Echokardiografie und Doppler-
 sonografie in der Neonatologie und Pädiatrischen
 Intensivmedizin**
 Info: herterich@st-marien-la.de

Oktober 2010

- 21.–23. Oktober 2010, Basel
**2. gemeinsamer Kongress Verband Europäischer
 Laktationsberaterinnen und International Lactation
 Consultant Association**
 Info: www.velb.org oder www.ilca.org

Erwiderung zu „20 Jahre Mauerfall – ein Interview mit Hanns-Ulrich Leisterer“

Kinder- und Jugendarzt 40 (2009) 776-778

Es ist lobenswert, dass sich auch unsere Zeitschrift am Gedenken an dieses epochale Ereignis beteiligt. Mit innerer Anteilnahme habe ich die klaren Ausführungen von Herrn Dr. Werner Schmidt, dem damaligen BVKJ-Präsidenten gelesen, mit dem mich die gute Erinnerung an die Gründung des Landesverbandes in Sachsen-Anhalt verbindet.

Im folgenden Interview mit Herrn Kollegen Leisterer bin ich aber schnell steckengeblieben. Natürlich sind Lebenserinnerungen eine ganz persönliche Angelegenheit und nicht diskutierbar. Noch dazu, wenn uns der Autor als ehrlicher, engagierter und subjektiv aufrichtiger Mensch entgegentritt, mit dessen Ansichten man zum Teil auch übereinstimmt. Wenn jedoch ein so ungeordnetes Konvolut von Andeutungen, Auslassungen und kryptischen Formulierungen auf den Leser hereinbricht, kann das nicht unwidersprochen bleiben.

Herr Leisterer bemüht die Bibel, nur stimmen die Zitate nicht immer. Gut wäre es gewesen, wenn man ein Literaturverzeichnis direkt angefügt hätte, dann wäre das Fehlen der Verweise 2, 3 und 9 wohl aufgefallen. Der Zusammenhang zwischen dem „Witz und dem verlorenen Brief“ ist mir verschlossen geblieben und als Nicht-Berliner hätte ich gerne erfahren, was für eine Veranstaltung die „Exekution von Berlin-Buch 1990“ gewesen ist.

Die Kinderkrippen in der DDR, die regelmäßig pädiatrisch betreut waren, habe ich als einen sehr kritikwürdigen Notbehelf bei Vollbeschäftigung der Mütter angesehen. Die aktuelle Wiederentdeckung dieser alten Einrichtung in der Diskussion um die Ganztagsbetreuung der Kinder berührt Herr Leisterer leider nicht, und er lässt seinen Standpunkt auch nicht erkennen.

Wenn die Dispensairebetreuung als „Tarnkappe für die Rationierung“ bezeichnet wird, muss Protest angemeldet werden. Diese uralte englische Erfindung halte ich für eines der besten Stücke der Pädiatrie in der DDR, weil sie für chronisch kranke Kinder optimal war. Es war eine hoch spezialisierte, qualitätskontrollierte, flächendeckende und kostengünstige Langzeitbetreuung, die bis heute unerreicht geblieben ist. Mehrere Familien aus meiner kindernephrologischen Sprechstunde, die nach dem Mauerfall mit ihren Kindern in die alten Bundesländer verzogen sind, haben beklagt, dort eine solche nicht gefunden zu haben.

Auch die Betreuung von behinderten Kindern ist einseitig dargestellt. Sie war in der DDR zwar deutlich defizitär, aber an vielen Orten gab es eine ordentliche multidisziplinäre Betreuung. An der Kinderklinik der Medizinischen Akademie Erfurt oder im St. Barbara-Krankenhaus in Halle/S. wurden die Kinder von Ärzten verschiedener Fachgebiete zusammen mit Physiotherapeuten, Kinderkrankenschwestern, Fürsorgerinnen und Lehrern betreut. Das waren Keimzellen östlicher Sozialpädiatrischer Zentren, die allerdings erst nach der Wiedervereinigung etabliert werden konnten.

Wenn Herr Leisterer formuliert, dass die „Kinderheilkunde in der DDR viel staatsnäher“ war, sollte er uns mitteilen, womit er sie vergleicht. „Viel staatsnäher“ als was und wen meint er? Die meisten meiner Kolleginnen und Kollegen haben ihren Beruf überhaupt nicht „staatsnah“ ausgeübt, auch nicht die wenigen mir bekannten überzeugten Kommunisten. Dass Diktaturen die Jugend als „Träger der Zukunft“ instrumentalisieren und die Kinderheilkunde davon Nutzen haben

kann, ist aus der Geschichte bekannt. Was die Pädiatrie in der DDR angeht, so haben sich für die Kinder daraus sowohl Vorteile als auch Belastungen ergeben. Die ärztliche Arbeit war aber sachlich orientiert, wie in allen anderen Ländern auch. Staatsnahe Kinderärzte hat es gegeben, wenn sie Funktionäre waren. Im Ausbleiben einer Entschuldigung für eventuelle Verfehlungen oder gar Schuld unterscheiden sie sich leider nicht von all jenen Schweigern, die angeblich niemals jemandem geschadet haben.

Viele Kolleginnen und Kollegen haben in den 90er-Jahren im Wechsel vom staatlichen Gesundheitswesen zur medizinischen Marktwirtschaft ihre Arbeitsstelle verloren. Sie mussten sich eine neue Existenz schaffen, was schwer war und nicht immer gelungen ist. Wenn Herr Leisterer, der diesen Weg offenbar erfolgreich gegangen ist, davon spricht, dass „aus den Söhnen und Töchtern der Arbeiter und Bauern nun große Kleinbürger geworden sind“, tut er Unrecht. Er sollte sich bei den Betroffenen für seine Entgleisung entschuldigen.

Zu den schwer verständlichen Gedanken des Autors zählt, von der Historischen Kommission der DGKJ ein „Confiteor“ zu erwarten. Diese Kommission kann nicht als Beichtstuhl für die „Verstrickung der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR in das Ensemble der Verhältnisse“ dienen und sollte nicht verwechselt werden mit der Bundesbeauftragten für die Stasi-Unterlagen oder der Stiftung zur Aufarbeitung der SED-Diktatur. Die Historische Kommission und ihre Mitglieder bemühen sich um die wissenschaftliche Bearbeitung der Geschichte der Pädiatrie in der DDR nicht nur in der von Herrn Leisterer persiflierten Jubiläumsschrift zum 125-jährigen Beste-



Dr. med.
Ernst Fukala

hen der DGKJ. Der Interessierte kann eine sachliche und kritische Darstellung zum Beispiel in „Kinderärztliche Praxis“ 1991, in „Monatsschrift für Kinderheilkunde“ 1994 und „Kinderarzt“ 1992, 1994 und 2000 nachlesen.

Eine ganze Weile habe ich über das Potpourri der Abbildungen nachgedacht, die das Interview illustrieren. Was mag die Arrestzelle (?) mit einem evangelischen Gemeindezentrum und Pittiplatsch, den man „den Lieben“ nannte, gemeinsam

haben? Wenn damit die Vielfalt und Gegensätzlichkeit des Lebens in der DDR gezeigt werden sollte, ist es verständlich und trifft dann auch auf die Pädiatrie zu.

Es ist wohl wahr, dass es Licht und Schatten, gute und schlechte Seiten gegeben hat. Uns Zeitzeugen fällt es sicher schwer, ein neutrales Urteil abzugeben, die historische Distanz ist noch zu gering. Ein klassisches Beispiel behandelt auch Herr Leisterer mit seinem berechtigten Hader um den Diplom-Mediziner. Der gute

alte Dokortitel wurde nach sowjetischem Vorbild geändert. Alle Träger des Dipl.-Med. sollten ihren Titel aber auch heute noch mit Stolz tragen. Denn die Kenner wissen, dass zu seinem Erwerb eine wissenschaftliche Arbeit abgeliefert werden musste, deren Niveau einer Doktorarbeit ebenbürtig war.

Dr. med. Ernst Fukala
Dohlenweg 4
06110 Halle (Saale)
E-Mail: ernst.fukala@web.de

Red.: ge

Preis Jugendmedizin



Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. verlieh gemeinsam mit dem Hause Johnson & Johnson GmbH im Rahmen des Kongresses für Jugendmedizin in Weimar am 05.03.2010 den „Preis Jugendmedizin“ an den Verein Ramesch e.V. – Forum für internationale Begegnungen, Saarbrücken.

