

bvkJ.

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

Heft 4/08 · 39. (57.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

FORUM:

Weimar 2008

FORTBILDUNG:

Schwerpunkt Arthritiden
im Kindes- und Jugendalter

BERUFSFRAGEN:

Streit im
hausärztlichen Haus

MAGAZIN:

Tropenpädiatrie
update



HANSISCHE VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT



Foto: digitalstock

bvkj.



Tropenpädiatrie 2008: Infektionskrankheiten und andere Fragen der Kinder- und Jugendgesundheit Seite 295

Inhalt 4 | 08

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

Forum

- 239 **Jugendliche im Labyrinth als Menschen ansprechen**
Christoph Kupferschmid
- 243 **Mein Tag**
- 244 **Vermischtes**
- 246 **Arzneimitteltherapie ist Risikoschwerpunkt in Kinderkliniken**
- 247 **Neues und Altes**
Ulrich Fegeler
- 248 **Das Schweigen der Chefs**
Doris Schrage
- 250 **Das Leser-Forum**
- 251 **Meine Lieblingsseite**
Thomas Rautenstrauch
- 252 **Vermischtes**
- 255 **Interkulturelle Kommunikation: verstehen und verständlich machen**
Fikret Çerçi

Fortbildung

- 258 **Prognose der rheumatischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter**
Kirsten Minden
- 267 **Pränatal diagnostizierte Harntransportstörung – wie geht es postnatal weiter?**
Sylvia Glüer
- 272 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**
- 278 **Consilium Infectiorum: Übertragung von A-Streptokokken durch Haustiere**
Reinhard Berner
- 280 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Frieder Brückner, Peter H. Höger

Berufsfragen

- 285 **Der Streit im hausärztlichen Haus**
Hans-Dieter Klimm, Wolfgang Gempp
- 287 **Eine Frage an**
- 288 **Straf- und zivilrechtliche Probleme bei fixierten Patienten**
Hans-Jürgen Nentwich
- 289 **Wahlaufruf und Wahlergebnis**
- 290 **Aus der Verbandsarbeit**
Wolfgang Gempp
- 292 **Chefarzt auf Zeit**
Regine Hauch

Magazin

- 295 **Tropenpädiatrie 2008: Infektionskrankheiten und andere Fragen der Kinder- und Jugendgesundheit**
Stephan Heinrich Nolte
- 298 **Personalia**
- 300 **Tagungen**
- 301 **Buchtipps**
- 302 **Praxistafel**
- 303 **Verleihung des Preises Jugendmedizin**
- 304 **Fortbildungstermine BVKJ**
- 305 **Nachrichten der Industrie**
- 310 **Wichtige Telefonnummern**



Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegt in voller Auflage eine Beilage der Firma Stada GmbH, Bad Vilbel, bei.

Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

Prognose der rheumatischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter



Dr. Kirsten
Minden

Werden Patienten bzw. deren Eltern mit der Diagnose einer rheumatischen Erkrankung konfrontiert, verlangt dies natürlich auch eine Information über die Prognose dieser Erkrankung. Bestmögliche Aufklärung ist erforderlich, um einerseits unnötige Ängste zu nehmen, andererseits die Notwendigkeit einer konsequenten Behandlung der chronischen Erkrankungen vor Augen zu führen. Das, was Kinderrheumatologen den betroffenen Familien bezüglich der Krankheitsprognose mit auf den Weg geben, hat sich in der jüngsten Vergangenheit erheblich geändert. So wurde Anfang der 1990er Jahre noch die Auffassung vertreten, dass 8 von 10 Kindern und Jugendlichen mit Gelenkrheuma beschwerdefrei das Erwachsenenalter erreichen [1]. Dass diese Aussage leider nicht der Realität entspricht, haben zahlreiche Untersuchungen zur Langzeitprognose juveniler entzündlich-rheumatischer Erkrankungen der letzten Jahre belegt [2-10]. Diese Outcome-Studien vermittelten neue Einsichten in die vielfältigen Langzeitkonsequenzen dieser Erkrankungen. Das hat nicht nur unser Wissen über die Prognose und damit die Aufklärungsgespräche mit den Familien verändert, auch das Herangehen an die Prognosebeurteilung ist ein anderes geworden.

