

bvkJ.

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

Heft 1/09 · 40. (58.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT



Forum:

Redeflussstörungen
im Kindesalter

Fortbildung:

Themen-
schwerpunkt:
Nahrungs-
mittel-
allergien

Berufsfragen:

Pädiatrische
Weiterbildung
in den
Arztpraxen

Magazin:

Quo vadis:
Kinder ohne
Zukunft?



KINDER-UND JUGENDARZT

© Foto: Kubelka, Dreikönigsaktion Hilfswerk der Katholischen Jungschar



bvkj.



Quo vadis: Kinder ohne Zukunft?

Seite 59

Anmerkungen zu dem Theaterstück des englischen Dichters Edward Bond „Die Kinder“

Inhalt 1 | 09

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

Forum

- 3 **Arme Kinder in Deutschland bekommen zu selten Zugang zu Gymnasien**
Regine Hauch
- 5 **Eine Frage an**
- 6 **Stottern und Poltern – Redeflussstörungen im Kindesalter**
Anja Mannhard
- 11 **Mein Tag**
- 12 **Das Leser-Forum**
- 16 **Pädiatrie und Ergotherapie**
Regine Hauch
- 20 **Vermischtes**

Fortbildung

- 21 **Kuhmilchallergie**
Martin Claßen
- 35 **Klinischer Verlauf von Nahrungsmittelallergien**
Silya Ottens
- 42 **Consilium Infectiorum: INH-Chemoprophylaxe**
W. H. Haas
- 44 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**
- 49 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Simone Schneider, Peter H. Höger
- 51 **Impfforum**
Ulrich Heininger

Berufsfragen

- 52 **Pädiatrische Weiterbildung in den Arztpraxen**
Thomas Fischbach
- 54 **Meldung der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen**
Kyrill Makoski
- 56 **Vermischtes**
- 57 **Hausarztvertrag**
- 58 **Sonographiescreening der Säuglingshüfte abrechenbar**
Roland Ulmer
- 58 **Wahlergebnis**

Magazin

- 59 **Quo vadis: Kinder ohne Zukunft?**
Christian Eggers
- 62 **Tagungen**
- 62 **Praxistafel**
- 63 **Die Welt der Kinder im Blick der Maler**
Peter Scharfe
- 64 **Buchtipps**
- 65 **Paediatric-Termine 2009**
- 66 **Fortbildungstermine des BVKJ**
- 67 **Personalien**
- 69 **Nachrichten der Industrie**
- 74 **Wichtige Telefon- und Telefax-Nummern**

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen als Teilbeilagen das Hessen-Päd-Info des Landesverbandes Hessen, das Programmheft Pädiatref 2009 in Köln und ein Flyer der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin bei.

Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

Kuhmilchallergie

Manifestationen am Magen-Darm-Trakt

Unverträglichkeitsreaktionen auf Kuhmilch gehören mit einer Prävalenz von 2–7% zu den häufigsten Allergien überhaupt und sind eine der Hauptursachen für chronische und/oder rezidivierende gastrointestinale Probleme bei Säuglingen. Das Spektrum an klinisch definierten Reaktionsformen ist breit und geht weit über die IgE-vermittelten allergischen Sofortreaktionen hinaus. Haut, Magen-Darm-Trakt, Atemwege und Herz-Kreislauf können beteiligt sein. Reaktionen am Gastrointestinaltrakt bei Kindern werden überwiegend durch nicht-IgE-vermittelte Mechanismen verursacht. Bei klinischen gastrointestinalen Reaktionen nach Genuss von Nahrungsmitteln muss zudem an die Möglichkeit metabolischer und toxischer Intoleranzreaktionen gedacht werden.

Durch eine Kuhmilchallergie ausgelöste Symptome und Beschwerden sind unspezifisch und können auch z.B. durch Infektionen und entzündliche Darmerkrankungen bedingt sein.

Im Bereich des Gastrointestinaltraktes kann eine Reihe klinisch und histologisch charakterisierter Erkrankungen als Folge von Nahrungsalergien unterschieden werden:

- Orales Allergiesyndrom
- Kuhmilchproteininduzierte allergische Sofortreaktion
- Eosinophile Ösophagitis
- Eosinophile Gastritis/Gastroenteritis/Kolitis
- Eosinophile Proktitis des Säuglings
- Kuhmilchproteininduziertes Enterokolitis-Syndrom (FPIES)
- Kuhmilchproteininduzierte Motilitätsstörungen (Obstipation, Gastro-ösophagealer Reflux, Koliken)
- Kuhmilchproteininduzierte Enteropathie

In der vorliegenden Arbeit soll eine praxisorientierte Übersicht über Krankheitsentitäten, Diagnosemöglichkeiten und Therapie der Kuhmilchallergien mit Manifestationen im Gastrointestinaltrakt gegeben werden.

Kuhmilchallergie und der Magen-Darm-Trakt

Kuhmilchallergie und Säuglingsernährung – ein Thema, das die Pädiatrie seit Generationen beschäftigt – behält auch im 21. Jahrhundert seine Aktualität, zumal alle Interventionen zur Prävention nicht zu einem spürbaren Rückgang der Prävalenzen geführt hat.

Die Häufigkeit der Kuhmilchallergie wird mit 2–7% im ersten Lebensjahr angegeben, 6–8% in den ersten drei Lebensjahren. Klinische Reaktionen auf Kuhmilch bzw. kuhmilchhaltige Formula können sehr vielgestaltig sein. Die Forschung der letzten Jahre hat gezeigt, dass das Spektrum an Krankheiten, die durch Kuhmilchunverträglichkeiten ausgelöst werden, noch breiter ist, als man das noch vor 20 Jahren geglaubt hat.

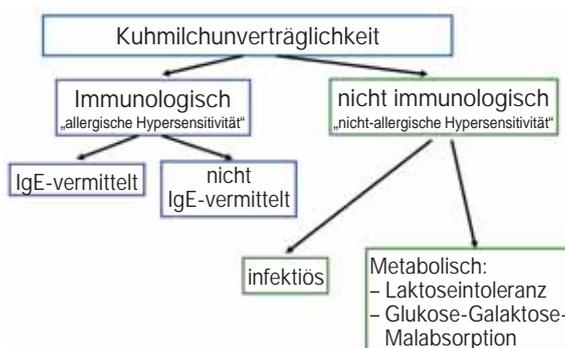
Eltern überdiagnostizieren Kuhmilchallergien bei Ihren Kindern und auch paramedizinische Behandler tun dies. Hierdurch sind alle Pädiater verpflichtet, vermutete Unverträglichkeitsreaktionen ernst zu nehmen, aber auch sauber zu diagnostizieren, um nicht unnötige und potentiell schädliche Auslassdiäten über längere Zeit mit zu verantworten. Dazu soll der vorliegende Artikel beitragen.

Terminologie und Definitionen

Unter einer Kuhmilchallergie versteht man eine adverse Reaktion des Immunsystems auf das Kuhmilchprotein. Das Immunsystem kann entweder über IgE-vermittelte Mechanismen oder über verzögerte, meist zellvermittelte Mechanismen auf Nahrungsproteine reagieren. Von den immunologisch vermittelten Allergien zu trennen sind Intoleranzen wie z.B. die Laktoseintoleranz oder die Glukose-Galaktose-Malabsorption (Abb. 1).

Pathophysiologie

Unter dem Begriff „Kuhmilchallergie“ sammelt sich eine Reihe von Erkrankungen mit unterschiedlichem Immunmechanismus sowie unterschiedlicher Beteiligung einzelner Organe bzw. Teile des Gastrointestinaltraktes. Die exakte Pathogenese der meisten nicht-IgE-



Dr. Martin Claßen

Abb. 1: Mechanismen der Unverträglichkeitsreaktionen gegen Kuhmilch

IgE-vermittelte Allergien gegen Kuhmilch spielen im Gastrointestinaltrakt von Säuglingen nur eine Nebenrolle

vermittelten Nahrungsüberempfindlichkeiten ist unklar; auch gemischte Reaktionsformen mit teilweiser Beteiligung von IgE kommen vor.

Bei den Kuhmilchallergien spielen IgE-medierte, Typ 1-Reaktionen nach Combs und Gell nur eine untergeordnete Rolle: In einer prospektiven Studie von 555 Neugeborenen in Norwegen fand man über das erste Lebensjahr bei 4,9% adverse Reaktionen gegen Milchprotein. Dabei hatten 66% gastrointestinale Symptome, 37% respiratorische Symptome und 37% eine atopische Dermatitis. Nur eins der 27 Kinder hatte eindeutig eine IgE-vermittelte allergische Reaktion!

Verschiedene ätiologische Faktoren wirken in der Genese der Nahrungsmittelallergien zusammen: Genetische Faktoren, die Darmflora, der Zeitpunkt der Zufuhr, die gegebene Menge des Fremdproteins als auch die allergene Potenz der einzelnen Nahrungsproteine. Das Kuhmilchprotein gehört dabei zu den potenten Allergenen.

Kuhmilchprotein ist oft das erste Fremdprotein, das formulaernährte Kinder zugeführt bekommen. Allerdings enthält auch die Muttermilch Spuren von Kuhmilch, sofern die stillende Mutter Kuhmilchprotein zu sich nimmt. Die Konzentration der Kuhmilchproteine in der Muttermilch liegt allerdings 100.000fach unter dem der reinen Kuhmilch.

Kinder mit Kuhmilchallergien vertragen andere Säugtiermilchen meist auch nicht

Die Kuhmilchproteine sind ein Gemisch verschiedener Proteine. Man unterscheidet die Kasein- und Molkefraktion, letztere bestehend aus Alpha-Lactalbumin und Beta-Lactoglobulin. Eine Sensibilisierung kann gegen eins oder mehrere der Proteine der Kuhmilch bestehen. Dieses ist von klinischer Bedeutung, da ein Teil der Proteine aus der Molkefraktion hitzelabil ist und deswegen erhitzte Milchprodukte von einem Teil der Kinder vertragen werden, die auf rohe Kuhmilch reagieren. Ein Teil der Säugetiermilch-Proteine ist für die jeweilige Spezies charakteristisch, andere werden bei vielen Säugetierarten mit hoher struktureller Übereinstimmung produziert. Dies erklärt die Erfahrung, dass ein Kind mit einer Kuhmilchallergie in der Regel gegen Milchen anderer Säugetiere ebenfalls Intoleranzreaktionen zeigt.

Die Prognose einer Kuhmilchallergie, die im ersten Lebensjahr manifest wird, ist durchaus günstig: 87 % der Kinder vertragen das Kuhmilchprotein im Alter von 3 Jahren, wobei das Risiko, eine Erkrankung aus dem atopischen Formenkreis zu entwickeln, erhöht ist.

Wann muss an eine Kuhmilchallergie gedacht werden?

Der Verdacht auf eine Kuhmilchallergie liegt bei einer Vielzahl von Symptomen nahe, ohne dass eines davon beweisend oder gar spezifisch für eine Allergie wäre. Gerade bei Säuglingen sind die Zeichen oft so uncharakteristisch und vieldeutig, dass es bei diesen essentiell ist, überhaupt an die Möglichkeit von Allergien zu denken. Auch bestimmte Symptomkonstellationen, wie der Beginn einer Obstipation im ersten Lebensjahr ohne das Vorliegen eines Mb. Hirschsprung, können auf eine Kuhmilchallergie hinweisen.

Anhaltspunkte für das Vorliegen von Nahrungsalergie sind in Tab. 1 zusammengefasst.

Hinweise auf Kuhmilchunverträglichkeiten als Ursache gastrointestinaler Störungen

- Beginn mit der Einführung von Formula-Milch (oft nach Tagen!)
- Besserung nach Weglassen der Kuhmilchformula
- Ausschluss anatomischer, funktioneller, metabolischer und infektiöser Ursachen
- Fehlender Erfolg einer Therapie, die auf anatomische, funktionelle, metabolische und infektiöse Ursachen gerichtet ist.
- Histologie-Befunde passend zu Allergie
- Besserung durch Corticosteroide
- Typische Symptomkonstellationen

Tab. 1

Die Art der klinischen Symptome hängt neben dem Alter des Kindes davon ab, welcher Abschnitt des Gastrointestinaltraktes an der Reaktion beteiligt ist. Das Spektrum reicht von Dysphagie und Erbrechen über Koliken und Unruhe bis zu Diarrhoe und Obstipation.

Kommt auch eine Laktoseintoleranz in Frage?

Klinische Reaktionen nach Zufuhr von Kuhmilch – vor allem Diarrhö, Bauchschmerz, Meteorismus – stellen **keinen** Beweis für eine allergische Genese dieser Beschwerden dar. Beispielsweise kann Durchfall nach einem erstmalig gegebenen Milch-Getreide-Obst-Brei bei einem bisher gestillten Säugling sowohl eine Reaktion auf das Kuhmilch- oder Getreideprotein darstellen, aber auch auf einen Saccharase-Isomaltase-Mangel oder eine hereditäre Fruktoseintoleranz zurückzuführen sein. Eine Laktoseintoleranz kommt nicht in Frage, wenn das Kind die laktosehaltige Muttermilch vertragen hat. Daneben könnte eine bakterielle Kontamination des Nahrungsmittels zur Reaktion führen.

Speziell **Kohlenhydratmalabsorptionen** haben bei Kindern mit Diarrhoe, Bauchschmerz und Meteorismus eine hohe Prävalenz und sind zudem rasch und eindeutig zu diagnostizieren. Die Laktoseintoleranz, die ja eine wichtige Differentialdiagnose der Reaktion auf Kuhmilch darstellt, spielt allerdings im Säuglingsalter keine so große Rolle wie die Kuhmilchallergien. Jenseits des 6. Lebensjahres wiederum gewinnt die Laktoseintoleranz deutlich die Überhand. Hier ist vor allem an die genetische Laktoseintoleranz zu denken, die ca. 10 % der Kaukasier, aber bis zu 90 % der Asiaten und Afrikaner betrifft. Eine Laktoseintoleranz in den ersten Lebensjahren kommt als Folge eines Dünndarmmukosaschadens vor. Ein Wasserstoffexhalationstest ist bereits bei Säuglingen durchführbar, um diese Diagnose eindeutig zu stellen. Bei einem Beweis einer Laktoseintoleranz muss nach der Ursache eines möglichen Zottenschadens gesucht werden.

Die Glukose-Galaktose-Malabsorption, eine mögliche Differentialdiagnose, ist extrem selten und manifestiert sich mit einer schweren und resistenten Diarrhoe bei einem Neugeborenen.

Die unterschiedlichen Reaktionsformen des Magen-Darmtraktes bei Allergien

Die Zusammenführung klinischer, laborchemischer und endoskopisch-histologischer Befunde hat zur derzeit üblichen Terminologie geführt, die in Tabelle 2 aufgeführt ist.

Nahrungsinduzierte allergische Sofortreaktion am Magen-Darm-Trakt

Bei den allergischen Sofortreaktionen im Magen-Darm-Trakt kommt es innerhalb von Minuten bis eine Stunde nach Einnahme des Nahrungsmittels zu lokaler Schwellung im Mundbereich, Erbrechen und Bauchschmerzen. Der Durchfall kann etwas länger auf sich warten lassen (2 bis 6 Std.). Mitreaktionen anderer Organsysteme (Haut: Urticaria, Angioödem; Lunge: Asthmaanfall; Kreislauf: Hypotension, anaphylaktischer Schock) kommen vor, sind aber nicht zwingend für die Diagnose erforderlich.

Die Diagnosestellung einer allergischen Sofortreaktion ist bei der erstmaligen Zufuhr von Kuhmilch einfach. Schwieriger wird es bei regelmäßiger Zufuhr, bei der chronische Symptome im Vordergrund stehen. Hier helfen anamnestisch eher Pausen der Zufuhr bzw. Reaktionen auf Wechsel der Formula-Nahrung (rasche Symptombesserung), um hierfür Hinweise zu erhalten.

Hilfreich ist in diesem Fall der Nachweis allergenspezifischer Immunglobulin-E-Antikörper im Serum (RAST bzw. CAP-Test) oder im Hauttest. Gastroenterologische Untersuchungen sind in der Regel nicht nötig.

Betroffen sein können alle Altersgruppen vom Säugling bis zum Erwachsenen. Häufig findet man bei den Kindern und in der Familie andere atopische Manifestationen.

Behandelt wird die Immunglobulin-E-vermittelte allergische Sofortreaktion durch ein strenges Vermeiden des auslösenden Allergens. Bei schweren, akuten allergischen Reaktionen sind Antihistaminika und Cortison indiziert. Die Prognose der IgE-vermittelten Kuhmilchallergie bei Säuglingen ist langfristig schlechter als die der nicht IgE-vermittelten: Bei Kindern mit IgE-vermittelter Kuhmilchallergie und Manifestationen aller Organsysteme, diagnostiziert im Alter von 7 Monaten, fanden sich noch bei 26% im Alter von 5 Jahren und 15% im Alter von 8,6 Jahren eine Allergie.

Bei schweren allergischen Reaktionen ist die Versorgung mit einem Notfallausweis und Notfallmedikament unbedingt erforderlich, da gerade bei Kleinkindern das Risiko einer ungewollten Zufuhr hoch ist und lebensbedrohliche Situationen beschrieben wurden.

Eosinophile Erkrankung des Gastrointestinaltraktes

Hier handelt es sich um eine Gruppe von Erkrankungen mit noch nicht eindeutig definierter Pathophysiologie, die ein buntes Bild von Symptomen und Krankhei-

IgE-vermittelt	Klassifikation von Kuhmilchproteinallergien mit Manifestation im Gastrointestinaltrakt
	<ul style="list-style-type: none"> • Kuhmilchinduzierte allergische Sofortreaktion (Klassische Kuhmilchallergie) • allergische eosinophile Ösophagitis • allergische eosinophile Gastritis • allergische eosinophile Gastroenteritis/Colitis • allergische Proktokolitis • Nahrungsproteininduziertes Enterokolitis-Syndrom • Kuhmilchproteininduzierte Motilitätsstörung <ul style="list-style-type: none"> – gastro-ösophagealer Reflux – Obstipation – Säuglingskoliken
nicht-IgE-vermittelt	<ul style="list-style-type: none"> • Nahrungsproteininduzierte Enteropathie (früher: Kuhmilchproteinintoleranz)

Tab. 2

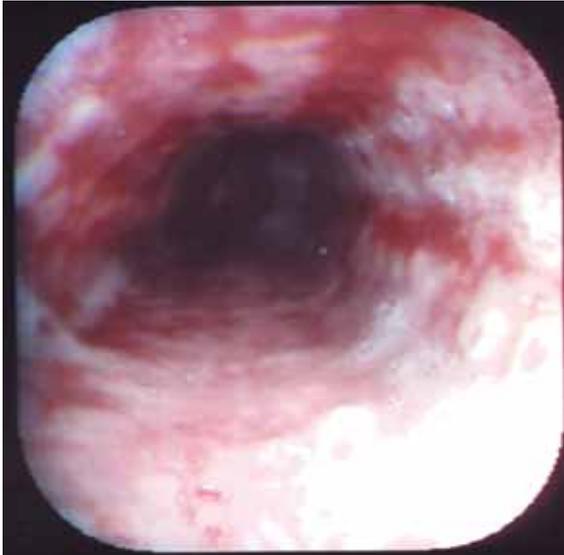
ten hervorrufen können. Betroffen sind einzelne Abschnitte des Gastrointestinaltraktes, nach deren Lokalisation sich die klinische Symptomatik richtet; auch der Befall verschiedener Schichten der Hohlorgane wurde beschrieben.

Eosinophile, die normalerweise im Bereich der Mukosa des Gastrointestinaltraktes (außer im Ösophagus) nicht nachweisbar sind, stellen den histologischen Marker dieser Störungen dar. Für eine Vermehrung von Eosinophilen in der Darmwand können aber neben der Allergie auch Infektionen verantwortlich sein. Entscheidend ist deswegen immer sowohl der Ausschluss infektiöser Ursachen als auch die Quantifizierung der Eosinophilen in Schleimhautbiopsien. Der Beweis der allergologischen Genese und die Identifizierung des auslösenden Allergens gelingen nur über Karenz und Exposition.



Abb. 2: Bolusobstruktion des Ösophagus durch ein Fleischstück bei eosinophiler Ösophagitis (14-jähriger Junge)

Abb. 3:
Ausgeprägte
eosinophile
Ösophagitis
mit Wand-
starre, strei-
fenförmigen
Fibrinaufle-
gerungen und
entzündlichen
Veränderun-
gen



Allergische eosinophile Ösophagitis

Kardinalsymptom dieser Erkrankung sind Schluck-schwierigkeiten/Dysphagie und retrosternale Schmerzen. Oft werden die Kinder durch eine Bolusobstruktion des Ösophagus (z.B. Fleischstücke) erstmalig symptomatisch (Abb. 2). Daneben werden Symptome berichtet, die zu einer Refluxösophagitis passen: Erbrechen, Schmerzen (epigastrisch / retrosternal), Inappetenz und Ge-

wichtsabnahme. Erkrankungsgipfel finden sich im Kleinkindalter und besonders bei Jugendlichen mit einem Überwiegen der Jungen.

Im Gegensatz zur refluxinduzierten Problematik wirken Protonenpumpenhemmer nicht und die pH-Metrie ergibt normale Ergebnisse. Unmittelbare Reaktionen auf Allergenzufuhr fehlen, da fast immer regelmäßig gegessene Allergene – in erster Linie Kuhmilchprotein – die Entzündung auslösen. Inhalationsallergene spielen möglicherweise zusätzlich eine Rolle.

Die **Diagnose** erfordert eine Endoskopie: Makroskopisch fallen Wand-

starre, Granulationen, weißliche Auflagerungen und längsgestellte oder ringförmige Furchen auf (Abb. 3). Entzündliche Veränderungen betreffen typischerweise lange Abschnitte des Ösophagus und nicht – wie bei der Refluxösophagitis – nur die distalen Bereiche. Erosive Defekte sind eher selten. Radiologisch fällt eine Hypomotilität und langstreckige „spastische“ Engstellung des Ösophagus auf (Abb. 4). Unabdingbar ist eine histologische Untersuchung: Der Nachweis von mehr als 15 (–20) Eosinophilen pro Gesichtsfeld bei hoher Vergrößerung sichert die Diagnose (Abb. 5). Bei Kindern wird zusätzlich der Ausschluss einer gastro-ösophagealen Refluxkrankheit gefordert, wenn die Kardinalsymptome zum Reflux passen. In diesem Fall sollte eine pH-Metrie ergänzt werden.

Labordaten helfen in der Diagnostik selten: Eine periphere Eosinophilie und eine Erhöhung des Gesamt-IgE kommen vor, sind aber nicht obligat vorhanden. IgE-AK gegen auslösende Allergene lassen sich nicht regelmäßig nachweisen. Erfolgversprechender sind Patch-Teste gegen native Nahrungsmittel. Typische Auslöser der eosinophilen Ösophagitis in Deutschland sind neben Kuhmilch Hühnerei, Soja und Weizenmehl.

In der **Therapie** steht die Allergenkenz zwar an erster Stelle, ist aber nicht immer praktikabel: Zum einen fehlt oft der Beweis, welches Allergen verantwortlich ist. Zum anderen tolerieren die vorwiegend jugendlichen Betroffenen die diätbedingte Minderung der Lebensqualität nicht. Leider ist es zudem schwierig, den Therapieeffekt einer Diät ohne invasive Untersuchungen nachzuweisen. Bei diagnostischen Reexpositionen vergehen oft Wochen, bis klinische Symptome auftreten. Wegen der schlechten Korrelation zwischen Klinik und Grad der Inflammation der Mukosa müssen Erfolge der Therapie und Reaktionen auf Reexpositionen oft endoskopisch verifiziert werden.

Auch die medikamentöse Therapie und deren Überwachung ist nicht trivial: Systemische Steroide sind nur kurzfristig bei schweren Symptomen (Obstruktion) sinnvoll. Lokale Steroide werden zwar mit Erfolg eingesetzt, prospektive Studien fehlen allerdings. Dosierung, Dauer und Art der Applikation differieren in den kleinen Kollektiven. Eine Consensus-Konferenz empfiehlt die

Abb. 4:
Röntgen
Ösophagus
mit Kontrast-
mittel bei
eosinophiler
Ösophagitis:
Langstreckige
„spastische“
Engstellung
des Öso-
phagus

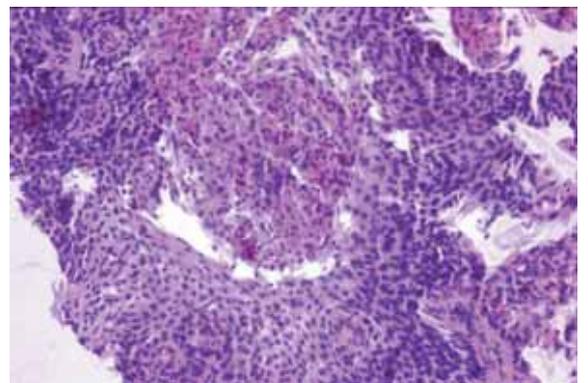


Abb. 5: Histologie eosinophile Ösophagitis (Dr. P. Hanisch, Pathologie Klinikum Bremen Mitte)

Anwendung von Fluticason oder Budesonid in einer Dosis von 440–880 µg/Tag bei Kindern in 2–4 Dosen. Dazu sollte das Inhalationsmedikament geschluckt werden und danach für 30 Minuten nicht gegessen oder getrunken werden. Auch die Herstellung von Budesonid-Gel aus Inhalationslösung plus Gel wird beschrieben. Montelukast verbesserte in kleinen Serien die Dysphagie, ohne den Grad der Inflammation zu vermindern.

Allergische eosinophile Gastritis; Allergische eosinophile Gastroenteritis; Allergische eosinophile Colitis

Auch bei dieser Gruppe von Erkrankungen stellen die Eosinophilen die Marker dar. Variabel präsentiert sich die Symptomatik, die von dem befallenen Darmabschnitt und von der befallenen Schicht (Mukosa/Muskularis/Serosa) abhängig ist mit Symptomen, die isoliert oder in Kombination auftreten können: Bauchschmerzen, Inappetenz, Übelkeit, Gewichtsverlust, Anämie, Diarrhoe (+/-Blut), proteinverlierende Enteropathie. Zudem werden Magenausgangsobstruktion, Ileus (bei Befall der Muskularis) und Aszites (bei Serosabefall) beobachtet.