Der gemeinnützige Verein Ramesch – Forum für Interkulturelle Begegnung e.V. wurde 1991 vor dem gesellschaftlichen Hintergrund zunehmender ausländerfeindlicher Tendenzen gegründet. Ziel von Ramesch ist seither, die Akzeptanz und Integration von Menschen unterschiedlicher Herkunft, Religion und Kultur zu fördern. Durch Begegnung und Kommunikation auf der Grundlage der Gleichwertigkeit aller Menschen, durch friedliches und gleichberechtigtes Miteinander sollen Vorurteile, Diskriminierung und Ausgrenzung abgebaut werden.

Stephan Eßer,
Hauptgeschäftsführer BVKJ

Red.: ge

Praxistafel

Große hausärztlich-fachärztliche Päd. Gemeinschaftspraxis in Rheinhausen sucht für ausscheidenden Seniorchef **1 Kinderärztin/-arzt, vorzugsweise Kinderkardiologe**, auch für WB-Ass. mit Übernahme-Perspektive geeignet.

Tel. (0 62 41) 63 68-47

Sehr gut erhaltenes **Kinderarztpraxismobil** zu verkaufen. Fa. Spektrum-Planen mit Licht.

Preis VB. Tel. 0173 370 9996

Facharzt/Fachärztin in Teilzeit, ggf. auch als Urlaubsvertretung, für große vielseitige Kinderarztpraxis gesucht! Anstellung von Kollegen/Kollegin in Weiterbildung ebenfalls denkbar, da Weiterbildungsermächtigung beantragt!

Tel. (0 60 31) 6 70 54 25

Gemeinschaftspraxis in Wuppertal

sucht Weiterbildungsassistenten oder Jobsharing-Partner. Tel. (02 02) 78 56 56

Pädiatrische Praxis Bd. 5 bis 43 zu verkaufen.

Tel. (08 41) 3 55 58, email johelming1@gmx.de

FÄ / FA für Pädiatrie

zur Mitarbeit in Kinderarztpraxis (Schleswig-Holstein) gesucht, spätere Praxisübernahme möglich.

Tel. 0152 - 07 167 245

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

1 Jahr Weiterbildung vorhanden, Praxisübernahme möglich.

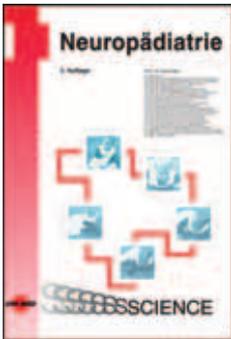
e-mail: harald@hucbecker.de, Tel. 05692/2005
Fax: -/9960040

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

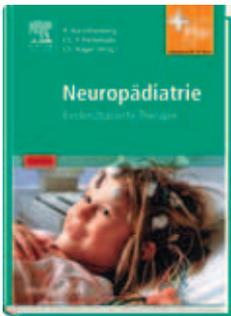
Buchtipps

Neuropädiatrie

Seit Einführung der Schwerpunktsbezeichnung Neuropädiatrie in der Weiterbildungsordnung sind 2008/2009 drei Standardwerke zu diesem Thema erschienen.



- Bereits 2008 wurde die 3. Auflage des Buches „**Neuropädiatrie**“ (ISBN 978-3-89599-277-8, 69,80 €) aus dem Uni-Med-Verlag unter der Redaktion von Fuat Aksu, Datteln, publiziert. Es ist ein klassisches Standardwerk, das inzwischen 733 Seiten umfasst und damit deutlich umfangreicher als die 2. Auflage ist.



- Seit 2009 wird im Elsevier-Verlag unter Redaktion von Rudolf Korinthenberg, Christos P. Panteliadis und Christian Hagel „**Neuropädiatrie**“ (ISBN 978-3-437-23075-2, 89,95 €) als Erstauflage angeboten. Dieses Werk umfasst 420 Seiten.



- Gegen Ende 2009 erschien im Kohlhammer-Verlag die „**Pädiatrische Neurologie**“ (ISBN 978-3-17-019478-7, 199,00 €) unter Redaktion von Florian Heinen, Jens Böhmer, Andreas Hufschmidt, Steffen Berweck,

Hans-Jürgen Christen und Urban Fietzek. Dieses Werk stellt als konzeptionellen Ansatz die Paediatric Clinical Scouts (PCS) in den Mittelpunkt und ist mit 915 Seiten das umfangreichste.

Für welches Buch soll sich der neuropädiatrisch tätige Kinder- und Jugendarzt bzw. Neuropädiater nun entscheiden? Diese Frage kann natürlich nicht allgemein beantwortet werden, da jeder andere Vorstellungen und Ansprüche hat.

Aksu et al. stellen die Neuropädiatrie kapitelweise dar. Das Buch ist sehr umfangreich bebildert. In großer Zahl sind EEGs, radiologische, kernspintomographische, thematische und die Syndromologie definierende Abbildungen eingebaut. Etwas störend sind die eingefügten Werbeseiten, die vom Verlag mit der hochwer-

tigen Ausstattung begründet werden. Dagegen steht der günstige Preis. Durch die Struktur des Buches unter Redaktion des praxisorientierten Neuropädiaters Aksu wird hier jeder Leser seine Fragen beantwortet bekommen. Für Ärzte und Ärztinnen, die sich neuropädiatrisch spezialisieren wollen, ist es zur Prüfungsvorbereitung bestens geeignet.

Auch Korinthenberg et al. stellen die Neuropädiatrie kapitelweise dar. Das Buch ist straff gegliedert und durch zahlreiche ergänzende Tabellen bereichert. Eine Besonderheit ist die in dieser Ausgabe vorhandene PIN-Nummer, die den Zugang zum Elsevier-Portal mit interessanten Zusatzinhalten zum Buch bietet. Gegenüber dem Buch von Aksu sind hier weniger erläuternde Abbildungen vorhanden. Durch den relativ geringen Umfang kann man das Buch schneller durcharbeiten und einen Überblick über das Fachgebiet bekommen, für einen visuell veranlagten Leser ist es wegen der geringeren Abbildungsdichte vielleicht etwas schwieriger zu „verarbeiten“.

Das umfangreiche Werk von Heinen et al. ist entsprechend des Anspruchs der Paediatric Clinical Scouts (PCS)-Diagnostik und Therapie mehr oder weniger tabellarisch durchstrukturiert. Auch die Textseiten sind streng gegliedert und verlieren damit die Eigenschaft eines „zu lesenden Buches“. Für den neuropädiatrisch tätigen Kinder- und Jugendarzt, auf alle Fälle aber für neuropädiatrisch tätige Abteilungen ist es allerdings ein Muss, dieses Nachschlagwerk zur Verfügung zu haben, da es das gesamte Spektrum der Neuropädiatrie bis hin zu Raritäten abdeckt.

In der Gesamtbewertung sind alle drei Standardwerke der Neuropädiatrie, wie bei der Kompetenz der Autoren auch nicht anders zu erwarten, eine Empfehlung wert. Für, welches man sich entscheidet, ist abhängig vom Verwendungszweck und der persönlichen Art zu lernen oder Wissen abzurufen. Für den, der sich neuropädiatrisch weiterbilden will, sind eher die Bücher von Aksu und Korinthenberg geeignet, für den schon tätigen Neuropädiater ist das Buch von Heinen unerlässlich. In neuropädiatrischen Spezialabteilungen sollten alle drei Werke vorhanden

sein, da jedes seine Stärken und speziellen Einsatzindikationen hat.

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid
84503 Altötting

Red.: ge

Florian Heinen, Jens Böhmer, Andreas Hufschmidt, Steffen Berweck, Hans-Jürgen Christen, Urban Fietzek, Matthias Kieslich, Sandra Krieg, Volker Mall, Wolfgang Müller-Felber (Hrsg.)

Pädiatrische Neurologie Diagnose und Therapie

Verlag Kohlhammer, 915 S. 115 Tab.,
199,- €, ISBN 978-3-17-019468-7



Als 1973 John Menkes sein in USA inzwischen zum Standard entwickeltes „Textbook of Child Neurology“ auf Deutsch veröffentlichen wollte, winkten größere Verlage ab: Wer so weit in der fachlichen Fortbildung gekommen sei, lese derlei in Englisch. Inzwischen ist die Neuropädiatrie oder Kinderneurologie auch hiezulande etabliert, die Nachfrage auch für deutschsprachige Fachübersichten ist vorhanden, und nicht alles an soliden Kenntnissen ist ohne Mühe und Suchroutine in elektronischer Form zu finden, nicht alle möchten sich auf diesen Weg verlassen. Es gibt einen Markt für eine Zusammenfassung neuropädiatrischer Handlungsgrundlagen in Diagnostik und Therapie wie für „Pädiatrische Neurologie, Diagnose und Therapie mit Paediatric Clinical Scouts“, herausgegeben 2009 von Florian Heinen und einer Reihe weiterer im Fach meist lange tätiger und anerkannter klinischer Kinderneurologen.