Die derzeitige Sicht auf die Prognose juveniler rheumatischer Erkrankungen und ihre Beurteilung soll hier in einer Übersicht dargestellt werden. Besondere Berücksichtigung findet dabei die häufigste und daher auch am besten untersuchte chronische entzündlich-rheumatische Erkrankung im Kindes- und Jugendalter, die juvenile idiopathische Arthritis (JIA).

Wie wird die Prognose rheumatischer Krankheiten heute beurteilt?

Rheumatische Erkrankungen im Kindesalter, wie die JIA, können zu Konsequenzen auf unterschiedlichen Ebenen führen. Einerseits wirken sie sich auf körperliche Komponenten (Strukturen, somatische und psychische Funktionen) aus, andererseits aber auch auf die Funktionsfähigkeit des Patienten im Alltag und dessen Teilhabe in der Gesellschaft. Zur Prognosebeurteilung werden deshalb, wie auch bei anderen chronischen Erkrankungen, heute nicht mehr nur traditionelle Parameter wie klinische Remission und definierte Organschädigungen (z.B. Gelenkerosionen/-destruktionen) herangezogen. Vielmehr fließen die multidimensionalen Auswirkungen der Krankheit und ihrer Therapie auf das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden des Patienten, d.h. dessen Lebensqualität, in die Bewertung ein. Für deren Beurteilung wurden spezielle Instrumente (z.B. deutschsprachige Versionen von Pediatric Quality of Life Inventory, Child Health Questionnaire, Short form 36) entwickelt und auf ihre Anwendbarkeit geprüft, die mittlerweile so gut standardisiert sind, dass sie dem Vergleich mit herkömmlichen naturwissenschaftlichen Labormethoden standhalten. Besonders bewährt haben sich vom Patienten bzw. dessen Eltern im klinischen Alltag selbst auszufüllende Fragebögen. Damit können Krankheitsaktivität, funktionale Gesundheit und Erfolg der Behand-

lung qualitativ und quantitativ erfasst werden. Diese Messinstrumente werden zunehmend bei Outcome-Untersuchungen, aber auch in medikamentösen Therapiestudien und im klinischen Alltag zur Therapiesteuerung eingesetzt.

Standardisierte Kriterien und Messinstrumente, die für eine Vergleichbarkeit von Studienergebnissen eine elementare Voraussetzung darstellen, wurden aber auch für traditionelle Outcome-Parameter wie Remission und Funktionsfähigkeit entwickelt. Für die Beurteilung des Funktionsstatus des Patienten wird heute in der Regel der Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) bzw. HAQ im Erwachsenenalter eingesetzt, der eine viel differenziertere Aussage als die früher angewandten Steinbrocker-Stadien von I-IV zulässt.

Somit wird heute für Outcome-Beurteilungen ein auf internationalen Standards basierendes Herangehen gefordert, dass Arzt- und Patientenbeurteilungen der Krankheitsauswirkungen auf die körperliche, psychische und soziale Gesundheit des Betroffenen einschließt.

Ist Gelenkrheuma bei Kindern eine harmlose Erkrankung?

Die in den letzten Jahren durchgeführten großen epidemiologischen Untersuchungen zur Langzeitprognose der JIA haben deutlich gemacht, dass weit mehr Patienten als früher angenommen auch im jungen Erwachse-

Die Krankheitsauswirkungen auf die körperliche, psychische und soziale Gesundheit werden standardisiert beurteilt

nenalter (zwischen 20 und 35 Jahren) noch eine aktive Erkrankung aufweisen. Bei 40–60% besteht dann noch eine aktive Arthritis, die mit Schmerzen, Morgensteifigkeit und Funktionseinbußen verbunden ist [2-8]. Mindestens jeder vierte Betroffene weist erosive/destruierende Gelenkveränderungen auf, die im Weiteren nicht selten einen Gelenkersatz erfordern [11,12]. Aufgrund der aktiven Arthritis und/oder artikulären Folgeschäden ist jeder 10. junge Erwachsene mit JIA funktionell so beeinträchtigt, dass er auf Hilfsmittel und/oder Hilfe durch andere Personen im Alltag angewiesen ist [3,5].