Die Erkrankungen treten in allen Altersgruppen auf. Nur in einem Teil der Fälle lassen sich Kuhmilch oder auch Ei, Weizen bzw. Soja als Auslöser identifizieren. Wahrscheinlich liegt eine heterogene Ätiologie zugrunde mit Beteiligung sowohl IgE-vermittelter als auch Zellvermittelter Immunmechanismen, wobei die Rolle der Eosinophilen in der pathogenetischen Kaskade noch genauer definiert werden muss.

Laborparameter helfen oft nicht weiter: Das Gesamt-IgE und die peripheren Eosinophilen sind nur in ca. der Hälfte der Fälle erhöht.

Für die **Diagnose** obligatorisch sind Endoskopie plus Histologie sowie der Ausschluss anderer Erkrankungen, die mit Eosinophilie der Mukosa einhergehen (Parasiteninfektionen, Vaskulitiden, chronisch entzündliche Darmerkrankungen). Die Unterscheidung der entzündlichen Veränderungen von anderen chronisch entzündlichen Erkrankungen wie der Colitis ulcerosa fällt makroskopisch schwer: Es finden sich Ödem, aufgehobene Gefäßzeichnung, manchmal auch oberflächliche Ulcerationen (Abb. 6).



Abb. 6: Eosinophile Colitis mit Ödem, aufgehobener Gefäßzeichnung und Fibrinauflagerungen



Abb. 7: Blutiger Stuhl bei eosinophiler Proktocolitis

Eine Eliminationsdiät (Ausschluss potenter, regelmäßig gegebener Allergene wie Kuhmilch, Hühnerei, Weizenmehl) muss 50% erfolgreich sein. Anderenfalls werden Steroide eingesetzt.

Die (allergische) Proktokolitis des jungen Säuglings

Blutige Stühle mit Schleimbeimengungen und leicht verminderter Konsistenz (Abb. 7) bei jungen Säuglingen (typisch 6.–12. Lebenswoche) beunruhigen viele Eltern. Dabei zeigen die Säuglinge wenig Krankheitszeichen (allenfalls eine erhöhte Stuhlfrequenz), haben kein Fieber und gedeihen gut. Auch eine Anämie durch den Blutverlust tritt selten auf. Diese Störung kann sowohl bei gestillten als auch bei Formula-ernährten Kindern beobachtet werden.

Weil ältere, retrospektive Analysen davon ausgingen, dass dieses Problem fast immer allergisch bedingt ist (Kuhmilch als häufigstes Allergen – auch über den Darm der stillenden Mutter aufgenommen und in Spuren in der Muttermilch nachweisbar), wurden in der Regel Auslassdiäten empfohlen. Allerdings ist nach neuen, prospektiven Studien eine allergische Pathogenese nur bei einem Teil der Kinder für die Blutung verantwortlich. Viele Blutungen limitieren sich spontan, was zur fälschlichen Diagnose einer Allergie beiträgt, wenn nach Umsetzen der Nahrung die Besserung im Spontanverlauf

Die Proctocolitis des jungen Säuglings wird nicht allein durch Kuhmilchallergien verursacht

Differentialdiagnose der Meläna bei Säuglingen

- Analfissur; perianale Streptokokken-Infektion
- Infektiöse Colitis (Bakterien, Viren)
- Pseudomembranöse Colitis (Cave: asymptomatische Besiedlung mit Clostridium difficile bei Säuglingen sehr häufig – Toxin-nachweis notwendig)
- Nekrotisierende Enterocolitis, Volvulus
- Meckel-Divertikel
- Mb. Hirschsprung mit Enterocolitis
- Erstmanifestation einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung (Colitis ulcerosa/Mb. Crohn bereits bei Sgl. vorkommend)
- Gerinnungsstörung bei Hepatopathie (z.B. Gallengangsatriesie, Alpha 1-Antitrypsinmangel)

Tab. 3: Differentialdiagnose der Meläna bei kleinen Säuglingen

Vorschlag zum Vorgehen bei Erstpräsentation von jungen, wenig beeinträchtigten Säuglingen mit isolierter rektaler Blutung

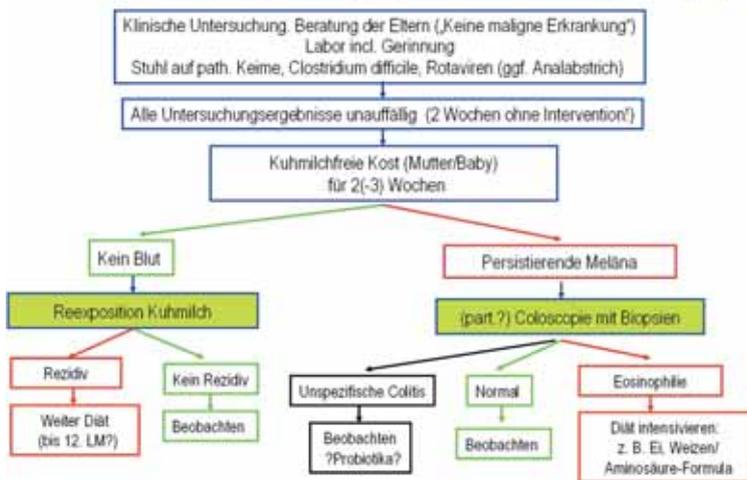


Abb. 8: Flussschema für das Vorgehen bei Säuglingen mit blutigen Stühlen und Verdacht auf eosinophile Proktokolitis

eintritt, aber als Erfolg der Diät eingestuft wird. Insofern wird derzeit empfohlen, zunächst Infektionen (inklusive Clostridium difficile) und andere Erkrankungen dieser Altersgruppe mit analen Blutungen auszuschließen (Tab. 3) und ohne Diät für 2–4 Wochen abzuwarten. Ein eigener Vorschlag für das praktische Vorgehen ist im Flussschema Abb. 8 zusammengefasst.

Wenn eine Infektion ausgeschlossen werden kann und die Blutung nicht spontan innerhalb von 2–4 Wochen aufhört, wäre eine probatorische Diät als nächster Schritt sinnvoll. Falls eine allergische eosinophile Proktokolitis für die Blutbeimengungen verantwortlich ist, richtet sich die allergische Reaktion gegen ein potentes Allergen, das die Mutter in nennenswerten Mengen zu sich nimmt oder gegen das Kuhmilchprotein der Formula-Nahrung. Nach Ernährungsanamnese wird demnach in der mütterlichen Ernährung entweder Kuhmilchprotein und Ei, oder Soja resp. Weizenmehl weggelassen. Alternativ kann diagnostisch eine Aminosäure-Formula für >48 bis 72 Std. die Muttermilch oder die Milchnahrung ersetzen. In dieser Zeit ist mit einer Normalisierung der Stühle zu rechnen. Bei einem Ansprechen auf die Diät muss eine Reexposition zur definitiven Bestätigung der Allergie nach einigen Tagen ergänzt werden.

Allergieinduzierte Motilitätsstörungen (Obstipation, gastro-ösophagealer Reflux) sollten differentialdiagnostisch mehr beachtet werden

Da bei der allergischen Proktokolitis des Säuglings fast nie IgE- oder IgG-Antikörper gegen Nahrungsproteine nachweisbar sind, helfen **Laboruntersuchungen** nur zum Ausschluss anderer Erkrankungen und Komplikationen (z.B. Infektionen, Gerinnungsstörungen, Hepatopathie, Anämie).

Eine **endoskopische Diagnostik** ist nur in den Fällen zwingend notwendig, die sich weder spontan noch bei einem Diätversuch bessern. Bei einer Koloskopie wären dann entweder eine andere Blutungsursache zu finden oder die auf eine eosinophile Colitis hinweisenden Befunde zu sehen: Ödem, noduläre lymphofollikuläre Hyperplasie und Ekchymosen (Abb. 9 und 10).

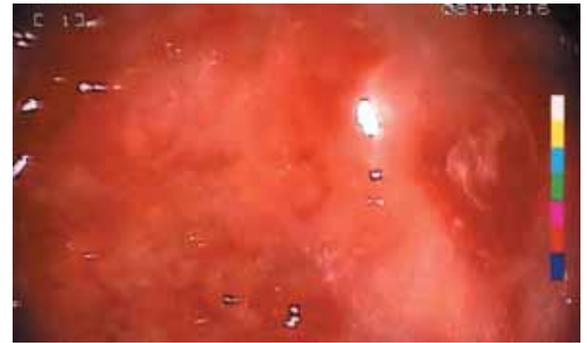


Abb. 9: Eosinophile Säuglingsproktitis mit Ödem und fleckförmigen Ekchymosen

Die Prognose ist unter Diät gut. Interessanterweise prädisponiert diese Erkrankung nicht zu einer längerfristigen Kuhmilchprotein-Allergie. Jenseits des ersten Lebensjahres wird das auslösende Allergen meist wieder vertragen.

Nahrungsproteininduziertes Enterokolitis-Syndrom (FPIES)

Hier handelt es sich um ein seltenes, meist im frühen Säuglingsalter auftretendes, schweres Krankheitsbild mit allergischer Entzündung des Dün- und Dickdarms. Es präsentiert sich oft bei der ersten Ingestion von Kuhmilch, Soja oder Getreide mit profusum Erbrechen, (z.T. blutiger) Diarrhoe, Schock und Azidose, so dass klinisch zunächst auch an einen septischen Schock gedacht wird und die Kinder in die Klinik aufgenommen werden müssen. Sensibilisierungen gegen mehrere Allergene kommen vor, interessanterweise gerade auch gegen Beikost, die allgemein als hypoallergen gilt (Reis, Hafer, Geflügel). Die pathophysiologischen Mechanismen gelten als ungeklärt; vorwiegend scheinen zellvermittelte Reaktionen zugrundezuliegen.

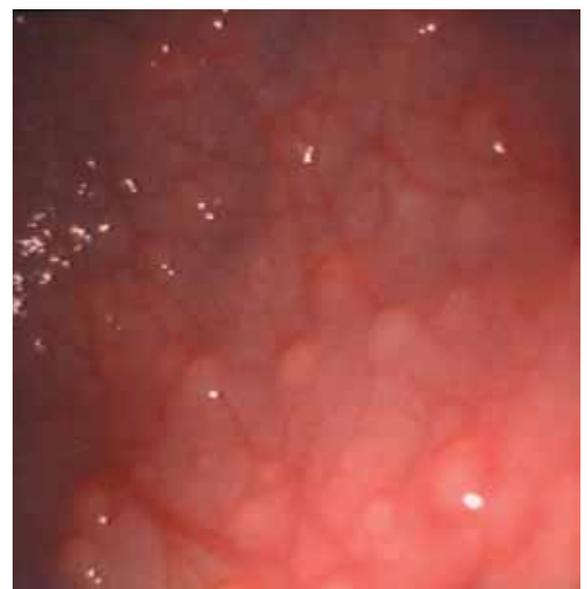


Abb. 10: Eosinophile Colitis bei einem Säugling mit ausgeprägter lymphofollikulärer Hyperplasie der Colonschleimhaut

Den entscheidenden Hinweis auf das nahrungspoteininduzierte Enterocolitis-Syndrom liefert die Anamnese einer schweren akuten Reaktion ohne Nachweis von IgE-Antikörpern und ohne Infektionsnachweis. Schwierig ist es manchmal, Proteine, die als Bindemittel in Säuglingskost eingesetzt werden, als Auslöser zu identifizieren.

Die Laborparameter wie Anämie, Albuminerniedrigung und Leukozytose sind unspezifisch. IgE-Antikörper können nicht nachgewiesen werden. Histologisch finden sich entzündliche Veränderungen in Dünn- und/oder Dickdarm und eine fleckförmige Zottenatrophie. Die Diagnose wird durch Karenz (dabei Formulaernährung mit extensivem Hydrolysat oder Aminosäuren) über 3–10 Tage und Exposition unter klinischen Bedingungen mit liegendem venösen Zugang gestellt. Nach Exposition entwickeln sich innerhalb von 1–2 Stunden die typischen Symptome sowie eine periphere Leukozytose, nach 4–6 h eine (bisweilen blutige) Diarrhoe. Die Reexposition birgt das Risiko von schweren Hypotensionen und Schock und sollte deswegen nur in Kliniken durchgeführt werden. Bei 90% der Patienten verschwindet die Unverträglichkeit innerhalb von 3 Jahren, der Verlauf bei Sojaallergien ist prolongiert

Nahrungsproteinunverträglichkeiten als Auslöser von gastrointestinales Motilitätsstörungen

Obwohl Motilitätsstörungen (z.B. Erbrechen) Begleitsymptome verschiedener Nahrungsalergien im Gastrointestinaltrakt sind, können auch isolierte Motilitätsstörungen durch nicht IgE-vermittelte Allergien hervorgerufen werden. Hierzu werden sowohl der gastroösophageale Reflux als auch eine Obstipation im Säuglings- und Kleinkindalter und Säuglingskoliken gerechnet.

Bei den Säuglingen und Kleinkindern mit **nahrungsallergieinduziertem gastroösophagealen Reflux** findet man häufig begleitende Symptome von Seiten des Darmtraktes (oft auch eine Enteropathie) und eine fehlende Besserung der Refluxsymptomatik unter der Antireflux-Standardtherapie. Vor allem bei Säuglingen mit rez. Spucken und Erbrechen hat es sich klinisch durchaus bewährt, einen Versuch mit einer kuhmilchfreien Ernährung über 3–4 Wochen zu machen, bevor man die invasive Reflux-Diagnostik (Endoskopie/pH-Metrie) beginnt! In diesen Fällen kann ein klinisches Ansprechen auf eine therapeutische Hydrolysatnahrung oder eine Aminosäure-Formula und eine Verschlechterung bei Reexposition die Diagnose erhärten. Die Labortests (speziell IgG-Antikörper) werden noch evaluiert. Endoskopisch-biopsische Kriterien sind bisher nicht ausreichend definiert. Der Zusammenhang zur allergischen eosinophilen Ösophagitis ist bisher unklar.

Auch eine in den ersten zwei Lebensjahren – oft mit der Einführung von Kuhmilchformula oder Beikost beginnende – **Obstipation** mit auffälliger Therapieresistenz kann ein Hinweis auf eine Allergie sein. Pathophysiologisch gibt es Hinweise auf einen erhöhten Tonus der analen Sphinktermuskulatur, der durch die Allergenreaktion ausgelöst wird.



Abb. 11: Perianales Ekzem bei kuhmilchinduzierter Obstipation

Differentialdiagnostisch kommt vor allem ein Mb. Hirschsprung in Frage. Ein Hinweis auf die allergische Genese kann eine perianale Rötung (Abb. 11) und/oder Analfissuren sein. Auch hier kann es sinnvoll sein, zunächst einen Versuch mit einer streng kuhmilchfreien Kost zu unternehmen, bevor invasive Diagnostik in Hinblick auf einen Mb. Hirschsprung begonnen wird. Nach Umsetzen auf eine kuhmilchproteinfreie Ernährung bessert sich die Obstipation innerhalb einiger Wochen. IgE-Antikörper können bei einem kleinen Teil, aber nicht allen Patienten nachgewiesen werden.

Auch bei **Säuglingskoliken** wird über Nahrungsalergien als ätiologischer Faktor diskutiert. Während bei einem großen Teil der Kinder mit Koliken offensichtlich entweder ein Interaktionsproblem oder ein funktionelles Problem vorliegt, liegt bei einer kleinen Untergruppe auch eine Nahrungsproteinunverträglichkeit zugrunde. Diese Gruppe von Patienten bessert sich entweder unter mütterlicher Diät oder nach Umsetzen auf eine Hydrolysat- oder Aminosäuren-Formula. Es gibt bisher keine diagnostischen Tests, mit denen diese Gruppe von Patienten eindeutig eingegrenzt werden kann – auch hier führt nur der Diätversuch weiter.

Kuhmilchproteininduzierte Enteropathie (früher: „Kuhmilchproteinintoleranz“)

Die nahrungspoteininduzierte Enteropathie stellt dagegen eine häufige, auf einem zellulären immunologischen Mechanismus beruhende Erkrankung der Dünndarmmukosa dar. Früher wurde sie als Kuhmilchproteinintoleranz bezeichnet, da typischerweise Kuhmilchprotein die Störung auslöst. Es sind aber auch Reaktionen auf Sojaprotein und Weizenmehl beschrieben. Diese Störung betrifft fast ausschließlich Kinder im ersten Lebensjahr. Bei gestillten Kindern tritt diese Erkrankung nicht auf.

Klinisch fallen die Kinder durch eine allmähliche Symptomentwicklung auf. In 100% tritt eine Diarrhoe, in 67% der Kinder Erbrechen auf. Weitere Symptome können sein: Gedeihstörung, Anämie, proteinverlie-

Abb. 12:
7 Monate alter Säugling mit kuhmilch-induzierter Enteropathie und Gedeihstörung



rende Enteropathie mit Hypoproteinämie sowie ein generalisiertes Malabsorptionssyndrom mit entsprechenden Mangelsituationen für Fett, Spurenelemente und Vitamine (Abb. 12).

Wichtigstes diagnostisches Kriterium der kuhmilchinduzierten Enteropathie ist das Ansprechen auf eine allergenfreie Formula

Bei der kuhmilchproteininduzierten Enteropathie sind nicht IgE-vermittelte Reaktionen sämtliche IgE-Parameter inkl. nahrungspoteinspezifischer IgE-Antikörper negativ. Die Diagnose wird morphologisch durch den Nachweis einer Zottenatrophie mit entzündlicher Reaktion der Schleimhaut und vermehrten intraepithelialen Lymphozyten gestellt. Da diese Veränderungen fleckförmig sind, muss an mehreren Stellen des Dünndarms biopsiert werden. Die histologischen Veränderungen sind nicht spezifisch, sondern finden sich auch bei der Zöliakie, von der die Abgrenzung zum Teil schwierig ist. In vielen Kliniken werden die Kinder nicht routinemäßig biopsisch untersucht, da die Besserung nach Umstellung auf eine kuhmilchfreie Formula deutlich wird.

Eine Besserung tritt in der Regel nach 3 bis 21 Tagen kuhmilch- und/oder sojafreier Nahrung ein. Empfehlenswert ist ein Wechsel auf eine allergenfreie Formula-Nahrung, also entweder auf Aminosäure-Basis oder mit einem extensiven Hydrolysat (HA-Nahrungen reichen hierfür nicht aus!). Ein direkter Wechsel von Kuh- auf Sojamilch sollte wegen des hohen Sensibilisierungsrisikos vermieden werden.

IgG-Antikörper gegen Kuhmilchproteine sind nicht beweiskräftig bei der kuhmilchinduzierten Enteropathie

Die Beweiskraft der IgG-Antikörper gegen Nahrungsproteine war über Jahre Gegenstand der wissenschaftlichen Debatte. Sensitivität und Spezifität dieser Antikörper für die Diagnosestellung einer nahrungspoteininduzierten Enteropathie sind zu gering, um ihren Einsatz zu rechtfertigen. Eine Erhöhung der Antikörper spiegelt in erster Linie eine Dünndarmpermeabilitätssteigerung wider und wird bei vielen anderen entzündlichen Darmkrankungen mit Dünndarmbeteiligung gefunden (postinfektiös, bei Zöliakie oder Mb. Crohn).

Die Prognose dieser Erkrankung ist langfristig gut. Nach einer 1- bis 2-jährigen konsequenten Diät kommt es fast immer zu einem Verschwinden der Unverträglichkeit.

Fazit

Vorgehen bei Verdacht auf Kuhmilchallergie

Bei Verdacht auf eine Kuhmilchallergie sei auch auf den deutschen und den europäischen Konsensus für das Management der Kuhmilchallergie verwiesen, auf denen auch die folgenden Empfehlungen beruhen:

- Positionspapier der GPA, GPGE und Ernährungskommission der DGKJ: Das Vorgehen bei Säuglingen mit Verdacht auf Kuhmilchproteinallergie. Päd Allergologie; 14-17 (2005)
- Vandenplas Y, Koletzko S et al. Guidelines for the diagnosis and management of cow's milk protein allergy in infants. Arch Dis Child. 92:902-8 (2007).

1. Schritt:

Abschätzung des Schweregrades der vermuteten Kuhmilchallergie

Hierzu erfolgen eine klinische Untersuchung sowie eine Registrierung der Gewichtsentwicklung. Hinweise für eine schwere Manifestation sind in Tabelle 4 aufgeführt.

Hinweise für eine schwere Manifestation der Kuhmilchallergie (Vorliegen eines oder mehrerer der folgenden Symptome):

- Gastrointestinal: Gedeihstörung bei chronischer Diarrhoe und/oder rez. Erbrechen und/oder Nahrungsverweigerung; Eisenmangelanämie durch occulten Blutverlust; endoskopisch/histologisch nachgewiesene Enteropathie oder schwere Kolitis
- Dermatologisch: Exsudative oder schwere atopische Dermatitis mit Hypalbuminämie oder Gedeihstörung oder Eisenmangelanämie
- Respiratorisch: Akutes Larynxödem oder bronchiale Obstruktion mit erschwelter Atmung
- Systemische Reaktionen (anaphylaktischer Schock mit Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme)

Nach Vandenplas et al. 2007

Tab. 4: Hinweise auf eine schwere Manifestation einer Kuhmilchallergie (nach Vandenplas et al. 2007)

2. Schritt:

Allergologische und Ernährungs-Anamnese

Erhebung einer allergologischen Anamnese und eines Ernährungs- und Symptomprotokolls. Die Hauptfrage der Anamnese ist der Zusammenhang zwischen der Fütterung von Kuhmilch bzw. HA-Milch und Symptomen sowie die Reaktionen auf bisherige Diätversuche. Auch Reaktionen auf andere Beikostkomponenten bzw. Nahrungsmittel (Ei, Soja, Weizenmehl etc.) sollten erfragt werden.

Es muss der Zeitablauf der Reaktion (Sofortreaktion?) und die Stärke der Reaktion erfragt werden, um die Dringlichkeit der Diagnostik und die Gefährdung durch eine evtl. Reexposition abschätzen zu können. Auch die Menge der Zufuhr von laktose- und fruktosehaltigen Nahrungsmitteln ist wichtig.

Weitere Fragen: Allergische Manifestationen an anderen Organsystemen? Familiäre atopische Erkrankungen?

3. Schritt:

Bei dringenden Verdachtsmomenten auf eine Kuhmilchallergie sollte primär – auch bis zum Erhalt der Ergebnisse der weiteren Diagnostik – eine **Eliminationsdiät** begonnen werden:

Das Fehlen von IgE-Antikörpern und negative Prick-Teste schließen eine Kuhmilchallergie keinesfalls aus

- Bei gestillten Kindern Beratung der Mutter über eine kuhmilchfreie Kost, ergänzt durch eine Calciumsupplementierung der Mutter und zusätzlich der Empfehlung, auch auf Hühnerei (möglichst auch Erdnuss) komplett zu verzichten
- Bei Säuglingen mit milder Manifestation der Kuhmilchallergie Ersatz der Kuhmilch mit einer therapeutischen kuhmilchfreien Nahrung. Hierzu sind die sogenannten extensiven Hydrolysate (Alfare®, Althera®, Pregomin®) und die Aminosäurenahrungen (Neocate®, Pregomin AS®) geeignet. Für die Auswahl sind Geschmacksaspekte bzw. die Akzeptanz der Kinder und Preisaspekte von Bedeutung (Aminosäureformula sind durchweg teurer als die Hydrolysate, schmecken aber weniger bitter). Auch andere potente Allergene sind in der Beikost zu vermeiden (Soja, Ei, Fisch). Falls die Hydrolysatnahrung nicht zu einer Besserung führt, ist auf eine Aminosäurenahrung umzustellen. Ein Scheitern der Diät zeigt entweder, dass die Symptome nicht auf eine Allergie zurückzuführen sind oder dass noch andere Nahrungsalergene eine Rolle spielen.
- Bei Säuglingen mit schwerer Manifestation und Anaphylaxie (Tab. 4) wird aus Sicherheitsgründen eher zur Aminosäureformula geraten.
- Bei älteren Kindern muss eine ausführlich Beratung der Eltern und ggf. des Kindes über eine Meidung von milchhaltigen Nahrungsmitteln erfolgen.

Die Eliminationsdiät sollte je nach Manifestation 2 bis 4 Wochen (bei Colitis und atopischer Dermatitis) durchgeführt werden.

4. Schritt:

Ausschluss infektiöser Erkrankungen (Stuhluntersuchungen; dabei auch an nicht routinemäßig erfasste Erreger wie Clostridium difficile und Parasiten denken, die gerade für protrahierte Symptome verantwortlich sein können – z.B. Kryptosporidien, Lamblien)

5. Schritt:

Laboruntersuchungen, Hauttestungen (Prick, Patch)

Bei Nahrungsalergien muss man sich immer wieder vergegenwärtigen, dass der fehlende Nachweis von IgE-Antikörpern eine nahrungspoteininduzierte Problematik im Gastrointestinaltrakt nicht ausschließt! Fast alle oben angeführten Erkrankungen sind nicht IgE-abhängig oder nur teilweise IgE-abhängig. Trotzdem sollte zur kompletten Diagnostik ein Versuch des Nachweises von IgE-Antikörpern entweder im Hauttest oder im serologischen Test versucht werden. Bei Positivität eines dieser Antikörper kann – abhängig von Titerhöhe und Allergen – auch das Risiko einer akuten allergischen Reaktion bei der Reexposition abgeschätzt werden.

Für verzögerte Reaktionen helfen Patch-Teste mit nativer Kuhmilch besser, eine Reaktion nachzuweisen, ohne eine 100% Sensitivität oder Spezifität zu erreichen. Sensitivität und Spezifität der IgG-Antikörper gegen Nahrungsproteine sind zu niedrig, um ihre allgemeine Anwendung zu rechtfertigen. Ein ungezieltes „Screening“ der IgG4-Antikörper gegen Hunderte von Allergenen, wie

von kommerziellen Laboratorien angeboten, ist abzulehnen.

Positive Befunde in einem der o.g. Teste benötigen grundsätzlich die Bestätigung durch Karenz und Expositionsversuch.

Erhöhungen von Allergie-Mediatoren (Methylhistamin, eosinophiles kationisches Protein [ECP] sowie eosinophiles Protein X [EPX] im Stuhl und Serum) können ein Hinweis auf eine allergische Genese der Erkrankung geben; eine genaue Allergenordnung und ein ätiologischer Beweis ist aber so nicht zu erreichen, da beispielsweise andere entzündliche Erkrankungen oder eine hohe Histaminzufuhr die Ergebnisse verfälschen können.

Selbstverständlich sollten bei ohnehin geplanten Laboruntersuchungen auch die Entzündungsparameter bestimmt werden, um Hinweise auf chronisch entzündliche Darmerkrankungen zu bekommen. Auch der Ausschluss von Mangelzuständen (Eisen, Zink, Albumin etc.) gehört bei V.a. Malabsorptionssyndrome zur Diagnostik. Die fäkalen Inflammationsmarker (Calprotectin, Laktoferrin) differenzieren nicht zwischen allergisch bedingten Entzündungen, chronisch entzündlichen Darmerkrankungen und infektiösen Entero-Kolitiden.