Zugunsten der Übersichtlichkeit der durchgehenden tabellarischen Darstellung wurde das etwas unhandliche Querformat des umfangreichen Buches (915 Seiten) in Kauf genommen; das stört nicht. Wer es zur Hand nimmt, will sich meist nicht

nur kurz über eine Dosierung informieren; das Buch ist kein pädiatrisches Vademecum. Das Buch ist auch kein Lehrbuch im üblichen Sinne: Es setzt klinische Ausbildung voraus. Am ehesten erinnert das Konzept an klinikeigene Anleitungen, unter denen im deutschsprachigen Raum das „Berner Datenbuch der Pädiatrie“ (1985) das wohl bekannteste ist, und die heute eigentlich nicht mehr im engeren Rahmen einer Klinik abfassbar sind wegen des Umfangs, der inzwischen erforderlich wäre. Es ist ein Aide-memoire (um den gerne verwendeten englischen Bezeichnungen Anderssprachliches entgegenzusetzen) für den Neuropädiater, der in aller Regel sein umfangreiches, rasch wachsendes Gebiet nicht für die Vielzahl auch für ihn seltener Krankheitsbilder im Kopf haben kann. Es bietet dem nicht täglich mit neurologischen Fällen betrauten Pädiater eine rasche und doch umfassende Orientierung und lässt in der kinderärztlichen Praxis nachvollziehen, was der Kinderneurologe veranlasst und empfiehlt. Diagnostische therapeutische Wegweiser, Handlungsanweisungen bzw. -vorschläge sind von erklärendem Part abgehoben und farblich markiert, wie auch der Abschnitt zu Medikamenten. (Der Ausdruck „Paediatric Clinical Scouts“ wurde wohl gewählt um der anhaltenden Diskussion um Verbindlich- und Ausschließlichkeit zu entgehen und wohl auch, weil Englisch patenter klingt.)

Die Kapitel sind einerseits nach klinischer Situation (Notfall-/Intensivmedizin und Basisinformation („Klinischer Zugang“, „Techniken“), andererseits konventionell nach übergreifenden Gesichtspunkten („Genetik“, Neurometabolik“ etc.) gewählt. Das Gewicht liegt auf dem Gesichtspunkt der klinischen Relevanz, der Häufigkeit; so sind z. B. Mi-

tochondriopathien als bislang als selten geltende Krankheitsbilder knapp gefasst, Glykolysestörungen nur erwähnt. Das Dilemma der Auswahl aus dem sich rasch ausdehnenden Wissen auszuwählen zugunsten der Überschaubarkeit ist freilich nicht vermeidbar, es erinnert an die immer häufiger Geste eines Dozenten, der in der Vorlesung ein Lehrbuch zur Epileptologie hochhält, um klar zu machen, wie strikt die Auswahl dessen ist, was er in ein, zwei Stunden unterbringen kann. Konsequenz ist in dieser Situation der Verweis nicht nur auf – sicher nur selten aus dieser Quelle zu Rate gezogener – Primärliteratur, sondern auf Webseiten, wofür im Abschnitt „Genetik“ ein eigener Abschnitt eingefügt ist.

Der Wunsch nach Vollständigkeit führte freilich gelegentlich auch zu Angaben, die für den fachlich in der Regel fortgeschrittenen Leser entweder nicht gesondert aufzuführen wären oder aber das Spezifische im entsprechenden Kapitel überschreiten (indikationsbezogene Funktionsdiagnostik bei D.06 Schlafstörungen: „Abhängig von der klinischen Symptomatik laborchemische Diagnostik wie Blutbild, Blutgasanalyse, CRP etc.“). Vor allem vor dem Hintergrund stichwortartiger Zusammenstellungen fallen propädeutisch klingende Feststellungen auf, haben jedoch zum Teil leider sehr wohl noch ihre Berechtigung, so der Hinweis auf nicht erforderliche, nicht sinnvolle Alltagsregelungen bzw. -einschränkungen für Epilepsieerkrankte (p.259).

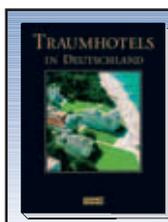
Anhand der „Scouts“ in der praktisch-klinischen Situation schon zur Diagnose zu kommen, ist natürlich nur möglich, wo das einzelne Symptom die Diagnose weitgehend bestimmt: „Fieberkrampf“, „Schwindel“, aber schon kaum mehr bei

„Schmerz“. Schon ein primärer Befund wie der einer Ataxie zwingt zur Suche nach dem Inhaltsverzeichnis – wie im Lehrbuch. Aber mehr zu fordern, wäre nicht fair, würde den machbaren Rahmen eines schon knapp gefassten, dennoch umfangreichen Buches sprengen. Wohl auch um den quantitativen Rahmen einzuhalten, wurde auf bildliche, auch grafische Darstellungen verzichtet, auch etwa auf ein „Déjerine-Männchen“ für die Dermatome, die wie anderes, aufgenommen wurde, was doch immer wieder mal an Basiswissen vor allem zu Entwicklungsdaten und Neuroanatomie nachgesehen werden muss. So ist ein Buch nach praktischen Bedürfnissen entstanden, dessen einzelne Informationen inzwischen durchaus in elektronischer Form vorliegen, dessen verschiedene Aspekte zu einer Situation, zu einer Diagnose jedoch bis hin zu Angaben etwa zu Selbsthilfegruppen nur mühsam aus Websites und Datenbanken zusammenzutragen wären. Und diese Zusammenschau verschiedenster Aspekte macht auch den Wert für Adepten wie Eingewehte der Neuropädiatrie aus. Es gibt kein englisches Vorbild für das Buch. Daher besteht für den Verlag auch kein Grund für Bedenken, wie bei der Veröffentlichung eines übersetzten Lehrbuches. Das zeitgemäße Risiko liegt in dem unvermeidlich raschen Ergänzungsbedarf auf Gebieten wie der Genetik und eben in der Schnelligkeit, mit der elektronische Datenbanken reagieren können.

So sei Autoren und Verlag gedankt für den Mut zu einer mit hoher Sorgfalt und viel Aufwand zusammengestellten Übersicht zur Neurologie im Kindesalter an der Schnittstelle zu elektronischen Veröffentlichungen.

Prof. Dr. med. Bernd Reitter
55128 Mainz

Red.: ge



Traumhotels in Deutschland

240 Kunstdruckseiten, Großformat 22,5 x 30 cm, durchgehend farbige Abbildungen, Kunstledereinband mit Goldprägung, ISBN 978-3-7950-7046-5, € 34,20 • Erhältlich im örtlichen Buchhandel oder direkt beim Verlag.

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

Mengstraße 16
23552 Lübeck

Tel. 04 51/70 31-2 67
Fax 04 51/70 31-2 81

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



Das Leser-Forum

Die Redaktion des Kinder- und Jugendarztes freut sich über jeden Leserbrief. Wir müssen allerdings aus den Zuschriften auswählen und uns Kürzungen vorbehalten. - Leserbriefe geben die Meinung des Autors / der Autorin, nicht der Redaktion wieder. E-Mails oder Briefe richten Sie bitte an die Redakteure (Adressen siehe Impressum).

Was damals geschah



KiJuA (2009)
Heft 11, Seite
773 ff.

Vielen Dank für den Artikel von Herrn Kollegen Schmidt im KJA 2009, Heft 11, S. 773. Ich kann ihm vollkommen zustimmen.

Am 14. 11. 2009 fand in Dresden ein Absolvententreffen der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ – 50 Jahre nach dem Staatsexamen – statt. Bei Gesprächen betonte ich, wie hilfreich unsere westdeutschen Pädiater – ausgehend vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte – uns nach der Wende unterstützt haben mit unzähligen Fortbildungsveranstaltungen, die sogar kostenlos waren. Ich fühlte mich bei allen Tagungen, Obleutetreffen und Kongressen, die ich in Köln, Ulm, Bremen, Hamburg, Würzburg oder Bad Orb besuchte nie als Kinderärztin zweiter Klasse. Das war bei den

anderen Fachrichtungen leider völlig gegenteilig.