Nach zwei populationsbezogenen Studien tragen Erwachsene mit JIA auch ein gegenüber der Normalbevölkerung etwa 4fach erhöhtes Mortalitätsrisiko [13,14]. Die schottische populationsbezogene Untersuchung von Frau Thomas wies für JIA-Patienten eine standardisierte Mortalitätsratio von 3,4 für Männer bzw. 5,1 für Frauen nach, die sogar das Doppelte jener für die rheumatoide Arthritis des Erwachsenen (Vergleich: Männer 2,1; Frauen 2,0) betrug. Ob hierfür, wie bei Patienten mit rheumatoider Arthritis, Herz-Kreislaufkrankungen, Malignome (u.a. Lymphome) und Infektionen anzuschuldigen sind, ist nicht bekannt.

Diese Daten machen deutlich, dass es sich bei der JIA zweifelsfrei um eine ernsthafte, z.T. lebensverkürzende Erkrankung mit einem signifikanten Risiko für Langzeitmorbidity und Behinderung handelt.

Welche Konsequenzen hat die JIA auf körperlicher/struktureller Ebene?

Der härteste Outcomeparameter ist die **Letalität**. In den Jahren von 1950–1980 verstarben 4% aller Kinder mit JIA bzw. 14% der Kinder mit einer systemischen Form der chronischen Arthritis (M. Still) [15]. Seit Anfang der 1990er Jahre liegt die Letalität deutlich unter 1%. In einer Metaanalyse mit Berücksichtigung von über

10.000 Patienten wurde sie mit 0,29% angegeben [16]. Patienten mit M. Still sind jene, die nach wie vor das höchste Risiko tragen. In dieser Subgruppe beträgt die Letalität noch 3% [17], was in erster Linie mit der für dieses Krankheitsbild typischen Komplikation, dem Makrophagen aktivierenden Syndrom (MAS), zusammenhängt. Die früher ebenfalls bevorzugt bei Patienten mit M. Still beobachtete sekundäre **Amyloidose** hat in den letzten Jahren aufgrund der besseren therapeutischen Möglichkeiten nahezu völlig an Bedeutung verloren [18]. In der Literatur wird die Amyloidoserate heute mit unter 1% angegeben [5], Berichte über neu diagnostizierte Fälle an bundesdeutschen kinderrheumatologischen Zentren hat es in den letzten Jahren nicht gegeben.

Ein weiterer klassischer Outcome-Parameter ist die **Remission**. Im Jahr 2004 wurden Kriterien für die Remission der JIA vorgeschlagen, die erst wenig Anwendung fanden [19-21]. Vorliegende Langzeituntersuchungen zur Prognose wandten unterschiedliche Definitionen der Remission an, neben übrigens auch unterschiedlichen Klassifikationen der Erkrankungen, weshalb deren Ergebnisse nur begrenzt vergleichbar sind (Tab. 1). Dennoch liegen die ermittelten Remissionsraten mit 40–60% relativ eng beieinander.

Nicht alle Studien berücksichtigten bei der Prognosebeurteilung die verschiedenen Subgruppen der JIA. Dass dies notwendig ist, haben mehrere Arbeiten verdeutlicht [3-7,20]. Sie zeigten übereinstimmend, dass die verschiedenen Formen der JIA erheblich in der Prognose differieren. Während die überwiegende Mehrheit der Patienten mit oligoartikulärer Verlaufsform eine dauerhafte Remission erreicht, ist die Remissionsrate nach etwa 15 Jahren Krankheitsdauer bei Patienten mit polyartikulärer Beginn- oder Verlaufsform wesentlich geringer. Von diesen befindet sich dann nur etwa jeder Dritte bis Vierte in

Die JIA ist eine ernsthafte, z.T. lebensverkürzende Erkrankung

Tab. 1: Untersuchungen zur Langzeitprognose (Krankheitsdauer > 10 Jahre) der juvenilen Arthritis ab 1997