6. Schritt:

Falls die Symptomatik und die Ernährungsanamnese kompatibel sind: **Ausschluss von Nahrungsunverträglichkeiten ohne Beteiligung des Immunsystems**, speziell Kohlenhydratmalabsorptionen durch Wasserstoffexhalationsteste.

7. Schritt:

Falls die Diagnostik der Schritte 1–6 keine Klärung gebracht hat und eine Abgrenzung von anderen entzündlichen Erkrankungen und anatomischen Besonderheiten notwendig ist, sollten **endoskopisch-histologische Untersuchungen** diskutiert werden. Dies gilt besonders bei Verdacht auf eosinophile Erkrankungen. Hier sei auf die Erläuterungen im Text verwiesen.

Durch die Endoskopie ergeben sich zusätzliche und wichtige Möglichkeiten der Zuordnung von vermuteten Unverträglichkeiten. Bei unspezifischen oder uncharakteristischen Symptomen, deren Einordnung als allergische Erkrankung schwer fällt, kann eine endoskopische Diagnostik sowohl zur ätiologischen Klärung als auch zur Etagediagnostik hilfreich sein. Damit kann die Diagnose gesichert werden und oft auch die Motivation zu längerfristiger Diät bei Eltern und Patienten verbessert werden. Auslösende Allergene müssen aber mit allergologischen Werkzeugen identifiziert werden.

8. Schritt:

Wenn unter der Eliminationsdiät eine komplette Besserung der Symptome eingetreten ist, ist eine Reaktion auf die orale Reexposition gegen Kuhmilch als endgültiger Beweis der Reaktion zu fordern.

Bei der **oralen Provokation** sind folgende Gesichtspunkte zu berücksichtigen:

- Wenn IgE-Antikörper gegen Milch in hoher Konzentration (RAST/CAP Klasse ≥ 5) nachweisbar sind bzw.

Endoskopische und histologische Untersuchungen helfen bei der Einordnung vermuteter Nahrungsalergien

Nach Diagnosestellung Kuhmilchallergie sollte eine Ernährungsberatung zur Vermeidung von Mangel- und Fehlernährung erfolgen

- der Prick-Test mit roher Milch Quaddeln > 18 mm gezeigt hat, besteht eine 99%ige Wahrscheinlichkeit einer Reaktion in der oralen Provokation. In diesem Fall sollte die Diät zunächst für weitere 6–12 Monate fortgesetzt und danach die Testung aktualisiert werden.
- Bei jeder Provokation muss berücksichtigt werden, dass die Schwere anamnestischer Reaktionen nicht zwingend die Art und Schwere der Reaktion bei der Provokation vorhersagt.
 - Provokationen sollten unter ärztlicher Überwachung erfolgen und die Kinder noch 2 Stunden nachbeobachtet werden.
 - Bei (Mit-)Reaktionen des Kreislaufs und der Atemwege muss ein i. v.-Zugang vorhanden sein sowie die Möglichkeit rascher Behandlung auf evtl. Reaktionen; diese Provokationen werden also in der Regel in den Kliniken erfolgen.
 - Die Verblindung wird in Studien gefordert und macht aufgrund der Diskrepanzen zwischen elterlicher und ärztlicher Beurteilung einer Allergie auch Sinn. Auf diese Möglichkeit sollte man je nach anamnestischen Hinweisen auch zurückgreifen; angesichts knapper Ressourcen scheint aber eine generelle Verblindung in praxi schwer realisierbar.
 - Für die **Durchführung** gelten folgende Empfehlungen: Nach einer Untersuchung des entkleideten Kindes wird ein Tropfen der Milch bzw. der milchhaltigen For-

mula auf die Lippen des Kindes gegeben. Wenn nach 15 Minuten keine Reaktion erfolgt, wird in steigenden Mengen alle 30 Minuten eine orale Gabe vorgenommen: 0,5 – 1,0 – 3,0 – 10 – 30 – 50 – 100 ml. Falls dies nicht zu einer Reaktion führt, sollten auch in den Folgetagen jeweils mindestens 250 ml pro Tag verabreicht werden.

- Die Eltern werden instruiert, zu Hause auf späte Reaktionen zu achten und das Kind ggf. kurzfristig wieder vorzustellen.

Ist es zu einer eindeutigen Reaktion gekommen, ist die Kuhmilchallergie bewiesen. In diesem Fall sollte die Diät für 12 Monate fortgesetzt und dann die Schritte der Provokation erneut durchgegangen werden. Für die Beikostauswahl bei Säuglingen und die Sicherstellung einer adäquaten Calciumzufuhr ist eine qualifizierte Ernährungsberatung erforderlich.

Interessenkonflikt:

Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dr. Martin Claßen
Abteilung Pädiatrische Gastroenterologie, Hepatologie und Ernährung
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Klinikum Links der Weser
Senator-Weßling Str. 1
28277 Bremen
martin.classen@klinikum-bremen-ldw.de

Red.: Riedel

Betriebswirtschaftliche Beratung für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

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

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

Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:

eine
Vertretung

einen
Weiterbildungsassistenten

einen
Nachfolger

einen
Partner

oder suchen Sie als angehender oder ausgebildeter Pädiater:

eine Vertretungsmöglichkeit

eine Weiterbildungsstelle

eine Praxis/Gemeinschaftspraxis
bzw. ein Jobsharingsangebot

dann wenden Sie sich bitte an die

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

Klinischer Verlauf von Nahrungsmittelallergien

Nahrungsmittelspezifische Unterschiede bei Reaktionstyp und Toleranzinduktion

Trotz umfangreicher Literatur zu Soforttypreaktionen bei Nahrungsmittelallergie im Kindesalter gibt es wenige Daten zu T-Zell-vermittelten Spättypreaktionen. Die hier vorgestellte Arbeit untersucht den Zusammenhang zwischen Ergebnissen oraler Provokationstests, Karenz- und anschließendem Toleranzverhalten einer größeren Zahl nahrungsmittelallergischer Kinder mit atopischer Dermatitis (AD). Es zeigten sich statistisch signifikante nahrungsmittelspezifische Unterschiede sowohl in Bezug auf die Reaktionstypen als auch auf die Toleranzentwicklung. Die Ergebnisse zum klinischen Verlauf nach oralen doppelblinden, Plazebo-kontrollierten Nahrungsmittelprovokationen (DBPCFC) zeigten, dass sich eine Toleranz bei Kindern mit atopischer Dermatitis unabhängig davon entwickelte, ob die Diät streng eingehalten wurde. Dennoch waren drei Viertel aller Eltern von einem positiven Einfluss einer therapeutischen Diät auf den Hautzustand ihrer Kinder überzeugt.

Hintergrund

Nach Daten aus dem aktuellen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey [1] beträgt die Lebenszeitprävalenz der atopischen Dermatitis (AD) bei Kindern im Alter von 0–17 Jahren 13,2 %. **Etwa 33–65 % der Kinder mit Neurodermitis zeigen gleichzeitig eine Nahrungsmittelallergie** [2, 3, 4]. Diese manifestiert sich klinisch häufig an Haut- und Schleimhäuten, am Respirations- und Gastrointestinaltrakt, seltener auch als kardiovaskuläre Reaktion [5]. Bei gleichzeitig bestehender AD können sich an der Haut als Schockorgan nicht nur die klassischen kutanen Reaktionen einer Soforttypallergie, sondern darüber hinaus oder unabhängig hiervon eine Exazerbation des atopischen Ekzems entwickeln [6, 7, 8, 9]. Generell können orale Provokationstestungen mit Nahrungsmittelallergenen bei Patienten mit AD folgende unterschiedliche Reaktionsmuster kombiniert oder isoliert auslösen [10]:

1. IgE-vermittelte Soforttypreaktionen wenige Minuten nach Verzehr, dazu gehören Pruritus, Urtikaria, Quincke-Ödem, makulöse Exantheme, flächige Erytheme, orales Allergiesyndrom, Erbrechen, Diarrhoe, Rhinokonjunktivitis, Asthmaanfalle, Kreislaufreaktionen bis hin zum anaphylaktischen Schock.
2. Rasch auftretender Pruritus, der nachfolgend zu verstärktem Kratzen und damit zur Exazerbation des Ekzems führt (duale Reaktion).
3. Exazerbation der atopischen Dermatitis im zeitlichen Abstand von 6–48 Std. zumeist als Flare-up vorbestehender Ekzeme (Spätreaktion). Diese Reaktion lässt sich insbesondere bei wiederholter Gabe des Nahrungsmittels an aufeinander folgenden Tagen beobachten, wobei spezifisches IgE nicht immer nachgewiesen werden kann.

Trotz umfangreicher Literatur zu Soforttypreaktionen bei Patienten mit AD gibt es bislang kaum Datenmaterial zur Frage T-Zell-vermittelter Spättypreaktionen im Sinne von Ekzemverschlechterungen durch Nahrungsmittel. Es liegen ebenfalls sehr wenige Daten zu dem weiteren Verlauf unter therapeutischer Eliminationsdiät vor. Die hier vorgestellte Untersuchung sollte Aufschluss geben über mögliche nahrungsmittelspezifische Unterschiede der klinischen Reaktionstypen nach oralen doppelblinden, plazebokontrollierten Nahrungsmittelprovokationen (DBPCFC = double-blind, placebo-controlled oral food challenge), über das Karenzverhalten der Betroffenen, die Auswirkungen therapeutischer Diäten auf den Hautzustand der Patienten, sowie mögliche Einflussfaktoren auf eine Toleranzentwicklung bei betroffenen Kindern.

Material und Methodik

Einschlusskriterium war die Diagnose „Atopische Dermatitis“ nach Hanifin und Rajka [11], die nach körperlicher Untersuchung von einem Dermatologen gestellt wurde, sowie ein Alter der Patienten zum Zeitpunkt der DBPCFC von unter 12 Lebensjahren. Eine weitere Voraussetzung für die Teilnahme an der Untersuchung war eine objektivierbare allergische Reaktion vom Sofort- oder Spättyp (Typ I oder Typ IV nach Coombs und Gell [12]) nach DBPCFC. Die Beurteilung des Hautzustandes aller Probanden erfolgte anhand des SCORAD (= severity scoring of atopic dermatitis) [13] am Tag der DBPCFC unmittelbar vor Aufnahme der Provokationsmahlzeit, täglich während der oralen Provokation sowie an den zwei darauf folgenden Tagen. Der SCORAD ist ein von der *European Task Force on Atopic Dermatitis* entwickeltes standardisiertes Bewertungsschema zur Beurteilung der Schwere des Krankheitsbildes der AD.



Dr. rer. biol. hum.
Silya Ottens^{1,2}

Mareike Alter¹,
Kristine Breuer^{1,3},
Annice Heratizadeh¹,
Thomas Werfel¹

1 Klinik für Dermatologie und Venerologie der Medizinischen Hochschule Hannover

2 Praxis für Ernährungstherapie, Hamburg

3 Dermatologisches Zentrum, Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus, Hamburg

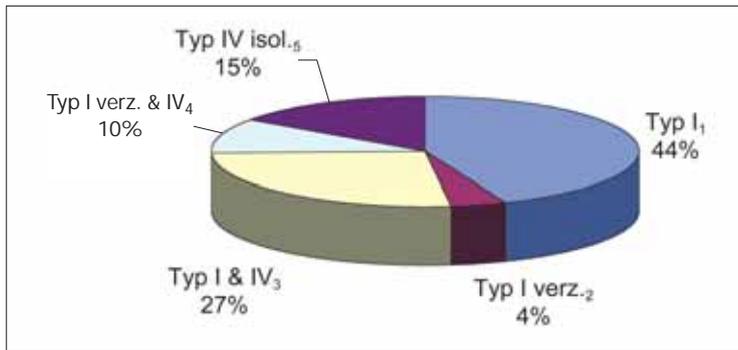


Abb. 1: Verteilung der unterschiedlichen Reaktionstypen bei allen positiven Provokationen (n=98)

- ¹ Soforttypreaktion innerhalb der ersten zwei Std. nach der Provokation
² verzögert einsetzende Soforttypreaktion nach zwei bis sechs Stunden nach der Provokation
³ kombinierte Reaktion aus Soforttypreaktion (1) und Spättypreaktion mit Ekzemverschlechterung (5)
⁴ kombinierte Reaktion aus verzögerter Soforttypreaktion (2) und einer Spättypreaktion mit Ekzemverschlechterung (5)
⁵ Spättypreaktion mit Ekzemverschlechterung nach frühestens sechs bis 48 Std.

Reaktionen, die sich innerhalb der ersten zwei Stunden nach Aufnahme der Mahlzeit zeigten, wurden als Soforttypreaktionen (Typ I-Reaktionen [12]) klassifiziert. Reaktionen, die sich in einem Zeitraum von über zwei bis unter sechs Stunden präsentierten, wurden als verzögerte Soforttypreaktionen eingestuft. Als eine T-Zell-vermittelte Spättypreaktion mit Ekzemverschlechterung (im Sinne einer Typ IV-Reaktion [12]) wurden diejenigen Reaktionen betrachtet, die frühestens sechs Stunden nach Aufnahme der letzten Provokationsmahlzeit auftraten und mit einem signifikanten SCORAD-Anstieg um mindestens 10 Punkte einhergingen. Bei jedem Probanden wurden vor der Provokation das Gesamt-IgE und das nahrungsmittelspezifische IgE (Pharmacia CAP-FEIA Freiburg) bestimmt. Bei fast allen Probanden wurden noch mögliche Sensibilisierungen gegen die Standardauswahl Kindernahrung fx5 (f1-4, 13, 14 = Hühnerei, Kuhmilch, Kabeljau, Weizen, Erdnuss, Soja respektive) mittels CAP-FEIA untersucht.

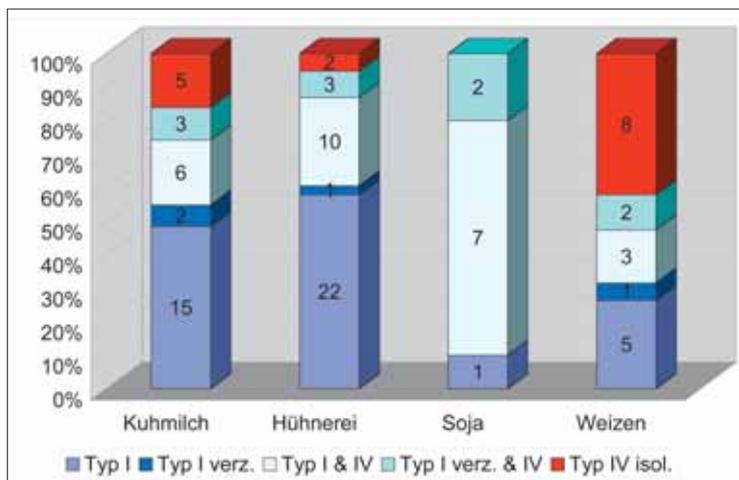


Abb. 2: nahrungsmittelspezifische Verteilung der Reaktionstypen aller Provokationen (n=98)

Insgesamt wurden 268 Nahrungsmittelprovokationen mit 151 Kindern durchgeführt. Die Daten der Kinder mit AD und gleichzeitiger Nahrungsmittelallergie (NMA), die anhand oben beschriebener Kriterien an der Klinik für Dermatologie und Venerologie der Medizinischen Hochschule Hannover diagnostiziert wurde, konnten retrospektiv ausgewertet werden.

Das Alter der Kinder zum Zeitpunkt der Provokation lag zwischen acht Lebensmonaten und 9 Jahren und vier Monaten (Median: 24 Monate). Die Eltern der betroffenen Kinder wurden nach unterschiedlich langen Zeitintervallen einem persönlichen, strukturierten Telefoninterview unterzogen.

Ergebnisse und Diskussion

Reaktionstypen und nahrungsmittelspezifische Unterschiede

Bei 98 der insgesamt 268 durchgeführten oralen Provokationen kam es zu einer allergischen Reaktion auf das provozierende Nahrungsmittel (37 %). Insgesamt reagierten 73 von 151 Kindern (48 %) bei einer oder mehreren oralen Provokationen mit einer klinisch objektivierbaren Reaktion. 44 % der positiven Reaktionen zeigten sich als klassische Soforttypreaktion (siehe Abb. 1). Die tatsächliche Anzahl isolierter Soforttypreaktionen ist jedoch schwer zu bestimmen, da bei knapp einem Viertel dieser Reaktionen (n=10) aufgrund starker Symptomatik systemisch mit Steroiden interveniert wurde. Potenziell folgende Ekzemverschlechterungen könnten somit verhindert worden sein. Bei vier der mit Steroiden behandelten Reaktionen entwickelte sich dennoch anschließend eine deutliche Ekzemverschlechterung (40 %), bei sechs blieb eine Spättypreaktion aus (60 %). Diese sechs isolierten Soforttypreaktionen (14 % der insgesamt 43 isolierten Soforttypreaktionen Reaktionen) sind also diesbezüglich als „unsicher“ einzustufen, da eine potenziell folgende Spättypreaktion möglicherweise nur medikamentös unterdrückt wurde.

Insgesamt kam es bei den 98 positiven Provokationen in 52 % (n=51) zu T-Zell-vermittelten Spättypreaktionen. Diese traten entweder isoliert (n=15) oder kombiniert (n=36) mit Soforttypreaktionen auf. Die Zahl der kombinierten Spättypreaktionen ist aus oben genannten Gründen jedoch möglicherweise noch höher anzusetzen.

Ein nahrungsmittelspezifischer Vergleich der einzelnen Reaktionstypen zeigte statistisch signifikante Unterschiede. In dieser Untersuchung mündeten Weizenprovokationen weitaus seltener in eine isolierte Soforttypreaktion als jene mit Kuhmilch- oder Hühnereiprotein (s. Abb. 2). Dafür zeigte sich bei fast 70 % der Provokationen mit Weizen eine isolierte oder kombinierte Spättypreaktion mit Ekzemverschlechterung. Ebenfalls auffällig waren die Provokationsergebnisse bei Sojaprotein. Hier kam es nur in 10 % der Fälle zu einer isolierten Typ I-Reaktion, bei 90 % der Reaktionen kam noch eine kombinierte Spättypreaktion hinzu (siehe Abb. 2). In der Literatur finden sich immer wieder Hinweise auf die unterschiedliche Reaktivität (allergene Potenz) von Soja im Vergleich zu anderen Nahrungsmittelallergenen. Soja

zeigte in verschiedenen Untersuchungen eine geringere Reaktivität und eine höhere Schwellendosis für die Auslösung allergischer Symptome [14].

Die nahrungsmittelspezifische Häufung einzelner Reaktionstypen ist möglicherweise auf die unterschiedliche chemische Charakteristik des jeweiligen Allergens zurückzuführen. Für die unterschiedlichen Eigenschaften der Allergene in dieser Hinsicht würde auch die Tatsache sprechen, dass sich die in die allergische Reaktion involvierten Organe unterschieden. So waren überraschenderweise gastrointestinale Symptome fast ausschließlich bei positiven Reaktionen auf Hühnereiprotein zu beobachten. Übereinstimmend mit anderen vergleichbaren publizierten Untersuchungen [15], führte Hühnereiprotein in Relation zur Anzahl der Provokationen am häufigsten zu allergischen Reaktionen.

Spezifische Immunglobuline

Sojaallergiker zeigten in dieser Untersuchung ein deutlich höheres Gesamt-IgE als die anderen Patienten. Da das Gesamt-IgE bei Allergikern mit zunehmendem Alter ansteigt [16] und der Altersmedian der Kinder mit Sojaallergie bei Erstprovokation im Vergleich zu den anderen Teilnehmern deutlich höher lag, ist ein höheres Gesamt-IgE bei dieser Untergruppe zu erwarten gewesen.

Nur 78 % der Kinder mit klinisch manifester NMA zeigten eine Sensibilisierung im fx5-Test auf nahrungsmittelspezifisches IgE. Der fx5-Test diente als Screeningtest zum Nachweis von spezifischem IgE gegen häufige Nahrungsmittelallergene (fx5 = Kuhmilch, Hühnerei, Soja, Weizen, Dorsch, Erdnuss). Der Test wurde routinemäßig bei allen Patienten durchgeführt und bei positivem Ergebnis (spezifisches IgE > 0,35 kU/L) weiter in die einzelnen Nahrungsmittel aufgeschlüsselt. 22 % aller fx5-Tests waren negativ (spezifisches IgE < 0,35 kU/L), obwohl die Kinder bei mindestens einem der getesteten Nahrungsmittel bei der DBPCFC eine klinisch objektifizierbare Reaktion zeigten. Bei Kindern mit isolierten Ekzemreaktionen kann dies auf eine isolierte T-Zell-vermittelte Spättypreaktion zurückzuführen sein, bei der das IgE nicht beteiligt sein muss. So konnten wir zeigen, dass bei Erwachsenen mit isolierten Spätreaktionen auf Kuhmilch eine kaseinspezifische T-Zellreaktion auch bei fehlendem Nachweis von entsprechendem IgE zu beobachten ist [17]. In dieser Auswertung wurden jedoch auch Soforttypreaktionen ohne Nachweis von spezifischem IgE beobachtet. Dieses Phänomen ist in der Literatur bekannt [18], obgleich der Pathomechanismus hierfür noch ungeklärt ist. Bei einem Teil der Kuhmilchallergiker könnte die Ursache in einer Monosensibilisierung gegen β -Lactoglobulin liegen. Dieses Molkeprotein der Kuhmilch wird bei der Verdauung enzymatisch verändert, so dass das entscheidende reaktionsauslösende Epitop möglicherweise erst im Gastrointestinaltrakt entsteht [19]. Besonders oft zeigte sich ein fehlendes spezifisches IgE bei positiven Provokationen mit Weizen, was durch Angaben in der Literatur bestätigt wird [18].

Bei etwa einem Viertel aller klinisch nachgewiesenen Nahrungsmittelallergien fehlte die nachweisbare spezifische Sensibilisierung, was deutlich herausstellt,

dass eine alleinige Serumuntersuchung auf spezifisches IgE eine mögliche diagnostische Fehlerquelle bedeuten kann, und dass bei anamnestischen Hinweisen auf eine Nahrungsmittelallergie eine DBPCFC auch bei fehlendem Nachweis einer Sensibilisierung angeboten werden sollte.

Toleranzinduktion

Um den Verlauf der atopischen Dermatitis und der Nahrungsmittelallergie zu überprüfen, wurde ein strukturiertes Telefoninterview mit den Patienteltern durchgeführt. Da die Erstprovokation der Studienteilnehmer zum Zeitpunkt des Interviews unterschiedlich lang zurücklag, reichten die Nachbeobachtungsintervalle von 6 Monaten bis 7 Jahren.

Bei allen tolerant gewordenen Kindern (n=24 von 56 nachverfolgbaren Kindern) des untersuchten Kollektivs zeigte sich, dass sich die Toleranz nach Ablauf von höchstens 39 Monaten nach Erstprovokation einstellte. Daher wurde dieser Zeitraum (39 Monate) für die Einteilung „tolerant“ oder „nicht tolerant“ gewählt. 88 % der NMA waren anamnestischen Angaben zufolge nach 24 Monaten nicht mehr vorhanden. **Der Median bis zur Toleranzentwicklung lag bei 14,5 Monaten.**

15 Kinder zeigten auch nach dem Nachbeobachtungszeitraum von 39 Monaten keine Toleranzinduktion (siehe Abb. 3). Bei 17 der nicht tolerant gewordenen Kinder betrug der Zeitraum zwischen oraler Provokation und Nachbefragung weniger als 39 Monate, so dass bei ihnen immer noch die Möglichkeit einer oralen Toleranzentwicklung bestand.

Die Befragung ergab, dass bei gut der Hälfte der nicht toleranten Kinder (8 von 15) eine Überprüfung der klinischen Persistenz der Allergie durch erneute orale Provokation (inkl. „häusliches Ausprobieren“) unternommen wurde, obwohl die Klinik die Möglichkeit zur Re-

Bei etwa einem Viertel aller klinisch nachgewiesenen Nahrungsmittelallergien lässt sich kein spezifisches IgE nachweisen.

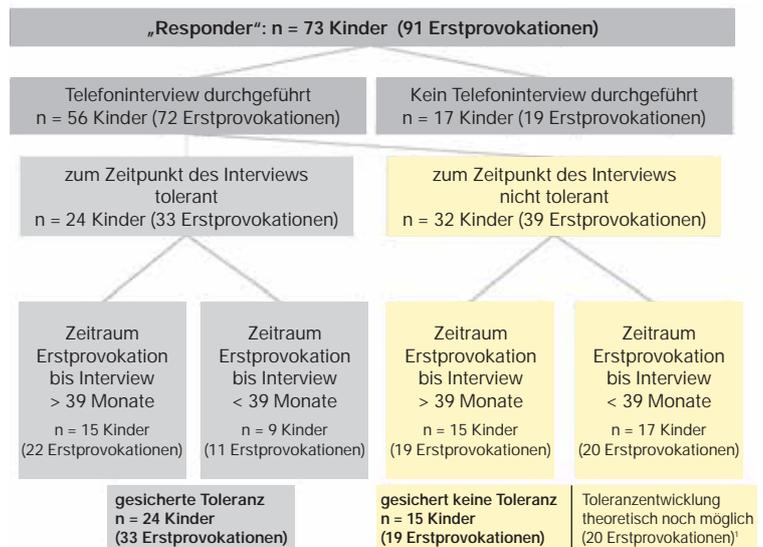


Abb. 3: Toleranzentwicklung und persistierende Nahrungsmittelallergien aller 56 Kinder der interviewten Familien (72 Erstprovokationen) bei einem Nachbeobachtungszeitraum von länger und kürzer als 39 Monaten

¹ Toleranzinduktion zwar theoretisch möglich, aber praktisch eher unwahrscheinlich

Subakute Ekzemreaktion mit abgeblästem Erythem, Infiltration, Bläschenresten und Schuppung



(Quelle: Werfel T: „Atopische Dermatitis visuell“, Georg Thieme Verlag, 2005)

Patienten mit isolierten Spättypreaktionen zeigen deutlich häufiger eine Toleranzentwicklung.

provokation standardisiert angeboten hatte. Die Gründe für eine Ablehnung einer erneuten Reexposition mit dem allergenen Nahrungsmittel seitens der Eltern sind möglicherweise in dem erhöhten Zeitaufwand und der Belastung einer DBPCFC zu sehen. Eine erneute Kontrolle in irgendeiner Form ist hier also nicht erfolgt, so dass sich bei einigen dieser Kinder möglicherweise doch mittlerweile eine Toleranz eingestellt hatte. An dieser Stelle sei angemerkt, dass diesbezüglich noch mehr Aufklärung über die Notwendigkeit einer erneuten Überprüfung der Aktualität der Nahrungsmittelallergie von Seiten der Ärzte oder der Ernährungsfachkräfte geleistet werden sollte, um unnötig lange, oftmals sehr belastende therapeutische Eliminationsdiäten zu verhindern, insbesondere vor dem Hintergrund mehrerer publizierter Fallberichte, denen zufolge es zu erheblichen Nebenwirkungen durch einseitige strenge Diäten über einen langen Zeitraum gekommen war [20].