Wir konnten als Kinderärzte in der DDR viel für unsere Patienten tun. Die Prophylaxe, besonders in den Mütterberatungsstellen, in den Kindereinrichtungen und Schulen mit Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen war bestens organisiert. Bei der Diagnostik halfen uns Labor und Röntgen, sowie die sehr gute Zusammenarbeit mit den anderen Fachärzten in den Polikliniken (HNO, Chirurgie, Augen usw.). Die Abteilung für Lungenkrankheiten und Tuberkulose übernahm die Allergietestungen und die Inhalationen für Kinder mit Asthma oder Bronchitis. Wir bekamen auf Antrag Kuren, auch nach Zypern und Jugoslawien.

Ich verfasste ein Krippenrückstellungs- und Krippenuntauglichkeitsformular, das ich auch bei einer Tagung in Berlin als Poster vorstellte. Dies war jedoch nicht erwünscht, denn „jedes Kind kann die Krippe besuchen“ (Greifswald 1984). Aber in meinem Stadtbezirk Süd fand das Formular rege Anwendung, denn damit hatten die Mütter in ihren Betrieben einen Beleg für die notwendige Arbeitsfreistellung und der Arbeitsplatz blieb erhalten.

Da ich durch meine Mitarbeit in der Regionalgesellschaft Mitte (Bezirk Leipzig und Chemnitz) der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR bekannt war, wählten mich die Kinderärzte 1990 in Sachsen in den Vorstand des neugegründeten Berufsverbandes Land Sachsen, wo ich bis 2004 aktiv war.

Die Gesellschaft für Pädiatrie der DDR durfte ich als parteilose Ärztin 1990 mit Herrn Prof. Köditz (Magdeburg) und Dr. Welsch (Sonneberg) in Berlin auflösen.

Statt eigener Niederlassung wählte ich Ende 1992 den Vorruhestand, einen Bankkredit hätte ich ohne Besitztümer (4 Kinder) sowieso nicht bekommen. Ich konnte aber weiterhin vertretungsweise tätig sein. Außerdem wirkte ich in der Landesärztekammer, erst im Ausschuss Fortbildung, jetzt im Landeswahlausschuss mit.

Ich wünsche zum 40-jährigen Bestehen des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte Deutschland e.V. unserem Präsidenten und allen Mitgliedern alles erdenklich Gute!

Dr. med. Ingrid Polster
Hans-Beimler-Str. 52
04159 Leipzig

Red.:ge

Partner der Kinder- und Jugendärzte



POHL BOSKAMP



Wir gratulieren zum Geburtstag im Mai 2010

65. Geburtstag

Herrn Dipl.-Med. Bernd *Haferkorn*, Frankfurt/Oder, am 02.05.
 Frau Dr. med. Waltraud *Maerten*, Bremen, am 03.05.
 Frau OMR Dr. med. Beate *Lenner*, Schwäbisch Hall, am 04.05.
 Herrn Dr. med. Harald *Becker*, Wolfhagen, am 18.05.
 Herrn Dr. med. Sven-Holger *Braun*, Viersen, am 21.05.
 Frau Dipl.-Med. Marie-Sophie *Martin*, Weimar, am 22.05.
 Herrn Dr. med. Frithjof *Ruland*, Bad Neuenahr-Ahrweiler, am 23.05.

70. Geburtstag

Herrn Dr. med. Eckart *König*, Kronshagen, am 04.05.
 Frau MR Dr. med. Anneliese *Ribbentrop*, Schönebeck, am 04.05.
 Herrn Dr. med. Henner *Redelstorff*, Buchholz, am 07.05.
 Frau Dr. med. Annerose *Selesion-van Bergen*, Kleinheubach, am 08.05.
 Frau MR Doz. Dr. med. habil. Jutta *Hein*, Ostseebad Wustrow, am 14.05.
 Herrn Dr. med. Hans-Jürgen *Petermann*, Altenberg, am 14.05.
 Frau Dr. med. Ingrid *Neumann*, Kleinmachnow, am 16.05.
 Frau Dr. med. Waltraud *Harms*, Berlin, am 17.05.
 Frau Dr. med. habil. Siegrun *Korth-Schütz*, Heidelberg, am 19.05.
 Frau Dr. med. Hannelore *Häßler*, Saalfeld, am 20.05.
 Frau Dr. med. Helga *Zeißig*, Chemnitz, am 21.05.
 Frau Dr. med. Irene *Heinrichs*, Halle, am 25.05.
 Herrn Dr. med. Wolfram *Kirmeß*, Stolzenau, am 25.05.
 Herrn Dr. med. Hartmut *Morgenroth*, Ratingen, am 25.05.
 Herrn Dr. med. Helmut *Preidel*, Olching, am 25.05.
 Herrn Dr. med. Albrecht *Eberth-Heldrich*, München, am 26.05.
 Herrn Dr. med. Gerhard *Mauler*, Waiblingen, am 27.05.
 Frau Dr. med. Edith *Anders*, Potsdam, am 28.05.
 Herrn Prof. Dr. med. Wolfgang *Leupold*, Dresden, am 28.05.

75. Geburtstag

Frau Dr. med. Helga *Wiedemann*, Wangen, am 02.05.
 Frau SR Margarete *Fruth*, Windischholzhäuser, am 04.05.
 Herrn MR Dr. med. Manfred *Lorenz*, Dresden, am 06.05.
 Herrn Dr. med. Walter *Petzholdt*, Neustadt, am 07.05.
 Frau Dr. med. Karin *Drewes*, Osterholz-Scharmbeck, am 08.05.
 Herrn Dr. med. Helmut *Outzen* sen., Flensburg, am 12.05.
 Herrn Dr. med. Heinz Dieter *Schumann*, Rostock, am 12.05.
 Herrn Prof. Dr. med. Klaus *Jählig*, Rössing/Nordstemmen, am 13.05.
 Herrn MR Dr. med. Frank *Riechers*, Sangerhausen, am 16.05.
 Frau Dr. med. Lucienne *Steinitz*, Berlin, am 19.05.
 Frau Dr. med. Utta *Recknagel*, Limburgerhof, am 20.05.
 Herrn Dr. med. Rolf *Immelmann*, Bad Oldesloe, am 22.05.
 Herrn Dr. med. Wolfgang *Wiesenhütter*, Bad Kissingen, am 25.05.

80. Geburtstag

Frau Dr. med. Ruth *Geiger*, Uhlhingen-Mühlhofen, am 01.05.
 Herrn Dr. med. Herbert *Sütterle*, Freiburg, am 01.05.
 Herrn Prof. Dr. med. Hans *Helge*, Berlin, am 10.05.
 Frau SR Dr. med. Renate *Jehring*, Dresden, am 16.05.
 Frau Dr. med. Elisabeth *Clauss*, Schwäbisch Hall, am 27.05.
 Herrn MR Dr. med. Rudolf *Scholz*, Fürstenwalde, am 28.05.

81. Geburtstag

Frau Dr. med. Lotte *Waltz*, Hagen, am 02.05.
 Herrn OMR Dr. med. Klaus *Schröter*, Chemnitz, am 16.05.

82. Geburtstag

Frau Dr. med. Grete *Lüssem*, Düsseldorf, am 01.05.
 Herrn Dr. med. Hansjörg *Neumann*, Bonn, am 08.05.
 Herrn Dr. med. Karl-Heinz *Völkel*, Köln, am 12.05.
 Herrn Dr. med. Werner *Schmidt*, Regensburg, am 28.05.

83. Geburtstag

Frau Dr. med. Rita *Rozen-Simenauer*, Mannheim, am 08.05.

Herrn Dr. med. Franz *Hack*, Andernach, am 12.05.

84. Geburtstag

Frau SR Dr. med. Fiera *Mölder*, Dessau, am 02.05.
 Frau Dr. med. Ingrid *Corsepius*, Bad Homburg, am 12.05.
 Frau Dr. med. Lore *Nahnsen*, Bremen, am 21.05.

86. Geburtstag

Frau Dr. med. Gisela *Royemann*, Hamm, am 13.05.
 Frau Dr. med. Rita *Spony*, Mettlach, am 19.05.
 Herrn Dr. med. Achmed *Kabir*, Berlin, am 25.05.

87. Geburtstag

Frau Dr. med. Ursula *Galandiuk*, Hannover, am 07.05.
 Frau Dr. med. Erika *Kramer*, Andernach, am 28.05.

88. Geburtstag

Frau Dr. med. Gertrud *Piel*, Memmingen, am 11.05.
 Frau Dr. med. Ghamar *Redmann-Ghamkhar*, Berlin, am 19.05.
 Frau Dr. med. Marianne *Waniek*, Ratingen, am 24.05.
 Herrn Dr. med. Klaus *Hedrich*, Fürth, am 30.05.

89. Geburtstag

Frau Dr. med. Elisabeth *von Laer*, Bielefeld, am 11.05.
 Frau Dr. med. Hildegard *Bock*, Frankfurt, am 16.05.
 Frau Dr. med. Inghild *Westermann*, Porta Westfalica, am 18.05.
 Herrn Prof. Dr. Rudolf *Meinert*, Bielefeld, am 22.05.
 Frau Dr. med. Marianne *Groll*, Frankfurt, am 29.05.

90. Geburtstag

Frau Dr. med. Marianne *Wehrheim*, Witzenhausen, am 05.05.

Wir trauern um:

Frau Dr. med. Erika *Böhm*, Weissenburg
 Frau Karin *Kley*, Eisenach
 Frau SR Dr. med. Hannelore *Poggendorf*, Schwedt
 Herrn Dr. med. Helmut *Serve*, Bagnang
 Herrn Dietfried *Ullsperger*, Schorndorf

Herrn Dr. med. Rolf-Joachim *Candler*,
Wildeshausen, am 06.05.
Frau Dr. med. Gisela *Kleeberg*,
Neunkirchen, am 14.05.
Herrn Prof. Dr. med. Erich *Zapp*,
Saarlouis, am 26.05.

Herrn Dr. med. Heinrich *Wiggermann*
sen., Dortmund, am 28.05.

96. Geburtstag

Herrn Dr. med. Hans-Joachim *Ehlers*,
Schopfheim, am 23.05.

Als neue Mitglieder begrüßen wir

Ausland

Frau Kathrin *Preisser*
Frau Dr. med. Nicole *Habenicht*

Landesverband Baden-Württemberg

Herrn Daw *Saghair*
Frau Dr. med. Melanie *Münzenmaier*
Frau Isabel *Huber*
Frau Daniela *Neuburger*
Herrn Dr. med. Holger *Mittenzwey*
Frau Mehta *Tejal*
Frau Dr. med. Daniela *Ballweg*
Frau Adelheid *Kley*
Herrn Jens *Freudenberg*
Herrn Dr. med. Thilo *Voelcker*
Herrn Dr. med. Ranny *Goldwasser*
Frau Michaela *Wendelgaß*

Landesverband Bayern

Frau Veronika *Saur*
Frau Diana *Heider*
Herrn Dr. med. Florian *Zapf*
Frau Dr. med. Laura *Zentile*
Frau Dr. med. Susanne *Kraft*
Herrn Dr. med. Markus *Loeff*
Frau Manuela *Dengler*
Frau Veronique *Lam Isong*
Frau Dr. med. Anke *Robert*
Frau Dr. med. Maike *Kral*
Frau Dr. med. Ulrike *Ege-Mirzai*
Frau Dr. med. Kerstin Alexandra *Klotz*
Herrn Stephan *Gaupp*
Herrn Felix *Hammer*
Frau Dr. med. Simone *Kastner*
Herrn Dr. med. Armin *Irnstetter*
Frau Maria *Nowak*
Frau Dr. med. Johanna *Lanczak*
Herrn Jörg *Leyh*
Frau Silke *Chávez*
Frau Dr. med. Isabel *Ott*
Frau Katrin *Seybold*
Herrn Christian *Lindner*
Frau Katrin *Werth*
Frau Dr. med. Annhild *Fahr*

Landesverband Berlin

Frau Tatjana *Jung*
Herrn Dr. med. Sebastian *Müller*
Frau Dr. med. Sarah *Heinze*
Frau Dr. med. Maike *Pincus*

Frau Dalia *Meidler*
Frau Dipl.-Med. Bettina *Kern*
Herrn Roland *Degener*

Landesverband Brandenburg

Frau Louise *Fischer-Maas*
Frau Dr. med. Gabriele *Federlein*
Frau Regina *Berndt*
Frau Anna *Knufinke*

Landesverband Bremen

Frau Dr. med. Sibille *Curdts*
Frau Dr. med. Rahel *Steiner*

Landesverband Hessen

Herrn Christoph *Merz*
Frau Dr. med. Miriam *Le Goff*
Frau Dr. med. Claudia Sophie *Seßler*
Frau Döndü *Karabulut*
Frau Dr. med. Silvia *Welcker*
Herrn Dr. med. Bernd *Hunscha*
Frau Anna *Welling*
Frau Sarah *Corzilius*

Landesverband Niedersachsen

Frau Kirsten *Fricke-Bohl*
Frau Elisa *Gustke*
Frau Dr. med. Katja *Denneberg*
Frau Claudia *Tobaben*
Frau Christine *Vogel*
Frau Dr. med. Bettina Marie
Zimmermann
Frau Nina *Höhn*

Landesverband Nordrhein

Frau Dr. med. Susanne *Vierkant*
Frau Ludmilla *Janzen*
Frau Daniela *Hofen*
Frau Anna *Gruszka*
Frau Sara *Hommel*
Frau Kristina *Brewka*
Herrn Prof. Dr. med. Norbert *Wagner*
Frau Saskia *Steingass*
Frau Berit *Ulrich*
Frau Dr. med. Anne *Waeser*
Frau Dr. med. Stefanie *Volz*

Landesverband Rheinland-Pfalz

Frau Maria *Trendafilow*
Frau Britta *Siegmund*
Frau Victoria *Ulrich*
Frau Dr. med. Frauke *Antenbrink*

Landesverband Saarland

Frau Michaela *Kreckmann*
Frau Dr. med. Katrin *Theiß*
Frau Christina *Hauter*
Frau Dr. med. Judith *Nowack*
Frau Christine *Martin*

Landesverband Sachsen

Frau Stefanie Maria *Kellmann*
Frau Carolin *Winkel*
Herrn Dirk *May*
Frau Sabine *Ristau*
Frau Daniela Anca *Cobarzan*
Frau Juliane *Süß*

Landesverband Sachsen-Anhalt

Frau Eva *Stasiewski*
Frau Anne *Ermisch*
Frau Dr. med. Wanda *Wiederanders*
Frau Silke *Römhild*
Frau Melanie *Spengler*

Landesverband Thüringen

Frau Dr. med. Friederike *Rühling*
Frau MUDr. Monika *Hurna*
Frau Irmhild Dorothea *Eckart*
Frau Dr. med. Mandy *Raabe*

Landesverband Westfalen-Lippe

Frau Dr. med. Judith *Wendt*
Frau Christiane *Reinders*
Frau Lena *Müller-Ebhardt*
Frau Nadine *Deschner*
Frau Anja *Niewels*
Herrn André *Wilken*
Frau Dr. med. Annika *Blöming*
Frau Dr. med. Birgit *Naumann*
Frau Dr. med. Christina *Muckenhaupt*
Frau Julia *Gutor*
Frau Lyudmyla *Maleszka*
Frau Dr. med. Eva *Pletziger*

KINDER-UND JUGENDARZT

im Internet

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

www.kinder-undjugendarzt.de

Dort steht Ihnen ein kostenloser
Download zur Verfügung.

Levetiracetam bei Kleinkindern und Säuglingen in der Therapie fokaler Anfälle

Interview mit Prof. Ulrich Stephani, Kiel

Seit September 2009 ist Levetiracetam (Keppra®) für die Zusatzbehandlung fokaler Anfälle bei Kindern ab einem Alter von einem Monat zugelassen. Bisher beschränkte sich die Auswahl der zur Verfügung stehenden Medikation im frühen Kindesalter auf nur sehr wenige Antiepileptika. Wir sprachen mit dem Direktor der Klinik für Neuropädiatrie Prof. Ulrich Stephani, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel über die neue Therapieoption für Kleinkinder und Säuglinge.

1. Herr Prof. Stephani, auf was muss man bei der Auswahl antiepileptischer Medikamente bei Säuglingen und Kleinkindern achten?