Die in dieser Untersuchung gefundene Toleranzentwicklung bei 54 % der Patienten liegt deutlich unter den in der Literatur ausgewiesenen Toleranzraten von 80–90 % [21, 22, 23]. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass die publizierten Raten oftmals auf Untersuchungen zurückgehen, die eine Toleranzinduktion bei Patienten im Kleinkindalter mit Kuhmilchallergie untersucht haben, die nicht zwangsläufig gleichzeitig eine AD aufwiesen. Das hier untersuchte Kollektiv war deutlich älter (Altersmedian 24 Monate zum Zeitpunkt der Erstprovokation) und umfasste neben Kuhmilchallergikern

Ekzeme an den Streckseiten der Beine



(Quelle: Werfel T: „Atopische Dermatitis visuell“, Georg Thieme Verlag, 2005)

noch Hühnerei-, Soja- und Weizenallergiker. Boyano-Martinez et al. [24] untersuchten die Toleranzentwicklung bei Kindern mit Hühnereiallergie. Die Untersuchung ergab, dass nur die Hälfte der unter zwei Jahre alten Kinder nach 35 Monaten eine Toleranz zeigte, was den Ergebnissen dieser Arbeit eher entspricht.

Zusammenhang zwischen Toleranzinduktion, Nahrungsmittel und Reaktionstyp und -art

In dieser Untersuchung wurden Weizenallergiker im Verlauf von 39 Monaten nach oraler Provokation zu 100 % tolerant. Daraufhin wurde der Zusammenhang zwischen Toleranzentwicklung und dem Reaktionsmuster unter oraler Provokation überprüft. Dabei zeigte sich, dass die Toleranzrate bei Patienten mit Spättypreaktion höher war als bei Patienten mit isolierter Soforttypreaktion. Patienten mit isolierter Spättypreaktion zeigten in keinem Fall eine gesicherte persistierende Nahrungsmittelallergie, was mit der weiteren Beobachtung, dass alle Weizenallergiker tolerant wurden, vereinbar ist, da diese verhältnismäßig oft eine isolierte Spättypreaktion zeigten.

Die Gruppe der nicht tolerant gewordenen Kinder zeigte im Vergleich eine deutlich höhere relative Häufigkeit an Kindern, die neben kutanen Reaktionen auch gastrointestinale Symptome bei der DBPCFC aufwiesen. Die Gruppe tolerant gewordener Kinder wies fast nur kutane Reaktionen auf. Andere Untersuchungen [24] kamen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass Kinder mit ausschließlich kutanen Reaktionen bei einer Nahrungsmittelallergie eine bessere Prognose bezüglich der Toleranzentwicklung haben, als Kinder mit anderen Symptomen.

Zusammenhang zwischen Toleranzinduktion und nahrungsmittelspezifischem IgE

Obleich eine gewisse Korrelation zwischen der Höhe des spezifischen IgE und dem Ergebnis der entsprechenden DBPCFC besteht [25, 26], lässt die Höhe des spezifischen IgE keine Aussage über die Dauer oder Persistenz einer Nahrungsmittelallergie zu [27].

In dieser Untersuchung zeigte ein Median-Vergleich des spezifischen IgEs zum Zeitpunkt der Provokation zwischen beiden Gruppen (tolerante vs. nicht tolerant gewordene Kinder) jedoch, dass tolerante Kinder unabhängig vom Nahrungsmittel ein deutlich niedrigeres spezifisches IgE zum Zeitpunkt der Erstprovokation aufwiesen (Mittelwert: 5,44 kU/L, Median: 1,27 kU/L) als die, deren NMA persistierte (Mittelwert: 15,57 kU/L, Median: 3,65 kU/L). Dies war nicht auf die Tatsache zurückzuführen, dass alle in diese Untersuchung eingeschlossenen Weizenallergiker zu der Gruppe der toleranten Kinder zählen, obwohl in dieser Untersuchung ebenfalls gezeigt werden konnte, dass gerade Weizenallergiker besonders oft ein fehlendes, bzw. sehr geringes spezifisches IgE aufweisen. Auch unter Ausschluss der Weizenallergiker aus der Gruppe der toleranten Kinder zeigten diese ein deutlich niedrigeres spezifisches IgE zum Zeitpunkt der Erstprovokation (Mittelwert: 6,35 kU/L, Median: 1,39 kU/L) verglichen mit den Kindern, deren Nahrungsmittelallergie persistierte.

Zusammenhang zwischen Toleranzinduktion, Nahrungsmittel und atopischer Familienanamnese

Ein weiterer signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen zeigte sich in der atopischen Familienanamnese ersten Grades. Kinder, die nicht tolerant wurden, hatten fast ausschließlich eine positive atopische Familienanamnese (mindestens ein Verwandter ersten Grades mit einer atopischen Dermatitis, einem Asthma bronchiale allergicum oder einer Rhinitis allergica). Dieser Unterschied war zwar nicht statistisch signifikant, zeigte aber einen deutlichen Trend. Möglicherweise weist die fast durchgängige positive atopische Familienanamnese bei persistierender NMA auf einen genetischen Faktor bei der Toleranzinduktion hin. Bereits 2000 konnten Lee et al. [28] in einer Studie mit 199 betroffenen Familien das Chromosom 3q21 als genetischen Ort atopischer Manifestation lokalisieren. Darüber hinaus war dieser Genlokus deutlich assoziiert mit allergischen Sensibilisierungen und AD bei Kindern, deren Väter betroffen waren. Überraschenderweise stellte sich bei Abfrage der positiven atopischen Familienanamnese im strukturierten Telefoninterview ebenfalls eine Prädominanz der Väter heraus (Geschlechterverhältnis 1,5:1). Zahlreiche Untersuchungen deuten darauf hin, dass der genetische Einfluss auf die Manifestation atopischer Erkrankungen durch beide Eltern nicht gleich groß ist. Es zeigte sich meist jedoch deutlich die überwiegende mütterliche Transmission [29]. Entsprechende Tendenzen wurden auch speziell für die Manifestationsform der atopischen Dermatitis gefunden [30]. Ob die gegensätzlichen Ergebnisse dieser Untersuchung zufällig bedingt sind, oder ob sie ein weiteres spezielles Merkmal von Kindern mit AD und NMA darstellen, könnte möglicher Inhalt zukünftiger Untersuchungen sein.

Karenz

Die Eliminationsdiät ist bisher als die einzige wirkungsvolle therapeutische Intervention bei Nahrungsmittelallergie in der Literatur zu finden [31]. Eine strenge Karenz galt bisher als einzige Möglichkeit, die Chance auf Toleranzinduktion zu erhöhen. Ein Vergleich des Karenzverhaltens der toleranten Kinder mit denen, deren Allergie persistierte, zeigte, dass beide Gruppen sich ähnlich streng an die Diät hielten, bzw. gleich häufig Fehler machten. Der geringe Einfluss der Fehlerfrequenz auf die Toleranzentwicklung, der sich aus dieser Untersuchung ergab, ist daher überraschend.

Alle Eltern gaben an, dass ihre Kinder eine Karenz eingehalten hatten, wenn auch mit unterschiedlicher Fehlerfrequenz, die interfamiliär zwischen „nie“ und „mehrmals wöchentlich“ variierte. Die Hälfte der Eltern gab an, nie gegen die Diät zu verstoßen. Die andere Hälfte sagte aus, dass das Kind das zu meidende Nahrungsmittel unbeabsichtigt vierteljährlich, monatlich, wöchentlich oder häufiger konsumierte. Dabei zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der Häufigkeit der Diätfehler in beiden Gruppen.

Generell ist jedoch davon auszugehen, dass die meisten Kinder deutlich seltener das Nahrungsmittel zu sich nahmen, als sie es ohne empfohlene Karenz getan hätten.



Häufig zeigt sich eine Superinfektion der Ekzemherde mit verstärkter Exsudation und Verkrustung

Möglicherweise ist ein quantitativ eingeschränkter Konsum schon eine wirkungsvolle Intervention im Hinblick auf die AD und die hiermit verbesserte Lebensqualität während der Diätphase, auch wenn diese nur bei einem Teil der Kinder Erfolg im Sinne einer Toleranz brachte. **Die allgemeine Annahme, dass der zwischenzeitliche Konsum des Allergens während der Karenz die Allergie triggert und aufrecht erhält, kann durch die Ergebnisse aus dieser Untersuchung somit nicht weiter beibehalten werden.**

Fast drei Viertel der Elternschaft waren von einem deutlich positiven Einfluss auf den Hautzustand ihrer Kinder überzeugt. Es zeigte sich dabei kein Unterschied bezüglich der verschiedenen Reaktionstypen. Die Hautzustandsverbesserungen wurden hauptsächlich als verminderte Ekzemstärke, verminderter Pruritus und eine geringere Schubfrequenz beschrieben.

In der Literatur ist bekannt, dass sich die Symptomatik der AD bei Kindern bis zum Eintritt ins Schulalter deutlich vermindert, bzw. ganz verschwinden kann. An dieser Stelle fehlt formell eine Kontrollgruppe von nicht-nahrungsmittelallergischen Kindern mit AD, um die Verbesserungsquoten vergleichen zu können. Die Rate der Kinder mit deutlicher Hautverbesserung (91 %) in dieser Untersuchung liegt jedoch eindeutig über dem laut Literatur erwarteten Anteil [32].

Fazit für die Praxis

Nahrungsmittel können allergische Symptome vom Soforttyp und verzögerte Reaktionen auslösen. Dabei zeigen sich nahrungsmittelspezifische Unterschiede bei



Säugling mit generalisiertem Ekzem

Generalisiertes Ekzem beim Säugling



(Quelle: Werfel T: „Atopische Dermatitis visuell“, Georg Thieme Verlag, 2005)

Ernährungs-Symptom-Protokolle sind ein wichtiges Hilfsmittel bei der Diagnostik von Nahrungsmittelallergien bei AD.

Reaktionstyp und Toleranzentwicklung. Bei einem Viertel der Nahrungsmittelallergiker war in unserer Untersuchung kein spezifisches IgE nachweisbar. Dies kam besonders oft bei Weizen, aber auch bei allen anderen getesteten Nahrungsmitteln vor. Diese Tatsache macht deutlich, wie wichtig ein ausführliches Anamnesegespräch mit den Eltern ist. Leider stimmt gerade in Bezug auf Ekzemverschlechterung bei Neurodermitis die Vermutung der Eltern bezüglich eines bestimmten Nahrungsmittels oftmals nicht mit den klinischen Ergebnissen überein. Als Hilfsmittel bei der Diagnostik hat sich ein so genanntes Ernährungs- und Symptomprotokoll bewährt, was am besten über mehrere Wochen von den Eltern zu führen ist. Hierdurch lassen sich oftmals Zusammenhänge zwischen dem Konsum bestimmter Nahrungsmittel und Hautzustandsveränderungen aufdecken und objektivieren. Goldstandard bei der Diagnostik von Nahrungsmittelallergien bleibt aber weiterhin die DBPCFC, die jedoch aufgrund des hohen Zeitaufwands und Risikos oft nur in großen Kliniken durchgeführt werden. Eine aktuelle Leitlinie [33] gibt Hilfestellung bei dieser klinisch oft komplexen Problematik.

Entgegen bisheriger Annahmen ist es nach den Ergebnissen dieser Untersuchung nicht möglich, eine eindeutige Aussage zur Effektivität einer strengen Karenz bezüglich der Toleranzinduktion zu treffen. Ganz im Gegenteil zeigte sich eine Toleranzinduktion auch bei Kindern, die

eine Diätfehlerquote von monatlich oder wöchentlich angaben. **Die hier vorgestellten Ergebnisse bestätigen zwar die Wichtigkeit einer Eliminationsdiät unter dem Aspekt der Reaktions- bzw. Symptomvermeidung und der Hautzustandsverbesserung, relativieren aber andererseits den Druck und die Angst vor Diätfehlern von Eltern und Kindern.**

In dieser Untersuchung konnten dennoch Zusammenhänge zwischen Toleranzinduktion und anderen Parametern gefunden werden. So zeigte sich statistisch signifikant, dass Kinder mit isolierten Spättypreaktionen, Weizenallergie und niedrigem spezifischem IgE häufiger tolerant wurden. Auch eine negative atopische Familienanamnese scheint die Chance zu erhöhen. Es wäre wünschenswert, wenn diese Ergebnisse durch weitere Untersuchungen an größeren Kollektiven validiert werden.

Ebenfalls sollte an dieser Stelle noch einmal die Dringlichkeit einer fachkompetenten Diätberatung betroffener Familien durch qualifizierte Diätassistenten/innen oder Ökotrophologen/innen herausgestellt werden. Die im Telefoninterview standardisiert erfragten Probleme und Schwierigkeiten der Familie durch die Nahrungsmittelallergie des Kindes, weisen fast durchgängig auf eine große Unsicherheit bei der Nahrungsmittelauswahl, alternativen Verzehrsempfehlungen, Kostzusammenstellung und Deklarationslisten hin. Hinzu kommt, dass häufig individuelle Restriktionen und pauschale „Neurodermitisdiäten“ befolgt werden, die durch die Laienpresse oder „Mund-zu-Mund-Propaganda“ vermittelt werden. Neben dem Risiko einer Mangelernährung bringen diese Pauschalempfehlungen häufig Verunsicherung und erhöhten Leidensdruck der Kinder. Viele Fragen und Missverständnisse können in wenigen Beratungseinheiten geklärt und gelöst werden, was nicht nur zu einer bedarfsgerechten Ernährung des Kindes führt, sondern zudem belastende Ängste vermindert und somit zu einer verbesserten Lebensqualität führen kann. Eine Ernährungsfachkraft könnte den Kinderarzt bei der Durchführung diagnostischer Eliminationsdiäten und der zeitaufwendigen Auswertung der Protokolle unterstützen und entlasten.

Literatur bei den Verfassern

Korrespondenzadresse:
Dr. rer. biol. hum. Silya Ottens
Heideknick 40
22393 Hamburg
silya.ottens@t-online.de

Red.: Christen

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

INH-Chemoprophylaxe

Soll eine INH-Chemoprophylaxe auch dann noch erfolgen, wenn der Kontakt zum Indexpatienten mehr als drei Monate zurückliegt und bisher keine Infektionszeichen festgestellt wurden?

CONSILIUM
INFECTORUM

Priv.-Doz. Dr. med.
W. H. Haas

Frage: Ich betreue ein 2^{1/2}-jähriges Mädchen, das vor sechs Monaten Kontakt zum Großvater hatte, der ca. zwei Wochen später an einer Miliartuberkulose verstarb. Damals war der GT10-Test negativ, es wurde keine Isoniazidprophylaxe eingeleitet. Der jetzt erstellte Röntgenthorax ist ohne Befund, ein aktuell durchgeführter GT50-Test ist außerdem negativ.

Soll jetzt zusätzlich mit γ -Interferontests getestet werden?

Ist außerdem eine Isoniazidprophylaxe erforderlich?

Antwort:

Anmerkung zur Vorgeschichte: Nach einem Kontakt eines Kleinkindes zu einem infektiösen Erwachsenen (zur Infektiosität werden in der Fragestellung keine Angaben gemacht) ist grundsätzlich von einer Infektion auszugehen. Daher hätte entsprechend der Empfehlungen der *Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie* direkt im Anschluss an den Kontakt und nach Abschluss einer bestehenden Erkrankung des Kindes **unabhängig vom Ergebnis des Tuberkulin-Hauttestes** umgehend die Einleitung einer prophylaktischen Chemotherapie mit Isoniazid erfolgen sollen; ggf. mit Anpassung des Medikaments an die Ergebnisse der Resistenztestung des Erregers beim Indexfall. Die erneute Prüfung des Erkrankungs- und Infektionsstatus erfolgt i. d. R. nach 3 Monaten mittels Röntgenaufnahme des Thorax und erneuter Tuberkulin-Testung (Standard: 2 IE RT23).

Bei den folgenden Empfehlungen wird davon ausgegangen, dass bei weiteren Kontaktpersonen des Kindes Erkrankungen an Tuberkulose ausgeschlossen wurden.

Da in dem geschilderten Fall nach dem letzten potenziell infektiösen Kontakt mehr als 3 Monate vergangen

sind, erscheinen die klinische und radiologische Untersuchung zum Ausschluss einer bestehenden Erkrankung und die erneute Durchführung eines Tuberkulin-Hauttestes ausreichend, um eine Infektion des Kindes auszuschließen. Da keine Isoniazidprophylaxe erfolgte und der Hauttest (nach den vorliegenden Angaben) nicht standardisiert durchgeführt wurde, kann zur Erhöhung der diagnostischen Sensitivität ein erneuter Hauttest nach Mendel-Mantoux-Methode (in Standard-Dosis) und bei positivem Ausfall ein Interferon- γ -Bluttest durchgeführt werden. Falls dieser ebenfalls positiv ist, sollte die Einleitung einer präventiven Isoniazidtherapie über 9 Monate erfolgen. Ein isoliert positives Hauttest-Ergebnis bei negativem Bluttest-Ergebnis würde eher für eine falsch-positive Tuberkulinreaktion, z.B. durch Kontakt mit Umweltmykobakterien sprechen. Auf Grund des Alters des Kindes (< 4 Jahre) und des bekannten Kontakts bei einem nicht-geimpften Kind würde ich jedoch bei positivem Hauttest die Durchführung einer Isoniazidtherapie empfehlen.

Literatur bei InfectoPharm

Priv.-Doz. Dr. med. W. H. Haas
Abteilung für Infektionsepidemiologie
Robert Koch-Institut
Seestraße 10
D-13353 Berlin
Germany

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

Efficacy of Family History in Determining Thrombophilia Risk

Dietrich JE et al.; *J Pediatr Adolesc Gynecol* 20, 221-4, August 2007

Die ererbte Thrombophilie (ET) wird als genetisch bedingte Thromboseneigung definiert und ist mit einem erhöhten venösen Thrombo-Embolie (VTE)-Risiko assoziiert. Die VTE tritt im Kindes- und Jugendalter eher selten auf. Thrombophilien führen aber auch schon bei Kindern und Jugendlichen, wenn weitere Risikofaktoren wie Austrocknung, Bettlägrigkeit oder auch Gefäßerkrankungen hinzukommen, zu einem Anstieg des VTE-Risikos. Nowak-Göttl et al. haben über eine signifikante Assoziation zwischen einer ET und dem VTE-Risiko für Faktor V G1691A (Faktor V Leiden), Faktor II G20210A, Protein C- und Protein S-, Antithrombin-Mangel und einem erhöhten Lipoprotein (a) bei Kindern berichtet (Nowak-Göttl, U. et al., *Thrombophilia in the young. Hamostaseologie*, 2008. 28 (1-2): p. 16-20). In einer retrospektiven Analyse von Krankenakten einer Thrombophilie-Ambulanz haben jetzt Dietrich et al. nach frühen kardiovaskulären Ereignissen und VTE in den Familien-Vorgeschichten gesucht, um aus diesen Daten die Wahrscheinlichkeit für eine ET-Belastung der untersuchten Kinder und Jugendlichen zu ermitteln. Damit kann die für die Praxis wichtige Frage diskutiert werden, ob asymptotische Kinder und Jugendliche bei einer familiären Thrombophilie-Belastung auf ihr Risiko untersucht werden sollten.

Methode: Bei einer Kohorte von 88 jungen Frauen, bei denen ein Thrombophilie-Screening in den vergangenen drei Jahren durchgeführt worden war, wurden die Familienvorgeschichten zu kardiovaskulären Ereignissen (Herzinfarkt oder Schlaganfall vor dem Alter von 55 Jahren) und VTE neben Labordaten über eine Thrombophilie-Diagnostik erfasst.

Ergebnisse: In der Kohorte der 88 Studienteilnehmer konnte bei 78 (89%) eine familiäre kardiovaskuläre Vorgeschichte erfasst werden. Nur bei 30 Patienten (34%) wurde eine VTE bekannt. Bei 25 Studienteilnehmern (28%) konnten in der Familienvorgeschichte kardiovaskuläre und VTE-Risikofaktoren dokumentiert werden. Kein Studienteilnehmer war zuvor an einem kardiovas-

kulären Ereignis, einer VTE oder einer Autoimmun-Erkrankung erkrankt gewesen. Bei 47% der Probanden mit einer Thrombophilie konnte mindestens noch eine weitere Anomalie im Gerinnungssystem nachgewiesen werden. Die Familienvorgeschichte mit VTE konnte eine ET in der Kohorte mit einer Sensitivität von 63,2% und einer Spezifität von 74% bei einem positiven Vorhersagewert (engl. Positive predictive value, PPV: der Anteil der Probanden mit einer positiven familiären VTE-Vorgeschichte, bei denen die Zielstörung (ET) nachgewiesen werden kann) von 40% und einem negativen Vorhersagewert (engl. Negative predictive value, NPV) von 88% erfassen. Bei einer Familienvorgeschichte mit einem kardiovaskulären Risiko betrug die Sensitivität 100% und die Spezifität 14,5% bei einem PPV von 24% und einem NPV von 100%. Traten in der Vorgeschichte sowohl kardiovaskuläre Ereignisse als auch VTE auf, betrug die Sensitivität 63% und die Spezifität 84% bei einem PPV von 52% und einem NPV von 89%.

Schlussfolgerungen: Die Autoren schließen aus ihren Daten auf die Bedeutung des Thrombophilie-Screenings für Kinder und Jugendliche bei einer auffälligen Familienvorgeschichte.

Kommentar:

Wann sollten wir bei asymptotischen Kindern und Jugendlichen mit einer familiären Thrombophilie-Belastung ein Screening durchführen? Das Risiko bei Kindern und Jugendlichen, an einer VTE zu erkranken, ist gering und nimmt erst im Laufe des Lebens zu. Eine symptomatische VTE wird nur bei 0,07 von 10.000 Kindern, bei 5,3 von 10.000 stationär aufgenommenen Kindern und bei 24 von 10.000 intensivmedizinisch betreuten Neugeborenen beobachtet. Im Vergleich dazu treten VTE bei 30-500 auf 10.000 Erwachsene auf (Nowak-Göttl, U. et al., *Thromboembolic diseases in neonates and children. Pathophysiol Haemost Thromb*, 2003. 33 (5-6): p. 269-74). Die Familienvorgeschichte mit kardiovaskulären Ereignissen und VTE ist ein starker Prädiktor für eine ET bei asymptotischen Jugendlichen, wie die Ergebnisse von Dietrich et al. zeigen. Das Standardisierungs-Komitee der „International Society of Thrombosis and Haemostasis“ empfiehlt nur eine Abklärung der Thrombophilie bei Kindern und Jugendlichen mit einer VTE. Diese Empfehlung schließt nicht die Untersuchung asymptotischer Kinder und Jugendlicher bei einer familiären Thrombophilie-Belastung ein (Manco-Johnson, M. J. et al., *Laboratory testing for thrombophilia in pediatric patients. On behalf of the Subcommittee for Perinatal and Pediatric Thrombosis and Haemostasis (ISTH). Thromb Haemost*, 2002. 88 (1): p. 155-6). Vielleicht greifen die publizierten Leitlinien in der Praxis hier zu kurz und müssen überdacht werden. Die von Nowak-Göttl et al. a.O. publizierten Daten sprechen zumindest für die großzügige Anwendung von Thrombophilie-Screening-Programmen. Das Thrombophilie-Screening kann mit dem Cholesterol-Screening verglichen werden. Die Ergebnisse beider Screening-Verfahren weisen auf möglicherweise erhöhte Risiken hin, können aber nicht voraussagen, ob die Betroffenen einen Herzinfarkt oder eine VTE erleiden werden. Im Rahmen der Prävention kann aber Einfluss auf die Lebensführung genommen werden, um eine Realisation des erhöhten Risikos z.B. bei Flugreisen, hormoneller Anti-Konzeption, Schwangerschaft, chirurgischen Eingriffen oder Bettlägrigkeit durch entsprechende Präventivmaßnahmen zu vermeiden. Eltern mit einer diagnostizierten Thrombophilie sind beunruhigt und möchten wissen, ob ihre

Kinder ebenfalls betroffen sind. Nur ein negatives Screening-Ergebnis schließt eine Thrombophilie aus. Wahrscheinlich ist der Nutzen der Information für die betroffenen Eltern, Kinder und vielleicht auch für die Gesellschaft größer als der Schaden, der durch eine frühe Diagnose und vielleicht auch durch eine damit verursachte Beunruhigung der Betroffenen angerichtet werden kann. (Jürgen Hower, Mülheim a.d. Ruhr)

Identification of Urinary Biomarkers by Proteomics in Newborns: Use in Obstructive Nephropathy

Decramer S et al.; *Contrib Nephrol.*;160:127-141, 2008

Bei Kindern mit Ureterabgangsstenose ist es wichtig festzustellen, ob diese in ihrer Zukunft eine operative Nierenbeckoplastik benötigen. Bisher gibt es keine nicht-invasiven Biomarker, die die üblichen belastenden nuklearmedizinischen Untersuchungen ersetzen. Anhand einer Urin-Proteom-Analyse mittels Kapillarelektrophorese mit nachgeschalteter „Time-of-flight“-Massenspektrometrie (CE-MS) konnten in dieser Arbeit 53 Proteine/Peptide identifiziert werden, die bei einer unabhängigen Kontrollgruppe von 36 Kindern mit Ureterabgangsstenose mehrere Monate vor Operation die Operationsbedürftigkeit mit einem positiven prädiktiven Wert von 97% vorhersagen konnten.