Zunächst einmal muss wie bei allen Altersgruppen auf Verträglichkeit und Wirksamkeit geachtet werden, und der Nutzen des ausgewählten Medikamentes muss evident sein. Zu den Besonderheiten bei älteren Säuglingen ab 6–7 Monaten bis weit in das Schulkindalter gehört der Anstieg des Stoffwechsels pro kg Körpergewicht, d.h. man benötigt höhere Körpergewicht-bezogene Dosen von Medikamenten, die über die Leber verstoffwechselt werden, als bei Erwachsenen. Zudem treten bei diesen Kindern häufig Infekte mit Fieber auf, so dass oft Antibiotika und Fiebermittel gegeben werden: Zwischen diesen Mitteln und der antiepileptischen Medikation sollte es möglichst nicht zu Interaktionen kommen. Eine weitere Besonderheit: Bei Säuglingen und Kindern befindet sich alles im Wachstum, in der Entwicklung, angefangen von den Zähnen über das Skelett, die inneren Organe und Muskeln. Ein Antiepileptikum, welches über Monate oder sogar Jahre gegeben wird, sollte dieses Wachstum nicht beeinträchtigen. Schlussendlich dürfen auch bei einer neurologischen Erkrankung wie der Epilepsie durch die antikonvulsive Therapie die Entwicklung der Gehirnfunktionen nicht beeinträchtigt werden.

2. Wie beurteilen Sie die Zulassung von Levetiracetam für Säuglinge und Kleinkinder vor dem Hintergrund der bisher zugelassenen Therapien?

Die Zulassung ist sehr erfreulich, da es bisher nur wenige zugelassene Optionen

gibt. Es ist daher sehr positiv zu bewerten, dass die Firma die Anstrengung unternommen hat, auch für Säuglinge und Kleinkinder eine klinische Zulassungsstudie durchzuführen. Künftig muss aufgrund neuer Vorgaben der EMEA ja jedes neue Medikament im Zulassungsverfahren nicht nur bei Erwachsenen, sondern auch bei Kindern und Säuglingen geprüft werden. Diese Anstrengungen werden unternommen, damit Fortschritte in der Medizin auch Kindern sofort zu Gute kommen.

3. Was zeigen die Zulassungsdaten?

Wir waren an der internationalen und sehr aufwendigen Multizenterstudie von 116 Kindern mit fokalen Anfällen im Alter von 1 Monat bis 4 Jahre beteiligt und es konnte gezeigt werden, dass die Wirksamkeit von Levetiracetam deutlich höher war als unter Placebo. Die mediane Anfallsreduktion betrug 44% unter Levetiracetam und 7% unter Placebo.

4. Welche Erfahrungen haben Sie mit Levetiracetam bei Kleinkindern und Säuglingen gemacht?

Unsere Erfahrungen sind gut. Vorteilhaft ist das pharmakologische (hier besonders das pharmakokinetische) Profil des Medikamentes. Die fehlende Enzyminduktion, keine relevanten Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, keine Verstoffwechslung über die Leber und eine lineare Dosis-Wirkstoffserumkonzentrationsbeziehung geben eine gute Sicherheit in der Therapie von Säuglingen und Kindern. Ein therapeutischer Vorteil ist auch, dass alternativ zur Filmtablette noch ein



Soft bzw. die i.v. Applikation zur Verfügung stehen. Die Verträglichkeit von Levetiracetam erweist sich in der Regel als gut. Bei Klein- und Schulkindern ist aber in einigen Fällen eine gesteigerte Irritabilität, Wesensveränderung und Aggressivität zu beobachten: treten solche unerwünschten Wirkungen auf, muss die Dosis herabgesetzt werden, gegebenenfalls das Levetiracetam abgesetzt werden. Kognitive Beeinträchtigungen zeigen sich unter Levetiracetam in der Regel nicht.

5. Welchen Stellenwert hat Levetiracetam in Ihrem Therapieregime bzw. welchen könnte es zukünftig einnehmen?

Wir verwenden Levetiracetam bei vielen Epilepsie-Syndromen auch zunehmend in einer früheren Reihenfolge, abhängig von Alter, Epilepsie-Syndrom und Ursache.

Vielen Dank für das Gespräch.

Eine Kooperation mit UCB GmbH, Monheim

Pneumokokken-Schutzimpfung:

Erweiterte Serotypenabdeckung mit Prevenar13®

Durch die Erweiterung auf einen insgesamt 13-valenten Impfstoff ist die Abdeckung vor invasiven Pneumokokken-Erkrankungen bei Säuglingen und Kindern auf über 90 Prozent erhöht worden. Prevenar13® enthält gegenüber dem 7-valenten Prevenar® sechs zusätzliche Serotypen, die auch den Serotyp 7F einschließen. Für Deutschland belegen Daten, dass dieser Serotyp maßgeblich für invasive Erkrankungen verantwortlich ist und hierbei die höchste Letalität aufweist. Insgesamt umfasst der 13-valente Impfstoff einen erweiterten Schutz unter den Pneumokokken-Konjugat-Impfstoffen. Als Weiterentwicklung des Vorgängers Prevenar® kann der Wechsel auf den 13-valenten Impfschutz zu jedem Zeitpunkt des Impfschemas erfolgen.

Studiendaten zeigen, dass der Serotyp 7F bei Kindern unter zwei Jahren die häufigste Ursache für invasive Pneumokokken-Erkrankungen ist. Mit knapp 15 Prozent weist er in diesem Zusammenhang die höchste Letalität auf. Im Vergleich beträgt die Letalität infolge Pneumokokken-Erkrankungen insgesamt knapp sechs Prozent.^{1,2} Diese Zahlen machen die Notwendigkeit einer Erweiterung des Impfschutzes deutlich. Die 13-valente Vakzine deckt zusätzlich zu den sieben in Prevenar® enthaltenen Serotypen (4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F, 23F) die sechs Serotypen 1, 3, 5, 6A, 7F und 19A ab. Diese sind für die größte, nach Einführung eines generellen Impfprogramms verbleibende, Krankheitslast durch Pneumokokken im Kindesalter verantwortlich.³

Insgesamt kann durch Prevenar13®, das eine erweiterte Serotypenabdeckung unter den Pneumokokken-Konjugat-Impfstoffen aufweist, ein Schutz vor invasiven Pneumokokken-Erkrankungen von über 90 Prozent erwartet werden.

Laut Empfehlung durch die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut, Berlin, kann jede mit Prevenar® begonnene Impfserie in Übereinstimmung mit der Fachinformation mit Prevenar13® fortgesetzt werden.⁴ Der Wechsel ist möglich, da beide Konjugat-Impfstoffe das Trägerprotein CRM₁₉₇ besitzen, eine nicht toxische, genetisch modifizierte Variante des Diphtherietoxins, das bereits seit über 20 Jahren bei Kinderimpfstoffen verwendet wird.

Nachdem die Europäische Kommission im Dezember 2009 die Zulassung von Prevenar13® für Säuglinge und Kinder im Alter von sechs Wochen bis fünf Jahren erteilt hat, hat der 13-valente Pneumokokken-Konjugat-Impfstoff im Februar 2010 auch die Zulassung durch die amerikanische Food and Drug Administration (FDA) erhalten.

¹ Rückinger et al. Vaccine 2008;26:3984-6.

² Rückinger et al. Pediatr Infect Dis J 2009; 28:118-22.

³ Pfizer data on file.

⁴ Epidemiologisches Bulletin, 7. Dezember 2009/Nr. 49.

Nach Informationen von Wyeth Pharma GmbH – ein Unternehmen der Pfizer-Gruppe, Münster

GSK senkt Preis seines Rotavirus-Impfstoffs

– Frühestmöglicher Schutz ist jetzt günstiger

Um zukünftig noch mehr Kindern den Schutz vor Rotaviren zu ermöglichen, hat GlaxoSmithKline den Preis für seinen Rotavirus-Impfstoff (Rotarix®) um 25 Prozent gesenkt. Die Preisänderung ist seit dem 15. Februar 2010 gültig. Damit ist der frühestmögliche Schutz vor Rotaviren jetzt auch der günstigste:

- Rotarix® 1x: 67,97 € AVP (gemäß Lauertaxe)
- Rotarix® 10x: 593,00 € AVP (gemäß Lauertaxe)

Ausreichend Impfstoff vorhanden

Der Impfstoff von GlaxoSmithKline ist nach vorübergehenden Engpässen nun wieder ausreichend vorhanden. Die Warensituation hat sich durch kontinuierliche Lieferungen entspannt und der Großhandel hat sich mit ausreichend Impfstoff bevorratet.

Selbstzahlenden Eltern wird die Entscheidung erleichtert

Nahezu jedes Kind erkrankt bis zum Alter von zwei Jahren an Rotaviren. Schwere Krankheitsverläufe sind in den ersten sechs Lebensmonaten am häufigsten – umso wichtiger ist es daher, Säuglinge so früh wie möglich zu schützen. Bereits jetzt wird jeder fünfte Säugling gegen Rotaviren geimpft. Rotarix® bietet breiten, lang anhaltenden Schutz vor den wichtigsten fünf Serotypen – und das frühestmöglich durch das Zwei-Dosen-Impfschema.