Kommentar:

Die Urinproteomanalyse („Proteomics“) bietet eine nicht-invasive Möglichkeit, verschiedene extrarenale und renale Erkrankungen aus einem einfachen Spontanurin zu diagnostizieren. Mit dieser Arbeit konnte erstmalig gezeigt werden, dass die Urinproteomanalyse auch ein pädiatrisches Krankheitsbild wie den klinischen Verlauf der Ureterabgangsstenose sicher vorhersagen kann. Im Moment sind Proteommuster für die verschiedenen Grade des vesiko-ureteralen Refluxes in Entwicklung, die zukünftig Kindern wahrscheinlich viele Miktions-Uretero-Cystogramme ersparen werden. Bisher ist die Kostenübernahme durch gesetzliche Krankenkassen noch nicht geklärt. Es besteht aber bereits jetzt die Möglichkeit, die Untersuchungen als „Routine“ an kommerzielle Anbieter zu verschicken, wenn die Kosten selbst getragen werden. Die Diagnosestellung über „Proteomics“ wird in den nächsten Jahren gerade wegen ihres nicht-invasiven Charakters in der Pädiatrie breiten Einzugs halten. (Lars Pape, Hannover)

Clinical Characteristics of Human Bocavirus Infections and Other Respiratory Viruses in Spanish Children

Calvo C et al., *Pediatr Infect Dis J* 27: 677-680, August 2008

Die Bedeutung des humanen Bocavirus für Infektionen der unteren Atemwege bei Kindern wird augenblicklich lebhaft diskutiert, insbesondere da in zahlreichen Fällen eine Ko-Infektion mit anderen Erregern nachgewiesen werden kann. In

Für Ihre Patienten nur die Nr.1**

Neu*

Mit Aut-Ideem Kreuz zum Therapieerfolg!

Mit Ibuprofen. Für jedes Kindesalter.***

Bei Fieber und Schmerzen

z.B. NUROFEN® Junior Fiebersaft Erdbeer 2%:

- Für Kinder ab 6 Monaten
- Ohne Zusatz von Zucker, Alkohol
- Ohne Farb- und Konservierungsstoffe
- Qualität zum Festbetrag



*NEU:
NUROFEN® Junior Fiebersaft 2%
jetzt auch mit Erdbeer-Geschmack!



NUROFEN

** AC Nielsen Marktanteil NUROFEN® Gesamtmarke nach Wert, Kinderschmerzmittel, November 2007 bis Oktober 2008.
*** Ab 3 Monaten (5 kg).

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

Reckitt Benckiser Deutschland GmbH, 68004 Mannheim.



einer prospektiven Studie vom Severo Ochoa Hospital in Madrid wurden bei 710 Kindern unter 14 Jahre, die in einem Zweijahres-Zeitraum wegen unterer Atemwegsinfektionen stationär behandelt worden waren, virologische Untersuchungen aus Nasopharynxsekret auf humanes Bocavirus (HBoV) und 15 andere respiratorische Viren mittels PCR durchgeführt. Ein positives Ergebnis wurde bei 435 Kindern (61.2%) gefunden, in 308 Fällen wurde ein einzelnes Virus entdeckt. HBoV wurde in 13.9% der Nasopharynxsekrete gefunden, als einzelnes Virus allerdings nur in 35 Fällen (4.9). Die meisten Patienten mit HBoV (75%) waren über 26 Monate alt, die häufigste klinische Diagnose war „Rezidivierende obstruktive Bronchitis“ (53%) und „Bronchiolitis“ (32%). Der klinische Verlauf bei HBoV-Infektionen war unterschiedlich zu denen mit anderen Viren. Im Vergleich zu RSV-Infektionen waren die HBoV-infizierten Kinder älter, eine Bronchiolitis trat seltener auf. Im Vergleich zur Adenovirus-Infektion hatten die HBoV-infizierten Patienten weniger Fieber und im Vergleich zu Rhinovirus-assoziierten Infektionen weniger Hypoxien. Insgesamt war aber der HBoV der vierthäufigste Erreger nach RSV, Rhinovirus und Adenovirus bei den stationär behandelten Kindern mit Atemwegsinfektionen.

Kommentar:

Wir haben bisher wenig erfahren über diesen Virus, auch ist unklar, welche Folgen er bei den Kindern hinterlässt. Von RSV und Rhinoviren wissen wir, dass langwierige bronchiale Hyperreaktivitäten resultieren können. In der Zukunft wird diesem Virus sicher mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden müssen, gerade bzgl. dieser Langzeitfolgen. In den heute gängigen Multiplex-PCR-Analysen ist der HBoV-Virus bereits integriert, nur werden diese Analysen aus Kostengründen natürlich sehr selten durchgeführt. (Frank Riedel, Hamburg)

Effectiveness of Maternal Influenza Immunization in Mothers and Infants

K Zanam et al., N Engl J Med 359: 1555-1564, Oktober 2008

In einer prospektiven, kontrollierten und randomisierten Blind-Studie erhielten 340 Frauen in Bangladesch, die sich im dritten Trimester einer Schwangerschaft befanden, entweder inakti-

vierte Influenza-Vakzine Fluarix® (Influenza-Vakzine Gruppe) oder den 23-valenten Pneumokokken-Polysaccharid-Impfstoff Pneumovax® (Kontroll-Gruppe).

Die Mütter wurden bis zu 24 Wochen nach ihrer Entbindung wöchentlich interviewt, um Auskunft über etwaige Erkrankungen zu erhalten. Probanden mit einem fieberhaften Atemwegsinfekt wurden klinisch bewertet. Kranke Säuglinge wurden auf Influenza Antigen getestet. Es wurden die Inzidenz, die Inzidenz-Rate und die Vakzine-Wirkung berechnet.

Die Beobachtung der Mütter und ihrer Säuglinge erstreckte sich von August 2004 – Dezember 2005.

Säuglinge von Influenza-geimpften Mütter hatten weniger laborbestätigte Influenza-Erkrankungen als in der Kontroll-Gruppe (6 zu 16 Fälle) mit einer Vakzine-Effektivität von 63 %. Es wurden 110 Säuglinge mit fieberhaften Atemwegsinfekten in der Influenza-Vakzine Gruppe beobachtet gegenüber 153 in der Kontroll-Gruppe mit einer Vakzine-Effektivität von 29 %. Bei den Müttern war die Rate fieberhafter Atemwegsinfekte in der Vakzine-Gruppe um 36 % niedriger als in der Kontroll-Gruppe. Systematische virologische Untersuchungen in beiden Gruppen konnten aus Kostengründen nicht durchgeführt werden.

Kommentar:

Da es trotz der positiven Daten aus der Literatur bisher keine prospektiven Untersuchungen zur Effektivität einer Influenza-Impfung in der Spätschwangerschaft gibt, muss der vorliegenden Studie grundsätzliche Bedeutung zugemessen werden. Validität und Übertragbarkeit der Studien-Ergebnisse aus Bangladesch, die auf Telefon-Interviews basieren sowie die unzureichenden virologischen Tests bedingen jedoch erhebliche Einschränkungen der Aussagekraft. So ist auch die statistische Aussagefähigkeit begrenzt, die auf einer Influenza-Häufigkeit der Säuglinge von 6 bzw. 16 basiert. Die Studie aus Bangladesch kann somit bestenfalls ein Anstoß sein, weitere prospektive Untersuchungen zu konzipieren, die mit ausreichenden virologischen Untersuchungen einhergehen, damit insbesondere in Epidemie- und Pandemie-Zeiten verwertbare Daten zur Verfügung stehen, um die Influenza-Impfung von Schwangeren nicht nur zum eigenen Schutz, sondern auch zum Schutz der Säuglinge einzusetzen.

Anmerkung: Die Anwendung von Fluarix® (in Deutschland Influxit SSW oder Flud® Novartis Behring) in der Schwangerschaft ist in den USA beschränkt auf Fälle nachgewiesener Impf-Notwendigkeit. (Helmut Helwig, Freiburg)

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

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

(02 21) 6 89 09 21.

Welche Diagnose wird gestellt?

Simone Schneider und Peter H. Höger

Anamnese

Die Patientin litt seit 4 Tagen an einer Infektion der oberen Luftwege mit Temperaturen bis 38° C. Seit dem Aufnahmetag bestand eine Rötung sowie Effloreszenzen im Bereich beider Unterschenkel, Schwellungen beider Sprunggelenke und in diesem Bereich auch Hämatome mit Druckschmerz. Ernsthaften Vorerkrankungen sind nicht bekannt.

Untersuchungsbefund

11 Monate altes Mädchen in mäßig reduziertem AZ mit hochrotem Rachenring ohne Beläge auf den Tonsillen. An beiden Sprunggelenken finden sich ausgedehnte Hämatome und Schwellungen, an beiden Beinen bis zum Gesäß urtikarielle Maculae mit kokardenartig-rundlichen, purpuriformen Patches (Abb. 1).

Labor: CRP 23,8 mg/l, Leukozyten 15,5/nl, Thrombozyten 499/nl, Hb 11,3 g/dl, im Normbereich lagen Gerinnungsstatus, Leberwerte, Kreatinin. Ein Streptokokken-schnelltest war positiv. Stuhl auf okkultes Blut war negativ. Die Abdomensonographie war unauffällig.



Abb. 1

Wie lautet die Diagnose?

Helmut-Stickl-Preis 2009

2009 wird der Helmut-Stickl-Preis zur Förderung des Impfgedankens zum 17. Mal von der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ) ausgeschrieben. Stifter des mit 10.000,- EUR dotierten Preises ist das Unternehmen Sanofi Pasteur MSD. Der Preis wird zu Ehren des 1991 verstorbenen Professors Helmut Stickl verliehen.

Bewerben können sich u. a. niedergelassene Ärzte und Medizinjournalisten. Bewerbungsschluss: **13.05.2009**.

Mehr Infos, Teilnahmebedingungen und Bewerbungsformblätter über

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V.

Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin

Tel.: 030.4000588-0, Fax: 030.4000588-88

E-Mail: kontakt@dakj.de, Internet: www.dakj.de

Diagnose: Korkardenpurpura (Morbus Seidlmayer)

Das „akute hämorrhagische Ödem“ (Morbus Finkelstein) und die „Korkardenpurpura“ (Morbus Seidlmayer) sind Manifestationen der Purpura Schoenlein-Henoch (PSH) im Säuglings- und Kleinkindesalter. Sie manifestieren sich meist im Bereich von Extremitäten und Gesicht mit entweder einer diffusen Schwellung und sekundären Einblutungen (M. Finkelstein) oder durch rundliche Urticae, die durch sekundäre Einblutungen als Korkarden imponieren („Korkardenpurpura“ Seidlmayer). Obwohl ihnen eine leukozytoklasische Vaskulitis und die parainfektiose Genese gemein sind, unterscheiden sich die beiden frühkindlichen Manifestationsformen durch ihre günstige Prognose, d.h. seltenen Organbefall, von der PSH [1,2]. Letztere tritt am häufigsten bei Kindern im Alter zwischen vier bis acht Jahren auf und ist durch die Tetrade palpable Purpura, Arthritis, gastrointestinale Beteiligung und Nephritis gekennzeichnet. Sie kann jedoch generell auch vom Säuglingsalter bis in die Adoleszenz auftreten. Differentialdiagnostisch ist an eine idiopatische thrombozytopenische Purpura, das papulopurritisches Handschuh-Socken-Syndrom, hämorrhagi-

sche Diathesen, Meningokokkämie sowie an ein Erythema exsudativum multiforme (EEM) zu denken. In Unkenntnis der Erkrankung kommt es nicht selten aufgrund der Hämorrhagien zur Fehldiagnose „battered child“. Eine Behandlung der frühkindlichen Manifestationsformen der PSH ist trotz des manchmal dramatischen klinischen Aspekts meist nicht erforderlich.

Literatur

1. Weston, W.L. and D. Orchard, Vascular reactions, in Pediatric Dermatology, L.A. Schachner and R.C. Hansen, Editors. 2003: Edingburgh: Mosby. p. 801 -831.
2. Millard, T., A. Harris, and D. MacDonald, Acute infantile hemorrhagic oedema. J Am Acad Dermatol, 1999. 41 (5 Pt 2): p. 837-9.4.

Dr. Simone Schneider und Prof. Dr. Peter H. Höger
Abteilung Pädiatrie
Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Liliencronstraße 130
22149 Hamburg

Praxiseinrichtungen seit 1976



Behandlungsliege
"Nationalpark-Ranger"

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

- Behandlungsliegen
- Wartezimmer-Spielobjekte
- Praxiseinrichtungen aus Holz

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

Holzmanufaktur Eboldshausen GmbH

An der Schule 4 * 37589 Kalefeld * Tel. 05553 4488 * Fax 2226
www.holzmanufaktur.de * eMail info@holzmanufaktur.de

Varizellen-Impfung: 2-Dosen Schema

Der nunmehr, gemäß aktuellen Fachinformationen (August 2008), bei beiden in Deutschland verfügbaren monovalenten Varizellen-Impfstoffen erfolgte generelle Wechsel vom 1- zum 2-Dosen-Impfschema folgt der Beobachtung, dass 1 Dosis zwar sehr gut (>95%) vor schweren Varizellen schützt, weniger aber vor milder ausgeprägten „Durchbruchvarizellen“, die epidemiologisch von Bedeutung sind, da sie übertragbar sind. Immunologische Studien haben einen möglichen Abstand von bis zu 6 Jahren zwischen Dosis 1 und 2 untersucht, mit positiven Ergebnissen. Da für Sie die Fachinformationen ju-

ristisch bindend sind, muss den Patienten bzw. deren Sorgeberechtigten sowohl bei MMRV- als auch Varizellen-Einzelimpfstoff nunmehr das 2-Dosen-Impfschema empfohlen werden.

Ich gehe davon aus, dass sich die STIKO bald zum Vorgehen für Nachholimpfungen bei bislang einmal monovalent geimpften Kindern äußern wird. Bleibt zu hoffen, dass auch die Kostenerstattung zeitnah geregelt wird. Bis dahin rate ich dazu, beim jeweiligen Krankenversicherer eine Kostengutsprache einzuholen. Mir ist bewusst, dass dies ein zusätzlicher administrativer Aufwand ist.

Vakzinologische Höhepunkte vom Infektiologiekongress ICAAC, Washington D.C., USA

Vom 25. bis 28. Oktober fand der 48. ICAAC Kongress in Washington statt, neben ESPID die wichtigste Veranstaltung, auf der Neuigkeiten aus allen Gebieten der Infektiologie einschließlich Impfungen präsentiert werden.

Rotavirus

Zahlreiche Beiträge zeigten eindrucklich den Rückgang von Rotavirus-Infektionen seit der Einführung des nationalen Impfprogramms im Februar 2006 in den USA. So gingen beispielsweise an der Kinderklinik in Philadelphia die Rotavirus-bedingten Hospitalisationen im Jahr 2008 im Vergleich zur Prävakzine-Aera bei Säuglingen im Alter von 6–11 Monaten um 94% zurück, in den anderen Altersgruppen im Säuglings- und Kleinkindesalter (Herdenimmunität!) um 20–82% (Daskalaki et al., Abstract G1-432). Auf der Basis einer Da-

tenbank einer großen Krankenversicherung errechnete sich nach Einführung der Impfung eine Wirksamkeit von 100% (95% Vertrauensbereich: 61–100) gegen Hospitalisierungen durch Rotavirus-Gastroenteritis, ähnlich wie in den Zulassungsstudien (Mast et al., Abstract G1-433). Ferner wurde das Fehlen einer Assoziation mit Invaginationen oder anderen ernsthaften unerwünschten Wirkungen beschrieben (Irving et al., Abstract G1-439).

Auch wenn es bislang keine STIKO-Empfehlung zur Rotavirus-Impfung gibt: mehr und mehr Krankenversicherungen erstatten die Kosten für die Impfung auf freiwilliger Basis.

Pneumokokken

Die Centers for Disease Control (CDC) bestätigen erneut den positiven Einfluss der Pneumokokken-Konjugatimpfung (Standardimp-



Impfforum

fung im Alter von 2 Monaten bis 2 Jahren) in den USA: Zwischen 1998 und 2006 hat die Inzidenz invasiver Pneumokokken-Erkrankungen in der Gesamtbevölkerung um 45% abgenommen, von 24,4 auf 13,5 pro 100'000. Dies ist auf die rückläufige Inzidenz von Impfstoff-Serotypen von 15,5 auf 1,3 pro 100'000 zurückzuführen, ein Rückgang von 92%. Weiterhin ist eine gewisse Zunahme (von 6,9 auf 9,9 pro 100'000) der Inzidenz von nicht im 7-valenten Impfstoff enthaltenen Serotypen zu verzeichnen. Zwischen 2001 und 2006 hat das Impfprogramm somit insgesamt mehr als 170'000 invasive Infektionen und 10'000 Todesfälle in den USA verhindert, davon die Hälfte bei nicht Geimpften (Herdenimmunität)! (Whitney et al.; Abstract G-761).

Und was tut sich in Deutschland? Wie im Juli 2008 in diesem Forum mitgeteilt (Seite 483) ist seit Mitte 2007 im Vergleich zu den Vorjahren ein signifikanter Rückgang von invasiven Pneumokokken-Erkrankungen vor allem bei Kindern unter 2 Jahren, der primären Zielgruppe für die Impfung, feststellbar (Van der Linden et al.; Abstract G-2110). Dies setzte sich bis in den

Herbst 2008 fort und betrifft in erster Linie den häufigen Serotyp 14, der allein für 25 % der Erkrankungen bei Kindern unter 10 Jahren in den Jahren vor Einführung der Impfung verantwortlich war.

13-valenter Pneumokokken-Konjugatimpfstoff

Eine deutsche Phase III Studie des neuen 13-valenten Impfstoffs von Wyeth zeigte eine gute Verträglichkeit und Immunogenität gegen die im gegenwärtig gebrauchten 7-valenten Impfstoff enthaltenen Serotypen (ohne signifikanten Unterschiede) wie auch gegen die 6 zusätzlichen Serotypen 1, 3, 5, 6A, 7F und 19A (Kieninger et al.; Abstract G-2117). In Großbritannien konnte zudem die Unbedenklichkeit des 13-valenten Impfstoffs bei Koadministration mit DTPa-IPV-Hib und Meningokokken-Gruppe C-Konjugat gezeigt werden.

Prof. Dr. Ulrich Heininger, Basel

Red.: Christen

Pädiatrische Weiterbildung in den Arztpraxen



Dr. med.
Thomas Fischbach

Lange schon ist die kinder- und jugendärztliche Weiterbildung in der Arztpraxis ein Stiefkind unseres Gesundheitssystems. Während ein drohender Arztmangel im Bereich der allgemeinärztlichen Vertragsärzteschaft in einigen insbesondere ländlichen Gebieten bereits besteht und Prognosen zufolge noch wesentlich weiter um sich greifen wird, haben Politik und KBV dies für den Bereich der Kinder- und Jugendmedizin stets in Abrede gestellt und daher eine finanzielle Förderung der Praxisweiterbildung analog zu der der Allgemeinärzte abgelehnt.

Und so findet eine praxisnahe Weiterbildung bei den Kinder- und Jugendärzten aufgrund fehlender Finanzierungsmöglichkeiten bis heute leider nur in sehr geringem Maße statt, obwohl sicherlich niemand bestreiten dürfte, dass Kenntnisse im Bereich der ambulanten Patientenversorgung (beispielsweise in der Prävention, also Kinderfrüherkennungsuntersuchungen und Schutzimpfungen) kaum in der klinischen Ausbildung vermittelt werden.

Der Weg zur Erlangung einer Weiterbildungserlaubnis ist verhältnismäßig unkompliziert. Zu beachten ist eine geteilte Zuständigkeit beider Körperschaften der ärztlichen Selbstverwaltung, also jeweiliger Landesärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung. Voraussetzung für das Erlangen einer **Weiterbildungsbefugnis** durch die Landesärztekammer ist eine mindestens 2-jährige Zulassung als Vertragsarzt sowie eine ebenfalls mindestens 2-jährige Facharztanerkennung im jeweiligen Fachgebiet. **Die Voraussetzungen zur Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis können von Kammer zu Kammer unterschiedlich sein.** Nach Erteilung der Weiterbildungsbefugnis, die im Regelfall auf 1 Jahr im Bereich der Pädiatrie, bei Vorliegen besonderer Weiterbildungsqualifikation des Antragstellers auf maximal 2 Jahre begrenzt ist, muss ein Antrag auf **Genehmigung eines Weiterbildungsassistenten** bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gestellt werden. Hier sind der KV mindestens die Ermächtigung zur Weiterbildung im Fach-/Teilgebiet, die Zulassung der Weiterbildungsstätte, die Approbation bzw. Berufserlaubnis des Weiterbildungsassistenten sowie dessen Mitgliedschaft in einer Ärztekammer nachzuweisen. Nach der Genehmigungserteilung durch die in der Regel zuständige Bezirksstelle der KV muss der weiterbildende Arzt mit dem zu beschäftigenden Weiterbildungsassistenten einen rechtlich zulässigen Arbeitsvertrag auf bestimmte Zeit gemäß § 611 ff BGB abschließen. Es sind grundsätzlich auch Teilzeitregelungen möglich.

Rechtlich betrachtet gilt die von einem Weiterbildungsassistenten erbrachte Arbeitsleistung entspre-

chend der Vorschriften des § 15 SGB V als persönlich erbrachte Leistung des weiterbildenden Praxisarztes. Ein Weiterbildungsassistent arbeitet selbstständig, jedoch unter ärztlicher Aufsicht. Der Ausbilder muss ihn in seiner ärztlichen Tätigkeit entsprechend der Weiterbildungsordnung qualifiziert ausbilden und ihn dabei anleiten, kontrollieren und überwachen. Eine ständige Anwesenheit des weiterbildenden Arztes bei der ärztlichen Tätigkeit ist hingegen nicht erforderlich; es muss jedoch eine kurzfristige Rufbereitschaft gewährleistet sein. Ein Weiterbildungsassistent kann einen Vertragsarzt in dessen Praxis nur vertreten, wenn eine Befähigungsbestätigung der Ärztekammer vorliegt. Diese setzt eine Mindestdauer im Bereich der fachspezifischen Weiterbildung von mindestens 3 Jahren voraus.

Ein Weiterbildungsassistent hat Anspruch auf eine angemessene **Vergütung**, die sich an dem jeweils gültigen Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst (TVöD) orientieren sollte, jedoch grundsätzlich nach einzelvertraglicher Absprache vereinbart wird.

Haftungsrechtlich obliegt dem ausbildenden Arzt grundsätzlich die Verantwortung dafür, mit welchen Aufgaben er den Weiterbildungsassistenten betraut. In diesem Zusammenhang muss sich der Ausbilder vor der Übertragung bestimmter Aufgaben davon überzeugen, dass der Weiterbildungsassistent die zur ordnungsgemäßen Ausführung notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten besitzt. Der Weiterzubildende muss eine **Berufshaftpflichtversicherung** besitzen. Unter bestimmten und abzuklärenden Voraussetzungen kann er in die Versicherung des Arbeitgebers eingeschlossen werden.

Ich selbst beschäftige in meiner Gemeinschaftspraxis seit diesem Jahr eine Weiterbildungsassistentin im letzten Ausbildungsjahr. Die Zusammenarbeit auch mit den Medizinischen Fachangestellten ist hervorragend und die Motivation beider Seiten könnte kaum besser sein. Die Kollegin arbeitet sehr kompetent und selbstständig. Zuweilen aufkommende fachliche oder die Praxisbürokratie betreffende Fragen können zumeist in unmittelbarem zeitlichen Kontext geklärt werden und nicht selten lerne ich selbst etwas dazu. Auch die Patienten haben die Kollegin sehr schnell im ärztlichen Team akzeptiert und so hat sie bereits eine kleine eigene Patienten Klientel gewonnen. Geben auch Sie der pädiatrischen Weiterbildung in Ihrer Praxis eine Chance!

Dr. med. Thomas Fischbach
Gebhardtstr. 17
42719 Solingen
E-Mail: fischbach@kinderaerzte-solingen.de

Red.: ge

Meldung der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen

Gesetzliche Regelungen insbesondere in Nordrhein-Westfalen

Im Zuge der in den letzten Jahren bekannt gewordenen spektakulären Fälle von Kindesmisshandlung und Vernachlässigungen ist immer wieder die Forderung erhoben worden, die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen (gemäß § 26 SGB V) verpflichtend zu machen. Einen entsprechenden Beschluss hat der Bundesrat bereits im Jahre 2006 gefasst (BR-Drs. 823/06). Jedoch ist eine entsprechende Verpflichtung bisher nur in Bayern eingeführt worden. Andere Bundesländer wählen andere Lösungen, teilweise über ein Einladungsverfahren (Bremen, Brandenburg, Schleswig-Holstein), teilweise über Rückmeldungen (Nordrhein-Westfalen).

Teilnahmepflicht – Bayern

Gemäß Art. 14 Abs. 1 des Bayerischen Gesundheits- und Verbraucherschutzgesetzes (GDVG) sind die Personensorgeberechtigten verpflichtet, die Teilnahme ihrer Kinder an den Vorsorgeuntersuchungen sicherzustellen. Die zuständigen Behörden weisen die Eltern auf diese Verpflichtung hin. Sanktionen enthält das GDVG nicht.

Einladung – Bremen, Brandenburg, Schleswig-Holstein

Nach § 14a des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Lande Bremen lädt das zuständige Gesundheitsamt die gesetzlichen Vertreter eines Kindes, bei dem eine Früherkennungsuntersuchung bevorsteht, zu dieser Untersuchung ein. Die Ärzte sind verpflichtet, dem Gesundheitsamt einen Rückmeldebogen zu übersenden. Erfolgt keine Rückmeldung innerhalb einer angemessenen Frist, erinnert das Jugendamt die gesetzlichen Vertreter an die Untersuchung. Erfolgt weiterhin keine Rückmeldung, wird ein Hausbesuch durchgeführt, bei dem der Mitarbeiter des Gesundheitsamtes an die Vorsorgeuntersuchung erinnert. Lehnen die gesetzlichen Vertreter die Vorsorgeuntersuchungen ohne hinreichende und nachgewiesene Gründe ab (welche das auch immer sein mögen), informiert das Gesundheitsamt das Jugendamt. Dieses wird dann weiter in eigener Zuständigkeit tätig.

Auch in Brandenburg lädt das Landesgesundheitsamt die Kinder zu den Vorsorgeuntersuchungen ein (vgl. § 7 Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz). Erfolgt auch nach Erinnerung keine Rückmeldung, informiert das Landesgesundheitsamt den zuständigen Landkreis. Dieser soll „geeignete und angemessene Maßnahmen“ treffen, um auf einer erhöhte Teilnahmerate hinzuwirken. Weitere Konsequenzen sind nicht genannt.

In Schleswig-Holstein wurde eine ähnliche Lösung gewählt. Gemäß § 7a Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (GDG) lädt eine Zentrale Stelle die ge-

setzlichen Vertreter eines Kindes zu den Vorsorgeuntersuchungen ein. Die Ärzte haben die Durchführung der Zentralen Stelle zu melden. Erfolgt keine Rückmeldung, erinnert die Zentrale Stelle die gesetzlichen Vertreter einmal an die Untersuchung. Erfolgt daraufhin keine Reaktion, informiert die Zentrale Stelle den zuständigen Kreis. Dieser soll die gesetzlichen Vertreter beraten. Verweigern sich die gesetzlichen Vertreter weiterhin, prüft das Jugendamt weitere Schritte, unter Umständen unter Einschaltung des Familiengerichts, im Extremfall sogar mit sofortiger Inobhutnahme.

Meldepflicht – Nordrhein-Westfalen

Alternativ zur Teilnahmeverpflichtung wurde vorgeschlagen, dass zumindest die Teilnahme an den Untersuchungen als solche überwacht werden sollte, um auf diese Weise besser feststellen zu können, welche Kinder regelmäßig untersucht werden. Einen Schritt in diese Richtung hat das Land Nordrhein-Westfalen getan. Durch Gesetz vom 20. November 2007 wurde in das Heilberufsgesetz § 32a eingefügt. Dieser sieht vor, dass Ärztinnen und Ärzte, die bei Kindern im Alter von $\frac{1}{2}$ bis zu $5\frac{1}{2}$ Jahren eine Früherkennungsuntersuchung gemäß § 26 SGB V durchgeführt haben, einer zentralen Stelle bestimmte Daten zu übermitteln haben. Die zu übermittelnden Daten sind Name und Anschrift des Kindes sowie Angaben zur durchgeführten Untersuchung. Nicht übermittelt werden medizinische Daten.

Am 20. September 2008 wurde die dazugehörige Ausführungsverordnung erlassen. Diese sieht vor, dass die Meldebehörden der zentralen Stelle bis zum 1. November bestimmte Daten aller Kinder zwischen 6 und 66 Monaten zu übermitteln haben. Anschließend soll mindestens einmal monatlich die weitere Übermittlung erfolgen. Diese zentrale Stelle nimmt auch die Meldungen der einzelnen Ärzte entgegen. Ergibt sich beim Abgleich zwischen den Daten der Meldebehörden und den Daten der Ärzte, dass gemeldete Kinder nicht an den Früherken-

nungsuntersuchungen teilgenommen haben, erinnert diese zentrale Stelle die Personensorgeberechtigten des Kindes an die Durchführung der Früherkennungsuntersuchung. Erhält die zentrale Stelle innerhalb von vier Wochen nach der Erinnerung keine Teilnahmemitteilung, informiert sie das zuständige Jugendamt. Dieses entscheidet in eigener Zuständigkeit über die weiteren Maßnahmen.

Die Teilnahmemeldung des Arztes soll spätestens fünf Werktage nach der Untersuchung an die zentrale Stelle übersandt werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben hierfür entsprechende Formulare entworfen, die dort erhältlich sind (siehe KV No aktuell 9/2008, S. 18). Die Formulare können mit der normalen Praxissoftware bedruckt werden. Der Arzt muss nur die durchgeführte Untersuchung sowie das Geschlecht des Kindes ankreuzen.

Zentrale Stelle ist das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen in Düsseldorf. Dieses hält alle notwendigen Informationen auf der Internetseite www.liga.nrw.de/gesunde-kindheit/ bereit.

Sonstige Regelungen, insbesondere Schuleingangsuntersuchungen

Viele Bundesländer haben verpflichtende Eingangsstuntersuchungen vor dem Beginn des Schulbesuchs (z.B. § 34 Hamburgisches Schulgesetz, § 9 Gesundheitsdienstgesetz Sachsen-Anhalt). Teilweise werden dabei die Nachweise über die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen verlangt (vgl. Art. 14 Abs. 5 S. 4 GDVG Bayern).

In Hamburg hat der Öffentliche Gesundheitsdienst zur Ergänzung Vorsorgeuntersuchungen bei den Kindern durchzuführen, deren Erziehungsberechtigte vorrangige Angebote nicht wahrgenommen haben (§ 7 Abs. 2 S. 1 Hamburgisches Gesundheitsdienstgesetz). Dies beinhaltet aber keine Befugnis, Daten zu sammeln und auf eine systematische Erfassung der nicht untersuchten Kinder hinzuwirken.

Daneben gibt es auch Regelungen für den Kindergartenbesuch. So ist nach § 15 des Gesetzes über Tageseinrichtungen für Kinder des Landes Nordrhein-Westfalen bei der Aufnahme der Nachweis über die Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen durch Vorlage des Untersuchungsheftes zu erbringen. Das zuständige Jugendamt hat dafür zu sorgen, dass alle Kinder in Tageseinrichtun-

gen jährlich ärztlich und zahnärztlich untersucht werden.

In einigen Bundesländern bestehen ausdrückliche Meldepflichten für Ärzte, wenn ihnen Anhaltspunkte für Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuellen Missbrauch von Kindern bekannt werden (z.B. Art. 14 Abs. 6 GDVG Bayern). In den anderen Bundesländern können sich die Ärzte bei einer Meldung auf § 34 StGB, den rechtfertigen Notstand, berufen.

Bewertung

Die Initiative des Landes Nordrhein-Westfalen stellt einen wichtigen Schritt in die richtige Richtung dar.

Die verpflichtende Einführung von Vorsorgeuntersuchungen stößt auf erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken. Hingegen ist es unbedenklich, wenn nur über die Teilnahme an sich berichtet wird. Auf diese Weise erhalten die örtlichen Jugendämter eine effektive Rückmeldung, welche Kinder regelmäßig untersucht werden.

Durch die reine Rückmeldungslösung in Nordrhein-Westfalen wird der Aufwand verringert, da bei den Erziehungsberechtigten, die ohnehin die Vorsorgeuntersuchungen durchführen lassen, keine Einladungen versandt werden müssen; dies ist der größte Teil.

Soweit im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens Bedenken vorgebracht wurden, dass nunmehr die Eltern teilweise auch die Kinderärzte als „Gegner“ betrachten könnten und deshalb die Bereitschaft zur Kooperation mit dem Arzt sinke, ist dem entgegenzuhalten, dass eine Übermittlung medizinischer Daten gerade nicht erfolgen soll. Die allgemeinen Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht bleiben bestehen. Insbesondere ist eine direkte Mitteilung des Arztes an das Jugendamt oder die Strafverfolgungsbehörden nur dann möglich, wenn dieser einen sehr konkreten Verdacht auf mögliche Misshandlung des Kindes hat. Der Arzt sollte die Eltern jedenfalls auf das im jeweiligen Bundesland bestehende Verfahren hinweisen und z.B. in Nordrhein-Westfalen über die Gesetzesänderung informieren.

Kyrill Makoski, LL.M. (Boston University)
Rechtsanwalt Möller u. Partner
Pfeifferstraße 6
40625 Düsseldorf

Die Kanzlei arbeitet als Justitiar für den BVKJ

Red: ReH

Meldungen

Hausärztervertrag in Bayern ohne Kinder- und Jugendärzte

Die AOK Bayern und der bayerische Hausärzterverband haben Mitte Dezember 2008 einen Hausärztervertrag nach § 73 b. abgeschlossen. Wie im HÄV zwischen AOK Baden-Württemberg, MEDI und HÄV-Baden-Württemberg soll die Vergütung weitgehend pauschalierte werden. Das auszuzahlende Honorar wird der Gesamtvergütung der KV-Bayern entzogen. Der Vertrag sieht keine Altersbegrenzung vor. Jeder eingeschriebene Allgemeinarzt kann Säuglinge, Kinder und Jugendliche ohne weiteren Qualifikationsnachweis behandeln und bekommt dafür, nach den bisherigen Berechnungen, ein höheres Honorar als der über die KV abrechnende Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin.

Der BVKJ hat zusammen mit anderen Facharztverbänden in Bayern massive Proteste gegen den Vertrag angekündigt. Dr. Wolfram Hartmann, Präsident des BVKJ: „Die gesetzlich geschaffenen Vorgaben werden von der AOK und dem HÄV genutzt, die besondere Kompetenz des Kinder- und Jugendarztes aus der ambulanten Regelversorgung auszugrenzen“.

Der Präsident des BVKJ rät den bayerischen Kinder- und Jugendarzt und -ärztinnen dringend, dem Vertrag nicht beizutreten. „Hiermit unterschrieben wir das Todesurteil für unsere Fachgruppe“.

Weitere Infos über die aktuelle Entwicklung in: www.kinderaerzte-im-netz.de und PädInform.de.

Gesagt ist gesagt

„Ich untersuche – wie viele meiner Kollegen – seit mehr als 30 Jahren Kinder und ich denke ich mache dies nicht schlechter wie Sie“.

Wolfgang Hoppenthaller, Vorsitzender des HÄV-Bayern an die Adresse von Dr. Wolfram Hartmann in facharzt.de.

Da kann man nur hoffen, dass Herrn Hoppenthallers Kenntnisse der Pädiatrie besser sind als seine Kenntnisse der deutschen Grammatik.

Neues Kinderschutzgesetz soll ärztliche Schweigepflicht lockern

Bundesfamilienministerin Ursula von der Leyen (CDU) will den Kinderschutz verbessern. Drei wesentliche Änderungen des Gesetzes sind vorgesehen:

Ärzte dürfen in bestimmten Situationen auch ohne Einverständnis der Eltern Misshandlung oder Vernachlässigung an die Behörden melden. Die Jugendämter werden verpflichtet, beim Umzug gefährdeter Kinder alle bisher bekannten Tatsachen verbindlich an das Jugendamt des neuen Wohnortes zu übermitteln. „Da muss eine richtige Übergabe gemacht werden – so wie beim Schichtwechsel im Krankenhaus“ sagte die Ministerin der Zeitschrift „Super Illu“.

Die Jugendämter werden außerdem verpflichtet, bei entsprechendem Verdacht gefährdete Kinder in ihrem Wohnumfeld „in Augenschein zu nehmen“ und nicht nur nach Aktenlage zu entscheiden.

In einer Stellungnahme begrüßt die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) ausdrücklich die Initiative der Familienministerin. Die DAKJ weist aber auf die weiterbestehende Problematik bei der Weitergabe gerader „weicher Zeichen“ von Kindesgefährdung an die Jugendämter oder Kinderschutzbeauftragten hin. „Wir können in solchen Fällen die mutmaßlich misshandelnden Eltern nicht lange um Erlaubnis fragen, wie es jetzt die ärztliche Schweigepflicht verlangt“, schreibt Dr. Wolfram Hartmann in einer Presseerklärung des BVKJ vom 24. November.

Am 19.12.2008 fand die Anhörung zum BKiSchG im BMFSFJ statt. Die in der DAKJ zusammengeschlossenen Verbände – DGKJ (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.), BVKJ (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.) und DGSPJ (Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. – haben dort die gemeinsame Stellungnahme vorgetragen. Die Meinungsäußerungen der Experten wurden von den Vertretern des Ministeriums mit Interesse verfolgt. Inwieweit deren Vorschläge berücksichtigt werden, wird sich zeigen. Der Kabinettsentwurf soll am 21.01.2009 vorliegen.

Regelleistungsvolumina für Kinder- und Jugendärzte sind ein Skandal!

Gegen die Regelleistungsvolumina (RLV) in den einzelnen KV-Bezirken hagelt es nicht nur bei den Kinder- und Jugendärzten Proteste. „Das Honorarvolumen ist so niedrig, dass viele Praxen in Existenznöte geraten werden“, stellt Dr. Wolfram Hartmann, Präsident des BVKJ, fest.

Das Regelleistungsvolumen (RLV) ist die Basis des pro Patienten zur Verfügung stehenden Honorarvolumens. Es beträgt je nach KV-Bezirk neun bis elf EUR pro Monat und Patient. „Damit besteht keine Möglichkeit mehr, die bisher auf hohem Niveau geleistete Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch entsprechend weitergebildete Kinder- und Jugendärzte zu gewährleisten“, schrieb Dr. Uli Fegeler, Pressesprecher des BVKJ, in einer Presseerklärung vom 18.12.2008 und fordert die Politiker auf, umgehend für eine kostendeckende Vergütung aller ärztlichen Leistungen zu sorgen, andernfalls werde es zu flächendeckenden Protestaktionen und Praxisschließungen gemeinsam mit anderen, ebenfalls betroffenen Ärzteverbänden kommen.

äz / ge

Der Vorsitzende der **Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)**, Andreas Köhler, hat seine Bereitschaft signalisiert, mit den Krankenkassen über Honorarabschläge für schlechte Arztleistungen zu reden. Die KBV sei zu Gesprächen mit den Kassen bereit, sagte Köhler dem Bonner General-Anzeiger. „Wichtig ist aber, dass man Qualitätsindikatoren hat, an denen sich die Leistungen messen lassen. Sonst wird jeder Arzt klagen, der Abschläge hinnehmen muss“, erklärte Köhler. Köhler zufolge müssen solche Abschläge ab 2010 realisiert werden. So sei es gesetzlich festgelegt. Die KBV stehe aber schon heute für einen Dialog zur Verfügung. Einige Kassenärztliche Vereinigungen, wie etwa die in Bayern, praktizierten bereits Abschläge für schlechte Leistungen, erläuterte der KBV-Vorstandsvorsitzende.

aerzteblatt.de / ge

Baden-Württemberg: 100.000 Patienten im AOK-Hausarztvertrag

In den Hausarztvertrag der AOK Baden-Württemberg haben sich, laut einer Mitteilung der AOK Baden-Württemberg, bereits 100.000 Patienten eingeschrieben. Rund 2.300 Ärzte beteiligten sich außerdem an dem Programm. Bis zum Jahresende erwartet die AOK, dass die Zahl der eingeschriebenen Versicherten auf mindestens 150.000 steigt, Ende 2009 sollen es eine Million sein.

Eine positive Bilanz zieht auch der Vorsitzende des Hausärzteverbandes Baden-Württemberg, Berthold Dietsche. „Mit über 2.300 Kolleginnen und Kollegen haben sich bereits mehr Ärzte als zu diesem Zeitpunkt erwartet in den neuen Vertrag eingeschrieben.“ „Wir sehen im AOK-Hausarztprogramm die Zukunft einer patientenorientierten hausärztlichen Versorgung“, betonte der Vorstandsvorsitzende der AOK Baden-Württemberg, Rolf Hoberg.

Der BVKJ lehnt den AOK-HÄV weiterhin ab und rät seinen Mitgliedern nicht beizutreten. „Der Vertrag wurde ohne uns gemacht“, so der Landesvorsitzende des BVKJ Baden-Württemberg Dr. Klaus Rodens. „Der Vertrag wird in dieser Form dem kardinalen Unterschied in der Betreuung von Kindern und Jugendlichen gegenüber der Erwachsenen-Behandlung in keiner Weise gerecht“.

Nach Aussage der HÄV-Vertragspartner sollen inzwischen mindestens 40 Pädiater dem Vertrag beigetreten sein. Allerdings zeigt die kasseneigene Statistik, dass gerade einmal 11 beigetretene Pädiater über eine arbeitsfähige installierte EDV-Anwendungen verfügen. „Die Vertragspartner scheinen die Tücken der EDV-Installation unterschätzt zu haben“, sagt Dr. Jansen vom Paednet S in Stuttgart, „sodass nur ein Teil der angemeldeten Praxen auch

Patienten einschreiben kann.“ Zudem soll die Subventionierung der EDV Software durch die AOK am Ende des Jahres auslaufen. Erst dann werde die reale Zahl der arbeitsfähigen Praxen erkennbar sein. Die jetzt verkündeten Zahlen der beteiligten Ärzte sollten also mit Vorsicht betrachtet werden.

aerzteblatt.de / ge



© Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH

Peter Thulke

Der Hausarztvertrag ist kein Test, sondern „alternative Regelversorgung“

Der Hausarztvertrag nach Paragraph 73b SGB V von AOK-Baden-Württemberg, Medi und Hausärzteverband Baden-Württemberg stellt nach Ansicht des stellvertretenden AOK-Vorsitzenden, Dr. Christopher Hermann, keinen beliebigen Modellversuch dar. „Der 73b ist alternative Regelversorgung“, sagte er nach einem Bericht der Ärztezeitung beim 13. Bad Orber Gesprächen von Bayer HealthCare in Berlin.

Mit dem Vertrag übernehme die AOK Baden-Württemberg, wie vom Gesetzgeber gefordert, den Sicherstellungsauftrag, so Hermann. Es gehe nicht darum, eben mal etwas „zu machen“ und es dann wieder sein zu lassen. „Deswegen ist 73b auch kein Modellversuch.“ Grundsätzlich sei der mit Medi und Hausärzteverband in Baden-Württemberg geschlossene Vertrag unbefristet gültig, eine erste Kündigungsmöglichkeit bestehe Ende 2013. Kündige einer der Partner den Vertrag vorzeitig, sei dies mit massiven Strafen verbunden. Zudem sei auch ein Schiedsverfahren vorgesehen. „Die Hürden sind massiv hoch.“ Kernstück der Kooperation ist aus Sicht der AOK die IT-Vernetzung der Ärzte und die onlinefähige Vertragssoftware. Nur so sei in der Welt des 21.

Jahrhunderts Versorgungsgestaltung möglich, so Hermann. Dazu kommen erhöhte Qualitätsanforderungen an die Ärzte, die diese in bestimmten Fristen nachweisen müssen. Mit der Umsetzung des Vertrags sind 200 AOK-Mitarbeiter beschäftigt. Die Zusammenarbeit sei „das größte Projekt, das die AOK Baden-Württemberg je gestemmt hat“, so Hermann.

Den Löwenanteil der erhofften Kosteneinsparungen durch den Vertrag erhofft sich die Kasse durch die nach einem Ampel-Prinzip aufgebauten Empfehlungen zur Pharmakotherapie, die Teil der Vertragssoftware sind. Ziel sei, „über diesen Weg zu massiven Veränderungen der Ausgabenstruktur“ zu kommen. Über Verträge mit Herstellern will Hermann künftig auch bei patentgeschützten Medikamenten zu Einsparungen kommen.

Im Oktober hat die AOK unterdessen zum ersten Mal eine Bereinigung der an die KV Baden-Württemberg zu zahlenden Kopfpauschale um das Volumen des Hausarztvertrags vorgenommen. Wie hoch dieser Betrag war, sagte Hermann nicht.

Ärzte Zeitung / ge

Sonographiescreening der Säuglingshüfte im gesamten Toleranzzeitraum der U3 (3.–8. Lebenswoche) abrechenbar

In vielen KVen kam es zu Verunsicherungen bezüglich der Abrechenbarkeit der Ultraschalluntersuchung der Hüfte. Zwar war für die Vorsorgeuntersuchung U3 ein Zeitraum von der 4. bis zur 6. Lebenswoche mit einem Toleranzzeitraum von der 3. bis zur 8. Lebenswoche angegeben, im Absatz über die Ultraschalluntersuchung war aber der eingeengte Zeitraum von der 4. bis zur 5. Lebenswoche genannt.

Diesen eingeschränkten Zeitraum ohne Toleranzzeitraum interpretierten vielen kassenärztlichen Vereinigungen als den erlaubten Bereich für die Hüftsonographie und strichen abgerechnete Sonographien, die außerhalb der 4.–5. Lebenswoche durchgeführt wurden im Rahmen der sachlich-rechnerischen Richtigstellung.

Auf Anfrage unseres Honorarausschusses erhielten wir jetzt von der KBV folgende Interpretation:

Die Durchführung für sonographische Untersuchung der Säuglingshüfte zur Früherkennung der Hüftgelenkdysplasie und -luxation kann gemäß B-Untersuchungen der „Kinder-Richtlinie“ zwischen der 3. und 8. Lebenswoche des Neugeborenen bzw. Säuglings durchgeführt werden. Aufgrund dieser Klarstellung kann jetzt die Sonographie immer im Rahmen der U3 durchgeführt werden. Bitte widersprechen Sie eventuellen Streichungen mit Hinweis auf die Veröffentlichung der KBV.

Dr. Roland Ulmer
Kinder- und Jugendarzt – Kinderpneumologie
Marktplatz 33
91207 Lauf
Tel: 09123-97700

Red.: ge



bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Ergebnis

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

**Landesverbandsvorsitzender
und 1. Delegierter:**

Klemens Senger, Berlin

**1. Stellv. Landesverbandsvorsitzender
und 2. Delegierter:**

Dr. Ulrich Fegeler, Berlin

**2. Stellv. Landesverbandsvorsitzender
und 3. Delegierter:**

Dr. Herbert Grundhewer, Berlin

Schatzmeister:

Dr. Reinhard Bartzky, Berlin

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.

Quo vadis: Kinder ohne Zukunft?

Anmerkungen zu dem Theaterstück des englischen Dichters Edward Bond „Die Kinder“



Nicht jedes Kind hat das Glück, eine Mutter zu haben, die ihm all das zur Verfügung stellt, was es braucht, um eine dauerhaft („ewige“) gute innere Beziehung zu ihr herzustellen, welche den Grundstock bildet für ein eigenes gelingendes Leben. In dem Theaterstück „Die Kinder“ von Edward Bond werden die verheerenden Folgen des Misslingens einer vertrauensvoll-empathischen Mutter-Kind-Beziehung in ergreifender Weise zur Darstellung gebracht. Es geht um die böse Mutter-Imago, konkret die Mutter, die ihrem Sohn Joe den sadistischen Auftrag gibt, das Haus seines Stiefvaters anzuzünden, von dem die Mutter getrennt lebt. Joe unterwirft sich in blindem Gehorsam in der unbewussten Hoffnung, durch Erfüllung des mütterlichen Gebots die Liebe zur Mutter endgültig zu gewinnen und damit all das zu erhalten, was für sein eigenes Überleben notwendig ist, nämlich emotionale Wärme, Trost, Schutz, Sicherheit und Geborgenheit. Er wird dadurch zum mörderischen Brandstifter, dem sein Stiefbruder, der Sohn des

früheren Lebensgefährten der Mutter, zum Opfer fällt – er verbrennt in dem Haus. Dieser Junge war schon immer in der Opferrolle, ausgestoßen, verjagt, misshandelt und verfolgt, denn er ist anders, fremd, symbolisiert durch den violetten Anzug im Gegensatz zur uniformen Kleidung der übrigen Kindergruppe. Durch die violette Farbe ist symbolisch die Verbundenheit mit der Mutter dargestellt, die ein violettes Kleid trägt, auch die Tür des Hauses hat eine violette Farbe, an der Joe das Haus erkennen soll, welches anzuzünden der mütterliche Auftrag ist. Verzweiflung, Einsamkeit, Verlassenheitsangst und hilflose Ohnmacht bilden die Gefühlslage des Jungen, der keine Zukunft hat – ebenso wie die anderen Gefährten, auf die er auf seiner Reise ins Unge- wisse trifft.

Die Kinder, um die es in diesem Stück geht, geraten in einen *Zustand zunehmender Ausweglosigkeit, Desorientierung und Angst*, welcher in ungezügelter, destruktiver Aggressivität mündet. Aggressiv-destruktive Handlungsweisen werden von Kin-

dern und Jugendlichen unbewusst als *Schutzmechanismen* eingesetzt, einerseits um mit negativen Gefühlen wie Schmerz, Trauer, Angst, Wut und Verzweiflung fertig zu werden, andererseits, um ihr eigenes bedrohtes Selbst zu schützen.

So sagte der Solinger Brandstifter Christian R. von sich im Alter von 9 Jahren (!): *„Ich bin böse, deshalb wurde ich geschlagen, und deshalb muss ich jetzt schlagen.“* Schlagende, ihre Kinder misshandelnde Eltern sind selber verletzte und in ihrem eigentlichen Selbstsein abgewiesene Kinder (Eggers, 1996).

Das Theaterstück „Die Kinder“, welches von dem Stuttgarter Choreografen Christian Spuck als Ballett bearbeitet und herausgebracht wurde – Uraufführung im Essener Aalto-Theater im April 2004, wieder aufgenommen am gleichen Ort im Juni 2008 –, ermöglicht uns einen Zugang zum Verständnis für die aktuellen und so verstörenden Ängste und Probleme, vor die unsere Jugendlichen gestellt sind, und die von ihnen zum Teil in einer aggressiv-destruktiven Weise in Form von frem-



Prof. Dr.
Christian Eggers



denfeindlicher Gewalt ausagiert werden. E. Bond selbst sieht hier auch *gesellschaftliche Einflüsse* als bedeutsam an: „Unsere Gesellschaft ist von Gewalt besessen und geformt, und wenn wir nicht aufhören gewalttätig zu sein, haben wir keine Zukunft.“ (E. Bond, Nachwort zu „Lear“, 1972).

Die Regieanweisung ganz zu Beginn des Stückes: „Verlassenes Grundstück an Bahngleisen. Dämmerung“, kann als Leitmotiv aufgefasst werden und sie symbolisiert die Verlassenheit, Einsamkeit und Hilflosigkeit des Jungen Joe. Er trägt seine *Puppe*, zu der er sagt: „Nicht weinen...hab’ dich mitgenommen, weil du *geweint* hast. Jetzt weinst du sogar noch mehr. Hast du *Angst*?“ Joe’s Puppe: Sie ist Fantasiegefährte und Übergangsobjekt zugleich. Einsame, unverständene, trostlose Kinder schaffen sich Fantasiegefährten, die in der Vorstellung des Kindes Schutz, Sicherheit und Stärke bieten. Das Übergangsobjekt repräsentiert

die Mutter und das eigene Selbst: Es *tröstet* in Abwesenheit der Mutter. Andererseits ist es Repräsentant der inneren emotionalen Verfassung des Kindes, in Joe’s Fall *Spiegelbild seiner eigenen Vereinsamung und Trostlosigkeit!*

Sich mit dem *bösen, verfolgenden, rachsüchtigen Anteil* der Mutter identifizierend, **entwertet und misshandelt** Joe seine Puppe. Es ist die Identifikation mit dem Aggressor, d.h. die Identifikation mit dem destruktiven Anteil der Mutter, die ihren Sohn Joe „verkaufen“ und „in den Müll werfen“ will, „in den Abfalleimer einer Abtreibungsklinik!“ (S. 83¹). – Ganz analog sagt Joe zu seiner Puppe: „Mami will dich nicht mehr im Haus haben. Sie würde dich auf den Flohmarkt bringen...oder sie schmeißt dich in den Müll, wenn ich in der Schule bin“ (S. 75).