Die Rotavirus-Schluckimpfung wird von einigen Krankenkassen erstattet (BARMER GEK, TK, DAK, KKH, etc.). Da viele Eltern die Impfung aber selber bezahlen müssen, können nun diese Familien besonders von dem Preisnachlass profitieren. Rotavirus-Infektionen bei Säuglingen

und Kleinkindern sind gekennzeichnet durch Durchfälle in hoher Frequenz, Erbrechen, Fieber und Verweigerung der Nahrungsaufnahme. Umfragen in Deutschland haben ergeben, dass die befragten Eltern die Belastung ihres Kindes durch die Durchfallerkrankung insgesamt als erheblich wahrnahmen: 88,1 % der Eltern, die eine Rotavirus-Gastroenteritis ihres Kindes erlebt hatten, würden im Nachhinein ihr Kind gegen Rotaviren impfen lassen.

Immer weitere Krankenkassen übernehmen die Kosten für die Impfung. Eine aktuelle Liste kann im Internet unter www.gesundes-kind.de abgerufen werden.

Nach Informationen von GlaxoSmithKline GmbH, München

Neuer invitro-Test zeigt:

Zwei-Stufen-Dimeticon auch ohne Duftstoffe effektiv gegen Kopfläuse

Mit NYDA® haben Kopfläuse keine Chance: Das 2-Stufen-Dimeticon tötet die Parasiten mit einem physikalischen Wirkprinzip zuverlässig ab, indem es in deren Atemsystem eindringt und dieses verschließt, sodass der Sauerstoffaustausch blockiert ist. Als NYDA® sensitiv steht das bewährte Präparat nun auch in einer Variante ohne Duft- und Zusatzstoffe zur Verfügung. An der Effektivität ändert sich dadurch nichts: Beide NYDA®-Produkte zeigten in einem standardisiertem invitro-Test (1) eine höhere lausabtötende Wirkung als andere handelsübliche Kopflausmittel. Im Bioassay zeigten die mit NYDA® und NYDA® sensitiv behandelten Läuse keine wesentlichen Lebenszeichen mehr.

NYDA® ist ein behördlich geprüftes und anerkanntes Kopflausmittel, das bei Kindern ab zwei Jahren angewendet werden kann. Es enthält zu 92% zwei unterschiedlich visköse Dimeticone und dringt aufgrund seiner hervorragenden Kriech- und Spreiteigenschaften in das Tracheensystem der Läuse und Larven ein. Dort verdrängt es irreversibel die Luft, was die Parasiten ersticken lässt (2). NYDA® besitzt zudem eine sehr gute eiabtötende Wirkung (3). Im Gegensatz zu chemischen Pediculoziden auf der Basis klassischer neurotoxischer Insektizide belastet das Präparat den menschlichen Organismus nicht mit toxischen Inhaltsstoffen. Das 2-Stufen-Dimeticon ist rezeptfrei in Apotheken erhältlich und für Kinder bis zum zwölften Lebensjahr erstattungsfähig.

Produktweiterentwicklung NYDA® sensitiv

In der Ausgabe 08/2009 waren in der Zeitschrift Öko-Test 13 Läusemittel im Vergleich.* (4) Dabei wurde NYDA® gegen Läuse und Nissen mit dem Gesamturteil „gut“ bewertet: NYDA® überzeugte durch die nachgewiesene Wirksamkeit und die Unbedenklichkeit der Inhaltsstoffe.

Wer auf kosmetische Zusatzstoffe verzichten möchte, kann jetzt auf NYDA® sensitiv ausweichen. Es enthält das bewährte 2-Stufen-Dimeticon in einer mit NYDA® vergleichbaren Konzentration – jedoch keine kosmetischen Duft- und Zusatzstoffe.

* Getestet wurden 13 Kopfläusemittel. Davon wurden vier Produkte mit „gut“ bewertet, drei Produkte mit „ausreichend“, vier Produkte mit „mangelhaft“ und zwei Produkte mit „ungenügend“. Vgl.: Öko-Test 08/2009, Test. Läusemittel, S. 42-43.



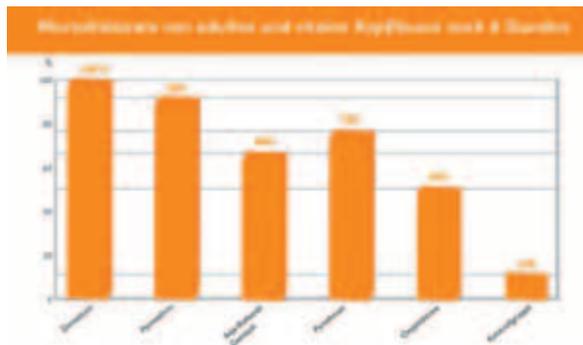
Kopflausbefall ist die häufigste Parasitose im Kindesalter

Keine Abstriche bei der Effektivität

Der Frage, ob das neue NYDA® sensitiv die gleiche Wirkung gegen Läuse erzielt wie das bewährte NYDA®, wurde in einer invitro-Untersuchung (1) nachgegangen. Der Epidemiologe Prof. Dr. Jörg Heukelbach (Universität Ceará, Brasilien) stellte den beiden NYDA®-Produkten vier gebräuchliche und in Deutschland erhältliche Kopflausmittel gegenüber. Es handelte sich dabei um 0,5%iges Permethrin in alkoholischer Lösung, 0,3%igen Pyrethrum-Extrakt, die physikalisch wirkende Substanzmischung Oxyphthirine® sowie ein Läuseshampoo auf Sojaöl-Kokosnussöl-Basis. Für den Bioassay wurden jeweils 50

vitale Läuse nach einem Standardverfahren mit den Prüfsubstanzen behandelt. Dazu wurden die Läuse an Haarsträhnen für drei Minuten vollständig in die jeweiligen Prüfpräparate getaucht und anschließend auf feuchte Filterpapiere platziert. Nach 20 Minuten wurden die Prüfpräparate abgewaschen. Im Anschluss wurden die Läuse mehrfach zwischen fünf und 180 Minuten sowie nach sechs und 24 Stunden auf ihre Vitalzeichen untersucht. Als Maß für die pedikulozide Wirkung diente die Mortalitätsrate der Läuse zu den Beobachtungszeitpunkten. Dabei wurden Läuse mit keinen oder keinen wesentlichen Lebenszeichen („no major vital signs“) als „tot“ bewertet.

In beiden Dimeticon-Gruppen zeigten die Läuse bereits zum ersten Untersuchungszeitpunkt (5 Minuten nach Produktbehandlung) keine wesentlichen Lebenszeichen mehr unter dem Mikroskop und auch bei keiner der späteren Kontrolluntersuchungen wurden stärkere Vitalzeichen registriert. „Die Dimeticon-Produkte sind damit hocheffektiv“, so Heukelbach. Bei den Vergleichsubstanzen setzte die Wirkung erst später ein (Oxyphthirine®, Permethrin, Pyrethrum) und / oder die Parasiten waren zunächst nur vorübergehend immobilisiert und erholten sich wie-



Eine aktuelle Studie zeigt: Im Vergleich verschiedener Kopflaus-Präparate überzeugt lediglich der Wirkstoff Dimeticon mit 100 Prozent Wirksamkeit

der (Shampoo). So betrug die Mortalitätsrate etwa bei Anwendung von Permethrin im Beobachtungszeitraum von 5 Minuten bis 6 Stunden zwischen 76 und 96%; schlechter schnitt der Pyrethrum-Extrakt mit einer Läuse-Letalität von nur 76% nach 6 Stunden ab. In der Kontrollgruppe betrug die Letalität 14% nach 6 Stunden und 89% nach 24 Stunden. „Diese invitro-Untersuchung belegt die überlegene läuse-abtötende Wirkung der Dimeticon-Produkte“, kommentierte Heukelbach. Auch in der praktischen Anwendung dürften deshalb beide NYDA®-Kopflausmittel gleichwertig sein.

Dimeticon – eine sichere Therapieoption

„Hochkonzentrierte Dimeticon-Produkte sind deshalb als eine Alternative zu

den neurotoxisch wirkenden topischen Pedikuloziden anzusehen“, so Heukelbach.