Ebenfalls im ersten Akt (S. 75) sagt Joe zu seiner Puppe: „Ich muss dich töten. (...) Du spürst es nicht.“ Das heißt: Joe muss **sein eigenes, lebendiges, wahres Selbst töten, da es nicht leben darf** – welches sich stattdessen **opfert** zugunsten der Mutter –, der sich Joe in **absolutem Gehorsam unterwirft**. Dabei *verleugnet* Joe seine eigenen Gefühle („Du spürst es nicht“). Ebenso verleugnet er seine eigene Wahrnehmung der Wirklichkeit zugunsten der Wahrnehmungswelt der Mutter. – Hier besteht eine *Parallele* zur kollektiven Unterwerfung des deutschen Volkes unter den sadistischen Imperativ von Hitler! Wie Hitler verlangt die Mutter von Joe **absoluten Gehorsam**.

So wie Joe von seiner Mutter behandelt wird, so behandelt er auch sein Übergangsobjekt – wie es im Umgang des Kindes mit seinem Übergangsobjekt typisch ist: „Du spürst es nicht. Und tschüs“ (S. 75) und dabei lässt Joe immer wieder den Stein auf den Kopf der Puppe fallen, er schlägt die Puppe mit dem Stein, knuddelt sie zwischendurch auch wieder und liebkost sie. Später füttert Joe seine Puppe mit Süßigkeiten, er ist verzweifelt und den Tränen nahe und sagt zu seiner Puppe immer wieder „*Schau dich an!*“. **Das heißt: Schau dich als das verletzte, gedemütigte, misshandelte und**

entwertete Kind an, das du bist! Schließlich sagt er: „*Mach die Augen zu. Sei tot*“. Mit anderen Worten: **Nimm nichts wahr, sei unlebendig, töte dein eigenes Selbst ab.**

Mit einer typischen Loyalitätsverpflichtung macht die Mutter Joe gefügig: „*Aber wenn du mich liebst, tust du, worum ich dich bitte*“ (S. 83). Und Joe antwortet „*Du weißt nicht, was du tust*“. Die Mutter setzt also Gehorsam mit Liebe gleich! Das ist die **Pervertierung echter Liebe!** Zuvor hatte die Mutter mit Selbstmord gedroht, um Joe gefügig zu machen, falls Joe ihre Bitte nicht erfüllt, und sie beschwört ihn auf geradezu infame Weise: „**Du bist alles, was ich auf der Welt habe**“.

Wenig später täuscht die Mutter Besorgtheit und Fürsorglichkeit vor: „Ich habe für uns darüber nachgedacht. Würden sie dich schnappen – in deinem Alter ist nichts Besseres zu erwarten. Sie werden es auf den abwesenden Vater schieben. Du würdest nur für kurze Zeit abgeholt. Ich würde dich besuchen. Wenn ich es täte, würden sie mich für Jahre abholen. Du wärst allein. Erst keinen Vater, dann würdest du noch um die Mutter gebracht werden – genau in dem Alter, wo du elterliche Führung brauchst. Dein Leben wäre ruiniert. Das wird uns zusammenhalten. Uns näherbringen. Du könntest nach Hause kommen, wann du wolltest – ich würde mich nie beschweren. (...) Und du könntest mir nie mehr widersprechen – du hättest zu viel Angst davor, dass ich der Polizei sage, was du getan hast! (...) Ich bin froh, dass es gesagt ist. Hast du deine Jacke aufgehängt?“

Im weiteren Verlauf kommt es zu einem dramatischen Höhepunkt der **paradoxen Kommunikation** zwischen Joe und seiner Mutter. Diese *verleugnet ihre eigene Schuld*, die sie auf Joe projiziert und dort stellvertretend verfolgt, indem sie ihm körperliche Misshandlungen androht, u. a. seinen Mund mit Desinfektionsmittel auszuwaschen. Es entsteht eine geradezu psychotische Situation, eine „folie à deux“. Jeder ist in seiner eigenen panikdurchtränkten Welt gefangen.

Die *Kommunikation* zwischen der

¹ Die Seitenzahlen beziehen sich auf den im Literaturverzeichnis zitierten Textband von Edward Bond

Mutter und Joe ist *verwirrend*, durch *widersprüchliche Botschaften* gekennzeichnet. So bittet die Mutter Joe darum, ihr etwas zu versprechen [nämlich den Auftrag auszuführen, das Haus ihres früheren Lebensgefährten anzuzünden, eines Zuhälters, für den sie als Prostituierte gearbeitet hatte]. Sie lässt Joe aber über ihre wahren Absichten im Dunkeln, verlangt jedoch absoluten Gehorsam bei gleichzeitiger Entwertung und Herabsetzung ihres Sohnes. Obwohl Joe zurecht darauf verweist, dass er nichts versprechen könne, ohne zu wissen, was er versprechen solle, besteht sie darauf, dass Joe sein Versprechen abgibt: „*Ich bin deine Mutter. Wenn ich dich bitte, mir etwas zu versprechen, hast du keine Einwände zu erheben*“ (S. 78).

Joe befindet sich in einem **Scham-Schuld-Dilemma**: einem Dilemma aus *Abhängigkeitscham* und *Trennungsschuld*. Ich muss mich *schämen*, weil ich noch wie ein Kleinkind von der Mutter und deren destruktivem Verhalten abhängig bin – ich kann mich aber auch nicht trennen, weil das den Tod der Mutter bedeuten würde, die ihn, Joe, zum Überleben braucht: „*Geh nicht weg!*“ ruft sie ihm immer wieder zu.

Schuldig wird Joe aber auch dadurch, dass er in blindem Gehorsam den Auftrag der Mutter erfüllt, er wird *schuldig* durch seine Hörigkeit und Willfährigkeit gegenüber der bösen Mutter. Sie selbst sieht sich jedoch als „gute Mutter“: „*Ich bin eine gute Mutter*“ – das ist die berüchtigte Formel: „*Ich hab's ja nur gut gemeint*“.

Joe und die Freunde, auf die er später trifft, nehmen diese Schuld auf sich: „Ein Kind ist tot. Das ist ernst... *Wir haben nicht nachgedacht. Deswegen ist er tot.* Wir sind alle schuld.“ (S. 101). Dies ist auch eine Anspielung auf die verheerenden Folgen der **Gedankenlosigkeit**: (vgl. H. Arendt „Eichmann in Jerusalem“). Die Schuldlast bringt Joe und seine Freunde in eine geradezu kafkeske Situation der völligen Trostlosigkeit, Verlassenheit, Orientierungslosigkeit, extremen Verunsicherung und nackten Angst! („*Wir sind verloren. Schiffbrüchig in leeren*

Feldern. (...) Wir wissen nicht, wo wir sind. Wir wissen nicht, wohin wir gehen. Was wir tun. Was aus uns wird. Wozu wir hier sind.“ S. 110).

Es ist die *destruktive Herrschsucht der Mutter*, welche letztlich die *Quelle dieses Chaos ist!* Gegen Ende des Stücks steigert sich die aggressive Destruktivität, von der die jungen Freunde ergriffen sind, ins Infernalische: Sie offenbart die ganze Sinnlosigkeit und völlige Entgrenzung, Aufhebung aller moralischen Skrupel und die Entmachtung des Gewissens. Der fremde „**Mann**“, den die Gruppe auf einer Bahre mühsam und unter Aufbietung all ihrer Kräfte auf ihrer Reise durch das Niemandsland getragen hat, fängt an, nach und nach die Gruppenmitglieder zu erschlagen, ausgerechnet die Jungen, die fürsorglich und verantwortungsbewusst mit dem kranken alten Mann umgegangen sind und ihn beschützt und bewacht haben. Es ist der frühere Lebensgefährte der Mutter, dessen Sohn bei der Brandstiftung ums Leben gekommen ist.

Dieser Junge, der im Haus verbrennt, war schon immer in der *Opferrolle*, ausgestoßen, verjagt, misshandelt und verfolgt, denn er ist **anders, fremd**, symbolisiert durch den violetten Anzug im Gegensatz zur uniformen Kleidung der übrigen Kindergruppe. Am Schluss trägt er dieselbe Kleidung wie die Puppe von Joe „und hat die gleichen Haare und Augen“. Der verbrannte Junge und die gesteinigte Puppe sind letztlich *identisch*: Sie repräsentieren beide das wahre, lebendige Selbst, das nicht leben kann. Indem Joe den destruktiv-sadistisch-tödlichen Auftrag der Mutter erfüllt, tötet er sein eigenes lebendiges Selbst in sich ab, *opfert* es zugunsten der Mutter, der gegenüber er sich loyal verhält.

So ist Joe Täter und Opfer zugleich. Opfer einer gewaltigen Enttäuschung, nämlich enttäuschter Liebesgefühle und Sehnsüchte. Der dadurch hervorgerufene Schmerz kann nicht ausgehalten, muss stattdessen verleugnet und auf den Stiefbruder projiziert werden. Dessen Verbrennungstod symbolisiert die Tilgung des eigenen Schmerzes, die Erinnerung an das eigene Opfersein,

welches von Joe nicht erlebt werden darf.

Wenn Verzweiflung nicht erlebt werden darf, ist die Gefahr groß, dass sie stattdessen in destruktiver, Tod bringender Gewalt gegen alles, was als fremd angesehen wird, ausgelebt wird. Die Gewalt richtet sich gegen Feindbilder, die bekämpft werden, damit das eigene Selbst nicht von Hassgefühlen überwältigt wird, Selbsthass wird zu Fremdenhass (A. Gruen).

Das Stück „Die Kinder“ ist die Geschichte eines Jungen (Joe), der sein eigenes lebendiges Selbst verrät, es opfert zugunsten der herrschsüchtigen Mutter, an die er in kollusiver Weise gebunden ist, und zu deren Komplize er wird. Wie die Mutter in „Hänsel und Gretel“ hält sie ihn in Gefangenschaft, um ihre eigene Angst vor Trennung und vor dem Verlassenwerden zu bekämpfen – am Schluss des Stückes schreit sie wiederum „*Geh' nicht weg!*“. Aber auch Joe ist einsam, seine **Einsamkeit ist total**: „*Ich bin die letzte Person auf der Welt*“. Seine Sehnsucht nach einer geliebten Person drückt er mit den Worten aus: „*Ich muss jemanden finden*“.

Edward Bond übersteigert die Auswirkungen der Bindungs- und Gesetzlosigkeit, die die gegenwärtige Situation unserer westlichen Gesellschaft kennzeichnet. Dazu Robert Walser: „*Ja, die Dichter haben oft unheimlich lange Rüssel, mit denen sie die Zukunft vorausfühlen. Sie riechen die kommenden Ereignisse wie Schweine die Champignons.*“

Prof. Dr. Christian Eggers
Emer. Professor für Kinder-
und Jugendpsychiatrie
Zeißbogen 43
45133 Essen

Red.: ge

● Tagungen

12.–14. März 2009

Jena

Pädiatrietage

Info: www.paediatrietage.de

14. März 2009

Bad Boll

13. Göppinger Pädiatrie Fortbildung

Info: Dieter.Woelfel@KaE.de

28.–31. März 2009

Amsterdam

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

Info: www.pnspringmeeting.nl

1.–4. April 2009

Hamburg

24. Jahrestagung der GPGE

Info: www.gpge2009.eu

2.–4. April 2009

Bremen

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

Info: www.dgpi2009.de

23.–25. April 2009

Lübeck-Travemünde

NOSTRA – 7. Notfallsymposium der AGNN

Info: www.agnn.com

15. Mai 2009

Wolfsburg

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

Info: www.ndgkj-wolfsburg-2009.de

15.–17. Mai 2009

Karlsruhe

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

Info: Digel.F@t-online.de

17.–20. Juni 2009

Lübeck

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

Info: www.eunos2009.org

3.–6. September 2009

Mannheim

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

Info: www.dgkj2009.de

● Praxistafel

Suche Nachfolger/in für eine gut eingeführte Praxis in Regensburg. Homöopathie-Grundkenntnisse wären von Vorteil. Einarbeitung über 1–2 Quartale erwünscht. Zuschriften unter Chiffre 1648 KJA 1/09 an den Verlag erbeten.

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

Die Welt der Kinder im Blick der Maler

Dieses Bildnis des (sehr) jungen Mädchens hat von Anfang an viel Bewunderung hervorgerufen. Aber dieses schöne, anmutige Kind hat seine kindliche Unbeschwertheit verloren. Der Maler deutet es diskret in seiner allegorischen Darstellungsweise an. Der Löwenbrunnen, das gelöste Mieder, die Rosen in der Schürze und der zerbrochene Krug an ihrem Arm weisen auf die verlorene Unschuld hin. Die junge Dame weiß nicht, was ihr die Zukunft bringen wird, in einer Gesellschaftsperiode, die jeden „Fehltritt“ scharf verurteilte.

Greuze war der Sohn eines Maurers. 1745 kam er zu Ch. Grandon in die Lehre, der ihn für seine „Bilderfabrik“, wie sich Greuze ausdrückte, täglich ein Bild malen ließ. Einen ersten Triumph errang er 1755 mit einer moralisierend-hausbackenen, bäuerlichen Szene. Nun war es ihm möglich, zu Ausbildungszwecken für ein Jahr nach Italien zu gehen. Allerdings zwang ihn ein romantisches Liebesabenteuer mit einer römischen Fürstin zum vorzeitigen, fluchtartigen Verlassen Roms. Er ließ sich dann in Paris nieder und gestaltete Szenen aus dem bürgerlichen Alltagsleben, wobei er sich zunächst an holländischen Vorbildern orientierte.

Seine gemalte Idealwelt mag als Kompensation für die bitteren Enttäuschungen in der Wirklichkeit gedeutet werden. In dem vorrevolutionären Frankreich, der Epoche von Ludwig XVI., spielte das „Sentiment“ eine große Rolle. Mit der Darstellung ländlicher Tugenden konnte Greuze dem Zeitgeschmack gerecht werden. Er stellte die moralische Idee in den Mittelpunkt seiner Kunst, wurde so zu einem Vertreter der Peinture morale, der moralisierenden Genremalerei.



Jean-Baptiste Greuze, Der zerbrochene Krug, 1785, Musée de Louvre, Paris

Foto: akq-images / Erich Lessing

Man lobt die sensible Empfindung des Malers für weibliche Reize, besonders in der Übergangsperiode vom Kind zur Frau, besonderen Wert legte er auf den Ausdruck der Augen und die Sprache der Hände. In unserem Bild fehlt der erhobene Zeigefinger des Künstlers, den man oft in seinen moralisierenden Darstellungen spürt. Offenbar hatte er hier Mitleid mit seinem Modell.

Das Bild regte Jean Jacques Le Veau zu dem Kupferstich „Der Richter oder der

zerbrochene Krug“ an, wobei der Richter hinzu erfunden wurde. Von diesem Stich wiederum ließ sich Heinrich Kleist zu seinem Lustspiel „Der zerbrochene Krug“ mit dem Dorfrichter Adam (Richter und Täter in einer Person) inspirieren.

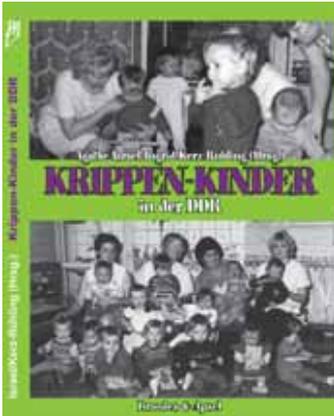
Dr. Peter Scharfe
Rauensteinstr. 8, 01237 Dresden
Tel. (0351) 2561822

Red.: ge

Buchtip

Israel, Agathe und Ingrid Kerz-Rühling (Hrsg.):

„Krippen-Kinder in der DDR – Frühe Kindheitserfahrungen und ihre Folgen für die Persönlichkeitsentwicklung und Gesundheit“



Brandes & Apsel, 1. Aufl. 2008, 297 S. ISBN 978-3-86099-869-4, € 24,90

Die eigene Biographie wird erst interessant, wenn man sie schwarz auf weiß hat. Schließlich räumt die Psychoanalyse endlich mit dem verborgenen Müll auf, defraktioniert die zerebrale Festplatte, sammelt die schlummernden Meme ein, die da herumliegen wie Mikadostäbchen.

Die Herausgeber des Buches sind PsychoanalytikerInnen (DPV). Frau Dr. med. Ingrid Kerz-Rühling analysierte schon die großen (Folgen 2000, Verräter oder Verführte 2004), Frau Dr. med. Agathe Israel die kleinen Täter (Der Säugling und seine Eltern, 2007).

„Die Täter sind unter uns“, sagt Hubertus Knabe (1). Damals waren sie noch in der Krippe, 20 gingen zur Analyse und spielen gleichsam eine Rolle in den hier vorgestellten Entwürfen zur Krippenbetreuung.

Aber zunächst nehmen die Autoren die scheinbar sicheren Stäbchen auf. Das sind die Zahlen und Fakten über das Krippenwesen in der DDR (Teil 1). Aber es wackelt, weil beispielsweise Zahlen für Dauerheimplätze, die im Statistischen Jahrbuch von 1988 ausgewiesen sind, mit denen für Tageskinderkrippenplätze (348422 in 1987) verwechselt werden.

In den staatlichen Einrichtungen wurden keine frommen Weihnachtslieder gesungen. Vielmehr sollten im „dichtesten Netz von Kinderkrippen in Europa“ allgemein gebildete „sozialistische Persönlichkeiten“ gemacht werden. Auch wenn es einige „wenige kritische Entwicklungspsy-

chologen in der DDR“ wie Hans-Dieter Schmidt gab, oder „bürgerlich-individualistische Abweichler“. Die richteten sich gegen eine „einheitliche, geschlossene Erzieherfront“, die darum mit Makarenko gegen die Reformpädagogik vor 1933 und „revisionistische Auffassungen und Bestrebungen“ antrat, um für den tausendjährigen Frieden in der entwickelten sozialistischen Gesellschaft eine Lanze zu brechen. Für sie war der Mensch kein „Entwicklungswunder“ (H.-D. Schmidt/E. Richter). Sie stellten dem Wunderglauben das Prinzip entgegen, man könne die zerebrale Festplatte erst formatieren wie das unbeschriebene Blatt („Schritt für Schritt“), was in Wirklichkeit eine moderne Form der Leugnung der menschlichen Natur bedeutet. Dann braucht man nur die Programme „draufzuspielen“ – schon im Kindergarten, nach den minutiösen Erziehungsplänen von Frau Eva Schmidt-Kolmer vom „Institut für Hygiene des Kindes- und Jugendalters der DDR“, „die seit 1974 flächendeckend vermutlich eine die individuelle Entwicklung beeinträchtigende Auswirkung“ hatten.

„Ingenieure der menschlichen Seele“ hat es in allen Diktaturen gegeben, der Hitlerjunge wurde gemacht, wie Pol Pot „Maoisten ohne Makel“ haben wollte. Diese Prämisse wird von den Autorinnen für bare Münze gehalten. Sie unterstellen beim Leser die Intuition, dass die Menschen in den staatlichen Einrichtungen alle typisch verbogen worden seien. Aber eigentlich müsste die Nullhypothese lauten, dass Erziehung den Menschen nicht verbiegen kann. Die Autorinnen wollen es mit einer zu kleinen Fallzahl widerlegen.

In dem Buch bleiben die Ergebnisse jedoch widersprüchlich: da wird von einem „in Europa einmaligen Spezifikum der DDR-Kindheit“ gesprochen, andererseits will man das Klischee entkräften. So stellen die Autorinnen weiter eine transgenerationale Weitergabe von Lebens-

und Verhaltensmustern fest: „Der Anpassungsmechanismus teilte sich uns als ‚sprachloses Grau‘ in mehreren Interviews intensiv mit“. Andererseits wird festgestellt, dass, wenn die Großmutter berufstätig, dann die Enkelin auch selbstständig sein wollte. Aber wie selbstverständlich konnten erst nach 1989 die „Automatieimpulse“ wirken und frühere Verhaltensprägungen umgesetzt werden.

Spätestens jetzt wackelt das Mikado, bei der Evidenz einer kleinen Fallstudie.

Mit der Nachhaltigkeit der Freudschen „Faktenrealität“ ist nun der Gemeine Krippenmensch entstanden. Ob dieser eine Unterspezies des Homo recurvatus ostelbiensis ISRAEL-RÜHLING ist, darüber muss der wissenschaftliche Würfel noch fallen.

Wie konnten nur aus dem Heer gekrümmter Menschen so viele Deutsche Demokratische Revolutionäre (DDR) werden? Resilienz als Massenphänomen?

Neben den akademischen Katzenbalgereien interessierten den Leser die Schlussfolgerungen (Kap. 13) für den Diskurs, ob und ab wann eine feinfühlig „Kindergartenante“ die heilige Mutter Maria (Lk 2,7: et reclinavit eum in praesepio) ersetzen kann:

„Aus unseren Befunden, die...nicht repräsentativ sind, ergeben sich jedoch wichtige Hinweise, das eine Krippenbetreuung...(auf) individuelle Bedürfnisse Rücksicht nehmen und ...Autonomie fördern (muss).“ (S. 290).

So ist es und dazu bedarf es nicht 297 Seiten psychoanalytischer Akrobatik.

(1) Die Täter sind unter uns: Über das Schönreden der SED-Diktatur (Broschier) von Hubertus Knabe, List (2008)

Dipl. med. Hanns-Ulrich Leisterer
Facharzt für Kinderheilkunde
und Jugendmedizin
27404 Zeven

Fortbildungstermine des BVKJ

Januar 2009

28.–30. Januar 2009

Seminar für Klinikärzte

des BVKJ e.V. in Altötting

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

Februar 2009

14.–15. Februar 2009

7. Pädiatrie alla Kart des LV Westfalen-Lippe

des bvjk e.V., in Dortmund

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

März 2009

6.–8. März 2009

15. Kongress für Jugendmedizin

des bvjk e.V., Weimar

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

20.–22. März 2009

Pädiatrie zum Anfassen

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

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

April 2009

18. April 2009

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

des bvjk e.V., LV Nordrhein, Köln

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

23.–26. April 2009

6. Assistentenkongress

des bvjk e.V., Nürnberg

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

Mai 2009

15.–17. Mai 2009

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

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

16.–17. Mai 2009

Pädiatrie zum Anfassen

des bvjk e.V., LV Thüringen, Erfurt

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

Juni 2009

13.–14. Juni 2009

Pädiatrie zum Anfassen

des bvjk e.V., LV Baden, Freiburg

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

19.–21. Juni 2009

Kinder- und Jugendärztetag 2009

39. Jahrestagung des bvjk e.V., Berlin

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

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

20.–21. Juni 2009

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

in Berlin

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

27. Juni 2009

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

in Worms

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

August 2009

28. August 2009

Jahrestagung des LV Sachsen

in Dresden

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

September 2009

12.–13. September 2009

Praxisabgabeseminar des BVKJ e.V.

in Friedewald

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

12.–13. September 2009

13. Pädiatrie zum Anfassen

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

Auskunft: Dethleff Banthien, Tel. 04531/434763; Dr. Stefan Renz, Tel. 040/43093690; Dr. Stefan Trapp, Tel. 0421/570000 ②

26.–27. September 2009

12. Seminartagung des LV Hessen

des bvjk e.V., Bad Nauheim

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

Oktober 2009

11.–16. Oktober 2009

37. Herbst-Seminar-Kongress

des bvjk e.V., Bad Orb

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

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

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

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

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

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

Wir gratulieren zum Geburtstag im Februar 2009

65. Geburtstag

Herrn Dr. med. Hartwig *Johannsen*,
Mildstedt, am 02.02.
Frau Dipl.-Med. Annelie *Weber*,
Radebeul, am 04.02.
Frau Dr. med. Maija *Dallmeier*,
Hannover, am 05.02.
Frau Ingrid *Popp*, Freyburg,
am 06.02.
Herrn Dr. med. Wolfgang *Dick*,
Paderborn, am 09.02.
Herrn Dr. med. Rainer *Mohorn*, Pöbneck,
am 10.02.
Herrn Dr. med. Werner *Stoll*,
Bad Liebenstein, am 10.02.
Frau Dr. med. Hanna *Hütteroth*, Lübeck,
am 13.02.
Frau Elke *Meyer*, Lübeck, am 17.02.
Frau Dr. med. Renate Marx, Rinteln,
am 19.02.
Herrn PD Dr. med. habil. Wolfram
Köhler, Erfurt, am 26.02.
Herrn Dr. med. Wolfgang *Wahlen*,
Homburg, am 26.02.
Frau Dr. med. Angela *Scheuch*, Erfurt,
am 27.02.
Herrn Jürgen *Waldmann*, Jena,
am 28.02.
Frau Dipl.-Med. Brigitte *Hoffmann*,
Leipzig, am 29.02.

70. Geburtstag

Herrn Dr. med. Reiner *Hösemann*,
Münster, am 01.02.
Herrn Dr. med. Werner G. *Henschel*,
Hamburg, am 02.02.
Herrn Dr. med. Wolfgang *Link*,
Hildesheim, am 02.02.
Frau Dr. med. Barbara *Fischell*, Datteln,
am 04.02.
Frau Dr. med. Ingrid *Zils*, Broderstorf,
am 08.02.
Herrn Dr. med. Hartmut *Vehse*, Herdecke,
am 09.02.
Herrn Dr. med. Friedrich *Bauer*,
Garmisch-Partenkirchen,
am 13.02.
Frau MR Margarete *Dummer*, Potsdam,
am 17.02.
Herrn Dr. med. Jochen *Martin*, Chemnitz,
am 19.02.
Frau SR Dipl.-Med. Gerhild *Bley*,
Quedlinburg, am 21.02.
Frau SR Dr. med. Siegrid *Peters*,
Magdeburg, am 21.02.

Frau Dr. med. Iselore *Gierthmühlen*,
Hamburg, am 23.02.
Frau Dr. med. Gisela *Schlicker*, Dresden,
am 24.02.
Herrn MR Dr. med. Bernd *Rusetzky*,
Schmalkalden, am 25.02.
Frau Dr. med. Marianne *Peller*, Nürnberg,
am 27.02.
Frau Dr. med. Ursula *Renner*, Waldbronn,
am 28.02.
Frau Dr. med. Hildegard *Werner*,
Frankfurt/Main, am 28.02.

75. Geburtstag

Frau SR Dr. med. Ingeborg *Lobers*, Berlin,
am 15.02.
Herrn Dr. med. Dieter *Storch*, Sülzhayn,
am 17.02.
Herrn Prof. Dr. med. Hans *Jacobi*,
Schönenberg, am 19.02.
Herrn Dr. med. Klaus *Passian*, Gronau,
am 19.02.
Frau Dr. med. Gertrud *Amar*, Dinslaken,
am 23.02.
Frau Dr. med. Maria *Grips*, Willich,
am 26.02.