Ein Pluspunkt des Dimeticon-Gemisches ist auch die sehr gute Wirksamkeit. In einer kontrollierten, randomisierten, für den Untersucher verblindeten Studie (5) mit 145 Kindern waren 95% der mit Dimeticon (92%ig, produktgleich mit NYDA®) behandelten Probanden am Tag nach der ersten Behandlung frei von Kopfläusen, im Vergleich zu 67% der mit einer 1%igen Permethrin-Produkt (wässrige Lösung) behandelten Kinder. Auch nach einer Zweitbehandlung, wie sie bei Anwendung von Pedikuloziden obligat ist, waren in der NYDA®-Gruppe mit 97,2 % zu 67,6% signifikant mehr Kinder lausfrei, zudem war die kosmetische Akzeptanz der Dimeticonlösung höher.

Referenzen:

- (1) Heukelbach J, Asenov A, Liesenfeld O, Mirmohammadsadegh A, Oliveira FA: A new two-phase dimeticone pediculicide shows high efficacy in a comparative bioassay. BMC Dermatology 2009, 9:12.
- (2) Richling I und Böckeler W: Lethal effects of treatment with a special dimeticone formula on insects (Orthoptera, Ensifera: Acheta domestica and Anoplura, Phthiraptera: Pediculus humanus) – Insights into physical mechanisms. Arzneimittelforschung 2008, 58 (5), 248-254.
- (3) Sonnenberg S, Oliveira FA, de Melo IL, de Melo Soares MM, Becher H, Heukelbach J: Ovizide Wirksamkeit von over-the-counter-Kopflausprodukten. Monatsschr. Kinderheilkd. 2008, Band 156, suppl. 1, S.82-83.
- (4) Test. Läusemittel, Öko-Test 08/2009, S.42-43.
- (5) Heukelbach J, Pilger D, Oliveira FA, Khakban A, Ariza L, Feldmeier H: A highly efficacious pediculicide based on dimeticone: randomized observer blinded comparative trial. BMC Infect Dis 2008, 8:115.

Nach Informationen von Pohl-Boskamp GmbH, Hohenlockstedt

Spezifische Immuntherapie für Kids:

Oralair® -Starter-Set ist wieder da

Aufgrund der großen Nachfrage aus dem letzten Jahr hat die Firma Stallergenes GmbH ihr Oralair®-Starter-Set wieder neu aufgelegt. Ab sofort können interessierte Ärzte das Set über den Stallergenes Außendienst beziehen.

Bewährte Inhalte unterstützen die tägliche Praxis: Das Starter-Set enthält die bekannte Patientenbroschüre „Alles was du über deine Allergie und deine Behandlung mit Oralair® wissen solltest“. Die Broschüre erklärt Kind gerecht alles Wichtige zum Thema Hyposensibilisierung und wie die Kleinen von der wirksamen 5-Gräser-Tablette profitieren können. Denn die Allergentablette hat ihre Wirksamkeit und Verträglichkeit in umfangreichen klinischen Prüfungen nachgewiesen und entspricht in jeder Hinsicht den Kriterien der modernen, evidenzbasierten Medizin. Dies konnte auch in einer Zulassungsstudie für die Therapie bei Kindern ab fünf Jahren gezeigt werden.

Auch wieder enthalten, ist die Elternbroschüre mit zahlreichen Motivations-tipp für das Kind, denn eine konsequente Einnahme ist entscheidend für den Therapieerfolg. Deshalb darf als zusätzlicher, symbolischer Unterstützer das grüne Uhrenmännchen „Flexi“ nicht fehlen. Flexi erinnert mittels einer Alarmfunktion an die tägliche Tabletteneinnahme. Und damit die Tabletten bei Erinnerung auch direkt griffbereit sind, kann der Blister mit einem Clip am Kopf des Uhrenmännchens befestigt werden.

Nach Informationen von Stallergenes GmbH, Kamp-Lintfort



Probiotika: was ist wissenschaftlich erwiesen?

Die wissenschaftliche Datenlage zum Einsatz von Probiotika im Bereich Funktionalität oder Risikoreduktion von Erkrankungen sowie in Prävention und Therapie wächst seit Jahren kontinuierlich. Eine evidenzbasierte Bestandsaufnahme und Bewertung des aktuellen Forschungsstandes bestimmte den fünften, von Danone unterstützten wissenschaftlichen Workshop. Etwa 80 international führende Forscher und klinische Experten verschiedener Fachrichtungen diskutierten unter der Leitung von Prof. Martin Zeitz, Berlin, und Prof. Stephan Bischoff, Stuttgart, aktuelle Studienergebnisse der relevantesten Anwendungsbereiche.

Wirksamkeit von Probiotika – wissenschaftlich belegt

Laut Prof. Lynne McFarland, Seattle, besteht für ausgewählte probiotische Stämme eine gesicherte Datenlage für bestimmte Formen von Diarrhöen. So zeigte z.B. eine klinische Studie mit 135 älteren, hospitalisierten Menschen, dass der begleitende Verzehr von Actimel® mit der probiotischen Kultur *L. casei* DN-114 001) signifikant das Risiko Antibiotika-assoziiierter Durchfälle und *Clostridium-difficile*-induzierter Diarrhöen reduzieren kann¹.

Auch beim Reizdarmsyndrom (IBS) spricht die Datenlage für den Einsatz von Probiotika: „Der Effekt von Probiotika beim IBS ist keimspezifisch und ausgeprägter für einzelne Symptome als für das ganze Syndrom“ so Prof. Rémy Meier, Liestal. Nachgewiesen sind positive Effekte z.B. für den Joghurt Activia® (probiotische

Kultur *B. lactis* DN-173 010), der u.a. das gastrointestinale Wohlbefinden bei Personen mit IBS-C* verbessern kann².

Außerdem untersuchen klinische Studien seit Jahren den präventiven Einsatz von Probiotika bei Nekrotisierender Enterokolitis (NEC) bei Früh- und Neugeborenen. Prof. Christian Braegger, Zürich, fasste zusammen: „Inzwischen sind bereits mehrere systematische Reviews sowie eine Cochrane-Analyse publiziert worden, aus denen die Schlussfolgerung gezogen werden kann, dass Probiotika das Potenzial haben, das NEK-Risiko bei Früh- und Neugeborenen zu reduzieren.“ Für eine generelle Anwendungsempfehlung sei es derzeit jedoch zu früh.

Weitere Anwendungsgebiete auf dem Prüfstand

Für den Einsatz von Probiotika bei Allergien, Atemwegsinfektionen, gastroente-

rologischen Erkrankungen sowie im perioperativen, intensivmedizinischen Bereich sind noch weitergehende Forschungsarbeiten notwendig, um künftig von Evidenz sprechen zu können. „Doch z.B. liegen bereits große Studien mit insgesamt etwa 2.500 Personen vor, die zeigen, dass der Einsatz von Probiotika Dauer oder Inzidenz von Atemwegserkrankungen reduzieren kann“, so Prof. Jürgen Schrezenmeir, Karlsruhe.

Quellennachweis:

* IBS-C= IBS vom obstipations-dominierten Typ

¹ Hickson M et al., British Medical Journal 2007; 335: 80-83

² Guyonnet D et al., Alimentary Pharmacology & Therapeutics 2007; 26 (3): 475-486

Nach Informationen von Danone GmbH, Haar

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

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. med. Wolfram Hartmann

Tel.: 02732/762900

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

Vizepräsident des BVKJ e.V.

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

Tel.: 08671/5091247

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

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Ulrich Fegeler

Tel.: 030/3626041

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

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Roland Ulmer

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

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Hauptgeschäftsführer: Dipl.-Kfm. Stephan Eßer

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

Geschäftsführerin: Christel Schierbaum

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

Mitgliederverwaltung

Leiterin der Verwaltungsabteilung: Doris Schomburg

E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

Kongressabteilung

Kongresse des BVKJ

Leiterin der Kongressabteilung: Christel Schierbaum

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

E-Mail: bvkj.kongress@uminfo.de

www.kongress.bvkj.de

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

BVKJ Service GmbH

Geschäftsführer: Herr Klaus Lüft

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Ansprechpartnerin in Geschäftsstelle:

Frau Ursula Horst

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

E-Mail: Uschi.horst@uminfo.de

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Christen

E-Mail: Christen@HKA.de

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Frank Riedel

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

Dr. med. Wolfgang Gempp

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

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Sonstige Links

Kinder- und Jugendarzt

www.kinder-undjugendarzt.de

Kinderärzte im Netz

www.kinderaerzte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Pädiatisches Intranet PädInform

www.kinderumwelt.de/kontakt.htm