80. Geburtstag

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

81. Geburtstag

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

82. Geburtstag

Herrn Dr. med. Oskar *Felkel*, München,
am 12.02.
Frau Dr. med. Barbara *Siefert*, Berlin,
am 14.02.
Frau Dr. med. Elisabeth-Charlotte
Garmann, Sonthofen, am 20.02.

83. Geburtstag

Frau Dr. med. (B) Marieta *Constandache*,
Aachen, am 02.02.
Herrn Dr. med. Norbert *Bäumer*,
Dortmund, am 16.02.
Frau Dr. med. Erika *Schröder-Habeth*,
München, am 18.02.
Frau Dr. med. Annemarie *Röpke*,
Wolfenbüttel, am 25.02.

84. Geburtstag

Herrn Dr. med. Anton *Mössmer*,
Landshut, am 03.02.

Frau Dr. med. Viola *Privat*, Bielefeld,
am 20.02.

85. Geburtstag

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

86. Geburtstag

Frau Dr. med. Elisabeth *Mock*, Bielefeld,
am 02.02.
Herrn Dr. med. Willi *Orth*, Leverkusen,
am 05.02.
Herrn Dr. med. Ralph *von Patay*, Kiel,
am 05.02.
Herrn Dr. med. Helmut *Kuntze*,
Ostfildern, am 07.02.
Frau Dr. med. Paula *Gruber*, Tegernsee,
am 09.02.
Herrn Dr. med. Horst *Bergmann*,
Duisburg, am 12.02.
Frau Rosmarie *Honcamp*, Bonn,
am 24.02.

87. Geburtstag

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

88. Geburtstag

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

89. Geburtstag

Frau Med.Dir.Dr. med. Ingeborg *Otto*,
Hagen, am 02.02.
Herrn Dr. med. Karl Justus *Weihe*,
Kamp-Lintfort, am 04.02.
Frau Dr. med. Ruth *Theil*, Stuttgart,
am 17.02.
Frau Dr. med. Maria *Braunn*, Nürnberg,
am 18.02.
Frau Dr. med. Gudrun *Stark*, Ebern,
am 21.02.

92. Geburtstag

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

93. Geburtstag

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

94. Geburtstag

Frau Dr. med. Eva *Braun*, Worms,
am 08.02.

100. Geburtstag

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

101. Geburtstag

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

Wir trauern um:

Frau Dr. med. Christa *von Hattingberg*,
Eckelsheim
Frau Christel *Reichel*, Chemnitz
Herrn Dr. med. Heinrich *Sulanke*,
Mettmann

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

Herrn Dr. med. Frederik *Loersch*
Herrn Dr. med. Matthias *Eckenweiler*
Herrn Andreas *Rau*
Frau Anna *Neugebauer*
Herrn Roland *Elling*

Landesverband Bayern

Frau Daniela *Walter*
Frau Bettina *Lang-Negretto*
Frau Simone *Thomaschewski*
Frau Dr. med. Sibylle *Richter*
Frau Elisabeth *Mutterer*
Frau Friederike *Richter*
Frau Marina *Sander*
Frau Dr. med. Bettina *Weigang*
Frau Katharina *Köth*
Herrn Stefan *Kusnik*
Frau Heike *Boerschmann*
Frau Vera *Wechsung*
Herrn Dr. med. univ. Philipp *Kahl*
Frau Dr. med. Cornelia *Studemann*
Herrn Florian *Gapp*
Frau Julia *Pfenning*
Frau Katharina *Glas*
Herrn Dr. med. Jan-Helge *Höpner*
Herrn Helmut *Stadler*
Frau Dr. med. Franziska *Schaaff*
Frau Nadine *Noll*
Herrn Bernd *Kohlmann*

Landesverband Berlin

Frau Dr. med. Stephanie *Lehmann*
Herrn Björn *Schweiger*
Herrn Florian *Pfeiffer*
Herrn Dr. med. Thomas *Helge*

Landesverband Brandenburg

Herrn Lars *Geerds*
Frau Claudia *Thurow*
Frau Dr. med. Kristin *Döring*
Frau Dr. med. Hanna *Köhler*

Landesverband Bremen

Frau Frauke *Heider*
Frau Dr. med. Marco *Heuerding*
Herrn Dr. med. Stephan *Hübner*
Herrn Peer Eike *Tjarks*

Landesverband Hessen

Frau Sarah *Spahn*

**Landesverband
Mecklenburg-Vorpommern**

Herrn Dr. med. Gero *Marx*

Landesverband Niedersachsen

Frau Dr. med. Nele *Kanzelmeyer*
Frau Dr. med. Maike Liesel *Beese*
Frau Tatjana *Seibert*
Frau Silke *Bongartz*
Frau Kristin *Esch*

Landesverband Nordrhein

Frau Eva *Klein*
Frau Helen Sophia *Wagner*
Herrn Fritz Fabian *Otten*
Frau Dr. med. Sandra *Nebgen*
Frau Verena *Roloff*
Frau Dörte *Kus*
Herrn Carsten *Weiser*
Frau Bente *Andersen*
Frau Eva *Mießen-Bell*
Frau Eva-Carolin *Spohr*

Landesverband Rheinland-Pfalz

Frau Anne-Jule *Fuchs*
Frau Caroline *Raab*
Frau Katja *Antony*
Frau Miriam *Scheffler*
Frau Anne *Christmann*

Landesverband Sachsen

Herrn Marcus *Langhammer*
Frau Kerstin *Kürschner*
Herrn Mathias *Genné*
Herrn Johannes *Pfeilstetter*
Herrn Dr. med. Thomas Michael *Kapellen*
Herrn Dr. med. André *Braun*
Frau Dr. med. Christiane *Würfel*
Frau Dr. med. Irene *Ruschke*

Landesverband Sachsen-Anhalt

Frau Dr. med. Uta *Funk*
Frau Magdalena *Rayzacher*

Landesverband Schleswig-Holstein

Frau Dr. med. Anja *Schuster*
Frau Frauke *Hillmer-Rudolf*
Frau Mieke *Broockmann*

Landesverband Thüringen

Dr. med. Christian *Dörfler*
Frau Dr. med. Stefanie *Thorwarth*

Landesverband Westfalen-Lippe

Frau Dr. med. Juliane *Greeske*
Frau Dr. med. Bärbel *Feische*
Frau Dr. med. Zehra *Özcan*
Herrn Dr. Philipp *Bludau*
Herrn Dr. med. Franz *Middendorf*

Mehr Sicherheit für Kinder im Straßenverkehr



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

Bestellen Sie jetzt!

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

**SCHMIDT
 RÖMHILD**

Für die Kleinen:

Trinklösung Oralpädon® mit Fruchtgeschmack

Der Flüssigkeitsverlust als Folge von Durchfall gehört zu den häufigsten Gründen für einen Klinikaufenthalt von Kindern. Ausreichendes Trinken, verbunden mit der Aufnahme von Elektrolyten und Mineralstoffen, kann vorbeugen. Die Trinklösung Oralpädon® macht



Oralpädon® enthält eine auf den Bedarf des Kindes abgestimmte Glukose-Elektrolytmischung. Sie hilft dem kleinen Körper, den aus dem Gleichgewicht geratenen Wasser- und Mineralstoffhaushalt wieder auszubalancieren. Zugleich wird die Durchfalldauer verkürzt.

Säuglingen und Kleinkindern sollten zwischen drei und fünf Beutel Oralpädon® in 24 Stunden verabreicht werden, Kindern ein Beutel nach jedem Stuhlgang. Nebenwirkungen sind nicht bekannt. Oralpädon® 240 Apfel-Banane, Oralpädon® 240 Erdbeere und das bewährte Oralpädon® neutral gibt es in Packungen mit jeweils zehn Beuteln.



Kindern die notwendige Flüssigkeit richtig schmackhaft: Erdbeer- und Apfel-Banane-Geschmack lassen vergessen, dass es sich um Medizin handelt. Geeist mögen die Kleinen die fruchtige Lösung besonders gern: Das Pulver auflösen, in eine Eisdübelform gießen, anfrieren und als Würfel in den Tee geben, oder direkt als „Eis“ zum Lutschen.

*Nach Informationen von Stada
 GmbH, Bad Vilbel*

Rotavirus-Gastroenteritiden: Unterschätztes Risiko in den ersten Lebensjahren



Priv.-Doz. Dr. med.
Philip Bufler

Säuglinge und Kleinkinder zwischen drei Monaten und drei Jahren sind besonders gefährdet, an einer lebensbedrohenden Rotavirus-Gastroenteritis zu erkranken. Eine frühzeitige Schluckimpfung kann die hoch ansteckende und nicht ursächlich therapierbare¹ Erkrankung vermeiden. Seit 2006 sind in Deutschland ein monovalenter sowie ein pentavalenter Rotavirus-Impfstoff erhältlich. In den USA wird seit Februar 2006 der pentavalente Impfstoff generell für alle gesunden Säuglinge empfohlen. Im Juni 2008 erfolgte die Zulassung des monovalenten Rotavirus-Impfstoffs in den USA. Für den pentavalenten Rotavirus-Schluckimpfstoff konnte bereits zwei Jahre nach der allgemeinen Empfehlung gezeigt werden, dass im Praxisalltag die Rotavirus-bedingten Krankenhaus- und Notfallbehandlungen mit einer Effektivität von 100 Prozent reduziert wurde². Damit unsere Kleinsten in der Zeit des höchsten Erkrankungsrisikos umfassend gegen Rotaviren geschützt sind, wird die Impfung zwischen der vollendeten sechsten und 26. Lebenswoche verabreicht.³

Rotavirus-Gastroenteritiden werden auch diesen Winter wieder zu überfüllten Kinder- und Jugendarztpraxen sowie Kinderkliniken führen. Dabei fallen in Europa die meisten Erkrankungen in die Zeit von Januar bis April.⁴ Weltweit erkrankt praktisch jedes Kind bis zum fünften Lebensjahr mindestens einmal an Rotaviren.⁴ Auch in Deutschland stellen Rotavirus-Erkrankungen ein großes gesundheitliches Problem dar. Schwere Fälle treten vor allem bei Säuglingen und Kleinkindern bis zum Alter von zwei Jahren⁵ auf, da sie aufgrund noch fehlender Immunität besonders empfänglich sind.⁶ Jedes zehnte betroffene Kleinkind muss stationär behandelt werden.⁷ Besonders gefährdet sind z. B. Frühgeborene oder Säuglinge mit angeborenen bzw. erworbenen Fehlbildungen des Magendarmtrakts wie z. B. dem Kurzdarmsyndrom.

Nicht immer sind Brechdurchfälle die ersten Anzeichen

Eine Rotavirus-bedingte Gastroenteritis kann innerhalb weniger Stunden lebensbedrohlich werden. In den meisten Fällen beginnt eine Rotavirus-Erkrankung mit Erbrechen und Durchfall. Sie kann aber auch mit allgemeinem Unwohlsein und Trinkunlust beginnen, wobei die Brechdurchfälle später einsetzen. Aufgrund ihres geringen Körpervolumens können besonders Säuglinge und Kleinkinder innerhalb kürzester Zeit Symptome wie eine gravierende Austrocknung entwickeln. Selbst gut informierte Eltern erkennen diese oftmals nicht rechtzeitig und reagieren im Notfall nicht schnell genug. Sofortige Flüssigkeitszufuhr und eine kontinuierliche Beobachtung sind aber gerade dann essentiell.⁸

Wie bedrohlich Rotavirus-Gastroenteritiden verlaufen können, verdeutlicht folgendes Fallbeispiel eines viereinhalb Monate alten Jungen, der aufgrund eines schweren Schocks infolge einer akuten Rotavirus-Gastroenteritis im Dr. von Haunerschen Kinderspital der Ludwig-Maximilians-Universität in München behandelt wurde.

Die Mutter bemerkte zunächst nur eine Trinkunlust und auffällige Müdigkeit bei ihrem Kind. Da sich keine weiteren Symptome zeigten, entschied sie, das Kind schlafen zu legen. Am darauf folgenden Morgen fand sie den Jungen apathisch und blass marmoriert im Bett vor und rief umgehend den Notarzt. Dieser diagnostizierte eine starke Dehydratation mit daraus folgendem Abfall der Sauerstoffsättigung und eine abnorme Schläfrigkeit. Weiterhin zeigte die beschleunigte, vertiefte Atmung eine Störung des Säure-Basen-Stoffwechsels. Der Notarzt leitete sofort die Rehydratation mit isotonischer Kochsalzlösung ein und veranlasste die Aufnahme in das Krankenhaus. Dort wurde der Junge direkt auf der Intensivstation behandelt.

Schnelle Rehydratation ist entscheidend

Eine Blutgasanalyse bestätigte eine stoffwechselbedingte Azidose. Zunächst wurde eine Infusion mit Kochsalzlösung zur weiteren Erhöhung des Blutvolumens verabreicht. Durch diese therapeutische Maßnahme stabilisierte sich der Zustand des Kindes innerhalb kurzer Zeit. Erst Stunden später erbrach sich der Junge erstmals und zeigte auch wässrige Durchfälle. Die Stuhluntersuchung bestätigte den Verdacht auf Rotaviren.

Um eine Ausbreitung der hoch ansteckenden Viren zu verhindern, musste der Junge getrennt von den anderen Patienten gepflegt werden. Durch aufwändige Hygienemaßnahmen wie dem Gebrauch von Einmalhandschuhen, Gesichtsmasken und regelmäßigem Kleiderwechsel des Krankenhauspersonals, konnte eine Ausbreitung auf der Station verhindert werden.

Nach sieben Tagen hatte sich die Darmfunktion regeneriert. Die Mutter konnte ihren Sohn, der zwar noch etwas geschwächt aber wieder in einem guten Allgemeinzustand war, mit nach Hause nehmen. Der plötzliche und dramatische Erkrankungsverlauf hatte nicht nur das Kind, sondern auch die Eltern sehr belastet. Während der einwöchigen stationären Behandlung blieb die Mutter an der Seite des Jungen, da der Vater beruflich gebunden



war. Nicht zuletzt bedeutete die Pflege des hoch infektiösen Kindes auch für das Krankenhauspersonal einen erheblichen Mehraufwand an Kapazität und Zeit.

Schluckimpfung reduziert das Risiko Rotavirus-bedingter Krankenhausbehandlungen

Die Komplikationen schwerer Rotavirus-Gastroenteritiden und die dadurch bedingten stationären Aufnahmen können durch die Rotavirus-Lebendimpfung weitgehend verhindert werden. Die Wirksamkeit gegen schwere Rotavirus-Gastroenteritiden ist mit 98,0 Prozent^b für den pentavalenten Impfstoff beziehungsweise 90,8 Prozent^c für den monovalenten Impfstoff sehr hoch.^{9,10} Nach Abschluss der Immunisierung ist für den monovalenten Impfstoff eine Wirksamkeit von bis zu 87,7 Prozent^d gegen schwere Rotavirus-Gastroenteritiden bis ins zweite Lebensjahr nachgewiesen.¹¹ Aktuelle Studienergebnisse belegen für den pentavalenten Impfstoff eine anhaltend hohe Wirksamkeit von 94,5 Prozent^e gegen Krankenhaus- und Notfallbehandlungen bis zu drei Jahre nach Abschluss der Impfung.³ Bereits nach der ersten Dosis konnte der pentavalente Impfstoff Rotavirus-bedingte Notfallbehandlungen und Krankenhausaufenthalte um 100 Prozent^f reduzieren.¹²

Hoher Informationsbedarf bei Eltern – Impfbereitschaft ist vorhanden

Da die erste Impfdosis innerhalb der ersten drei Lebensmonate verabreicht werden muss, sollten Eltern bereits am Ende der Schwangerschaft, spätestens jedoch direkt nach der Geburt über die Schluckimpfung aufgeklärt werden. Laut einer aktuellen Umfrage wissen nur wenige Eltern, dass sie ihr Kind mit einer Schluckimpfung vor den häufigsten Erregern schwerer Gastroenteritiden schützen können.¹³ Doch eine Empfehlung für eine Rotavirus-Impfung von einem Arzt erhöht die Impfbereitschaft der Eltern deutlich.¹³ Zusätzlich fördert die Kostenerstattung durch die Krankenkassen die Impfbereitschaft.¹³ Inzwischen erkennen auch immer mehr Krankenkassen die positive Wirkung der Schluckimpfung und übernehmen die Kosten.¹⁴ Eine Liste der Krankenkassen, die die Impfkosten bereits erstatten, ist im Internet unter www.impfkontrolle.de zu finden.

Referenzen

- a 95% KI [86%;100%]
 - b Verursacht durch Serotypen G1-G4 mit 95% KI [88,3%;100,0%]
 - c Verursacht durch Serotyp G1P(8) mit 95% KI [70,5%;98,2%]
 - d Verursacht durch Serotyp G9P(8) mit 95% KI [72,9%;95,3%]
 - e 95% KI [91%;96%]. Das Ergebnis bezieht sich auf schwere Verläufe von Rotavirus-Gastroenteritiden, verursacht durch die Rotavirus-Serotypen G1-G4 und die dadurch bedingten stationären Aufnahmen.
 - f 95% KI [72%;100%]. Die Wirksamkeit wurde im Zeitraum von 14 Tagen nach der ersten Dosis bis zur Gabe der zweiten Dosis beobachtet. Das Ergebnis bezieht sich auf die in Europa häufigsten Rotavirus-Serotypen G1-G4.
- 1 Clark HF, Offit PA. Vaccines for Rotavirus Gastroenteritis. Universally Needed for Infants. *Ped Ann* 2004;33:537-43.
 - 2 Mast CT et al. Post-Licensure Effectiveness of RotaTeq® in Preventing Gastroenteritis. Presented at 46th Annual Meeting of the Infectious Diseases Society of America (IDSA), Washington DC, 25-28 October, 2008 (Poster).
 - 3 Sanofi Pasteur MSD. Fachinformation RotaTeq®, Stand Oktober 2008.
 - 4 Van Damme P et al. Distribution of Rotavirus Genotypes in Europe, 2004-2005: The REVEAL Study. *J Infect Dis* 2007;195:17-25.
 - 5 Borte M et al. Pädiatrische Rotavirusgastroenteritis. Symptome und Häufigkeit. *Pädiat. Prax.* 2007/2008;71:249-258.
 - 6 Robert Koch-Institut. Rotaviren. RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten-Merkblätter für Ärzte, Stand Juni 2007.
 - 7 Giaquinto C et al. Clinical Consequences of Rotavirus Acute Gastroenteritis in Europe, 2004-2005: The REVEAL Study. *J Infect Dis* 2007;195:26-35.
 - 8 Schuster V. Rotavirus-Infektion – Prophylaxe und Therapie. *Bremen: UNI-MED;2006.*
 - 9 Vesikari T et al. Safety and Efficacy of a Pentavalent Human-Bovine (WC3) Reassortant Rotavirus Vaccine. *N Engl J Med* 2006;354:23-33.
 - 10 Ruiz-Palacios GM et al. Safety and Efficacy of an Attenuated Vaccine against Severe Rotavirus Gastroenteritis. *N Engl J Med* 2006;354:11-22.
 - 11 GSK. Fachinformation Rotarix®, Stand Dezember 2007.
 - 12 Dennehy P. et al. Efficacy of the pentavalent rotavirus vaccine, RotaTeq®, between doses: potential benefits of early protection. Abstract presented at the Paediatric Academic Societies (PAS) congress in Honolulu, Hawaii, (USA), 2-6 May 2008.
 - 13 IfaK-Institut: Online Befragung - Rotavirus Disease Awareness Studie bei Frauen. Januar 2008. (Bei Interesse kann die Studie bei circlecomm angefordert werden.)
 - 14 <http://www.impfkontrolle.de/content.asp?audience=1&topic=1&vaccination=4&page=1> (last accessed 27 November 2008).

Anschrift des Verfassers:

Priv.-Doz. Dr. med. Philip Bufler
Abteilung für pädiatrische Gastroenterologie und Hepatologie
Kinderklinik und Poliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital
der Ludwig-Maximilians-Universität München
Lindwurmstr. 4
80337 München

Dosierungsspektrum erweitert

Concerta® 27 mg: Mehr Spielraum in der ADHS-Therapie

Die lang wirksame Methylphenidat-Formulierung Concerta® von Janssen-Cilag ist seit dem 1. Januar 2009 für die Pharmakotherapie der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen auch in der Wirkstärke 27 mg verfügbar. Damit stehen vier Dosisstärken (18 mg, 27 mg, 36 mg und 54 mg) mit einer Wirkdauer von bis zu 12 Stunden für eine bedarfsgerechte Titrierung und Einstellung der Patienten zur Verfügung.

Ist eine medikamentöse Therapie der ADHS angezeigt, kann diese direkt mit Concerta® begonnen werden. Ausdrücklich zur Initialtherapie¹ zugelassen, ist auch bei einer Umstellung von anderen Methylphenidat-haltigen Präparaten auf Concerta® keine Dosititrierung mit kurzwirksamem Methylphenidat erforderlich. Die empfohlene Anfangsdosierung für Patienten, die bislang kein Methylphenidat (MPH) erhalten haben, beträgt 18 mg bei einmal täglicher Einnahme. Die Tagesdosis kann Dank der neuen 27 mg-Tablette nun in feinen Schritten bis zur optimalen Wirkstärke – maximal 54 mg/Tag – erhöht werden. Speziell bei Patienten, die am Morgen einen höheren Bedarf an Methylphenidat haben, kann der Einsatz von Concerta® 27 mg – aufgrund der höheren initial freigesetzten Dosis von 6 mg schnell wirksamem Methylphenidat – bereits als Einstellungsdosis angezeigt sein.



Vorteile der Ein- und Umstellung auf Concerta®

Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass Ärzte und Eltern eine Concerta®-Therapie positiv bewerten. In einer Umstellungsstudie² von kurz wirksamem Methylphenidat auf Concerta® beurteilten rund 79 Prozent der Eltern und 77 Prozent der Ärzte die Verträglichkeit und Wirksamkeit als „gut“ oder „ausgezeichnet“. Darüber hinaus wünschten 90 Prozent der Eltern eine Fortführung der Therapie mit Concerta®. Der Präparatewechsel auf Concerta® kann noch weitere Vorteile mit sich bringen: eine verbesserte Symptomkontrolle am späten Nachmittag und frühen Abend³, eine verbesserte Rollenfunktion⁴ und eine Steigerung der Lebensqualität für den Patienten und dessen Familie⁵.

Lang wirksame Formulierungen haben auch Auswirkungen auf die Akzeptanz der Behandlung und somit die Therapiedauer. Eine Studie⁶ zeigte, dass Patienten, denen eine lang wirksame

Methylphenidat-haltige Formulierung verordnet wurde, um 37 Prozent häufiger die ärztliche Verordnung befolgten und die Medikation zuverlässiger einnahmen, verglichen mit Patienten, die mit kurz wirksamen Formulierungen behandelt wurden. Unter den beobachteten lang wirksamen MPH-Formulierungen schnitt Concerta® am besten ab.

Die neue Tablettengröße eröffnet mehr Spielraum, die Vorteile von Concerta® nun noch bedarfsgerechter einzusetzen.

1 Swanson J et al. Journal of Clinical Research. 2002;3:59-76.

2 Heger S, Trott GE, Meusers M et al. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother. 2006 Jul;34(4):257-65.

3 Wolff C et al. Effektivität und Verträglichkeit von OROS® Methylphenidat bei Patienten, die zuvor mit Atomoxetin oder retardiertem MPH (Medikinet®retard) behandelt wurden – Ergebnisse einer offenen naturalistischen Studie. Posterpräsentation 34. Jahrestagung der Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP), Jena, 3.-6. April 2008.

4 Stollhoff et al. Therapie mit langwirksamem Methylphenidat (OROS®-MPH) bei Kindern mit ADHS fördert ein verbessertes Sozialverhalten über den aktiven Tag – Ergebnisse einer naturalistischen Studie. Posterpräsentation 104. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ); 11.-14. September 2008 im Gasteig München.

5 Franke F et al. Changes in Quality of Life and Daily Functioning in Patients with ADHD treated with Extended Release Methylphenidate (OROS®-MPH). Results from an Open Label Naturalistic Study. Posterpräsentation 34. Jahrestagung der Gesellschaft für Neuropädiatrie (GNP), Jena, 3.-6. April 2008.

6 Marcus S et al. Continuity of Methylphenidate Treatment for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Arch Pediatr Adolesc Med. 2005; 159: 572-578.

Kontakt: Dr. Brigitte Muskalla / Holger Pohlen
Haas & Health Partner PR, Tel.: 06123-70 57-25 /-24
Email: muskalla@haas-health.de / pohlen@haas-health.de

Wichtige Telefon- und Telefax-Nummern

www.kinderaerzte-im-netz.de

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mitgliederverwaltung

Kongressabteilung

Präsident

Dr. med. Wolfram Hartmann

Vizepräsident

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Ulrich Fegeler

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Christen

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

Prof. Dr. med. Frank Riedel

Dr. med. Wolfgang Gempp

Regine Hauch

Honorar Ausschuss

Dr. med. Roland Ulmer

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

DISA / DISU

Beratungsstellen der Kinderumwelt gGmbH der DAKJ

Richtlinien für Autoren abzufordern unter:

Elektronisches Archiv „Kinder- und Jugendarzt“:

E-mail: bvkj.buero@uminfo.de

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

Tfx.: (02 21) 68 32 04

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

Tfx.: (02 21) 6 89 09 78

E-Mail: bvkj.kongress@uminfo.de

Tel.: (0 27 32) 76 29 00

Tfx.: (0 27 32) 8 66 85

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

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

Tel.: (0 30) 3 62 60 41

Tfx.: (0 30) 3 61 17 13

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

Tfx.: (05 11) 81 15-3325

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

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

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

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Tfx.: (0 91 23) 97 70 45

PädInform: Ulmer_Lauf

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

(Betreff bitte BVKJ)

Tel.: (0 30) 40005880

Tfx.: (0 30) 40005888

Tel.: (05 41) 97 78-900

Tfx.: (05 41) 97 78-905

Tel.: (02 01) 81 30-104

Tfx.: (02 01) 81 30-105

PädInform/Archiv

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

Herausgeber: Berufsverband der Kinder- und 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: riedel@uke.uni-hamburg.de. Für „Welche Diagnose wird gestellt?“: Prof. Dr. Peter H. Höger, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelm-

stift, Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg, Tel. (040) 67377-202, Fax -380, E-Mail: hoeger@kkh-wilhelmstift.de

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

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

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

Druckauflage 12.667

lt. IVW III/2008

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen



LA-MED

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

Verlag: Hansisches Verlagskontor GmbH, Mengstr. 16, 23552 Lübeck, Tel. (04 51) 70 31-01 – **Anzeigen:** 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. 42 vom 1. Oktober 2008

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.

© 2009. 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.