Autor, Jahr, Land	Patientenzahl	Mittlere Krankheitsdauer in Jahren	Patienten mit Remission/inaktiver Erkrankung in %	Patienten mit schweren Funktionsbeeinträchtigungen in %*
Peterson et al., 1997 USA	44	25	34	–
Zak et al. 2000 Dänemark	65	26	63	11
Eigene Untersuchung, 2002 Deutschland	215	17	45	10
Packham, 2002 Großbritannien	246	28	57	37
Oen et al., 2002 Kanada	392	11	56	3
Flato et al., 2003 Norwegen	268	15	50	–
Foster et al., 2003 Großbritannien	82	21	61	–

* Steinbrocker-Stadien III und IV

Remission, bei der enthesitis-assoziierten Arthritis sogar nur jeder Fünfte. Am schlechtesten ist die Prognose allerdings für Patienten mit seropositiver (Rheumafaktor-positiver) Polyarthrititis (Abb. 1).

Je länger die Krankheit aktiv ist, desto größer ist das Risiko der **Gelenkdestruktion** [22-23]. Radiologisch weisen Gelenkspaltverschmälerung, Erosion, Ankylose und Subluxation auf destruierende Gelenkveränderungen hin. Diese entwickeln im Verlauf von 6 bis 9 Jahren 5–25% der Patienten mit Oligoarthrititis, knapp die Hälfte der Patienten mit systemischer Arthritis und 40–80% der Patienten mit Polyarthrititis [6,11]. Aufgrund der geringen Reparationsfähigkeit des Knochens heilen einmal vorhandene Läsionen selten aus und degenerative Veränderungen resultieren. Diese Degeneration geht aufgrund der biomechanischen Beanspruchung an den Hüftgelenken besonders schnell vonstatten und spiegelt sich entsprechend in der Notwendigkeit der Versorgung mit Hüftendoprothesen wider. So sind, je nach untersuchtem Patientenkollektiv, zwischen 2–44% der 20–35jährigen JIA-Patienten bereits mit Hüftendoprothesen versorgt [5,7].

Zu den eigentlichen Gelenkveränderungen addieren sich krankheitsbedingte, das gesamte muskuloskeletale System betreffende Folgeerscheinungen. Hierzu gehören **Knochen- und Muskelmasseminderungen** sowie Wachstumsstörungen.

Knochenmasseminderungen wurden inzwischen in mehreren, sehr sorgfältig durchgeführten Untersuchungen bei jungen Erwachsenen mit JIA, zumeist mit der Dual-Röntgen-Absorptiometrie (DXA/DEXA), registriert [24-26]. Bei 30–50% der Erwachsenen wurde eine Osteopenie und in bis zu 10% eine Osteoporose festgestellt. Patienten aller Untergruppen der JIA waren betroffen, am häufigsten jene mit polyartikulärem Verlauf der JIA. Der Mangel an Knochenmasse findet sich sowohl an der Wirbelsäule als auch am peripheren Skelett. Wichtigste Ursache der Knochenveränderungen scheint eine relative und absolute Muskelhypoplasie infolge Inaktivität, Medikamentenwirkung und/oder Zytokinwirkung zu sein [27]. Und so gelten dann auch eine im Jugendalter verminderte Funktionsfähigkeit, geringe sportliche Aktivität, Rauchen, eine fortbestehende Krankheitsaktivität und längere Glukokortikoid-Behandlung als Risikofaktoren für eine verminderte Knochendichte im Erwachsenenalter [24-26].

Allgemeine und lokale **Wachstumsstörungen** können bei der JIA bis ins Erwachsenenalter persistieren. Kleinwuchs wird vorzugsweise bei Patienten mit systemischer Arthritis und Polyarthrititis gesehen. Lang anhaltende Krankheitsaktivität, Medikamentennebenwirkungen (Glucocorticoide), unzureichende Ernährung, schwere Kiefergelenkbeteiligung, Wirbelkörperfrakturen und Gelenkkontrakturen spielen hierbei eine Rolle. Junge Erwachsene weisen in 3–10% eine verminderte Körpergröße (Z-Score < -2 SD) auf [28-29]. Häufiger noch sind lokale Wachstumsstörungen, wie die Mikrognathie (Abb. 2) in etwa 9% oder Beinlängendifferenzen bei fast jedem 5. Patienten [5].

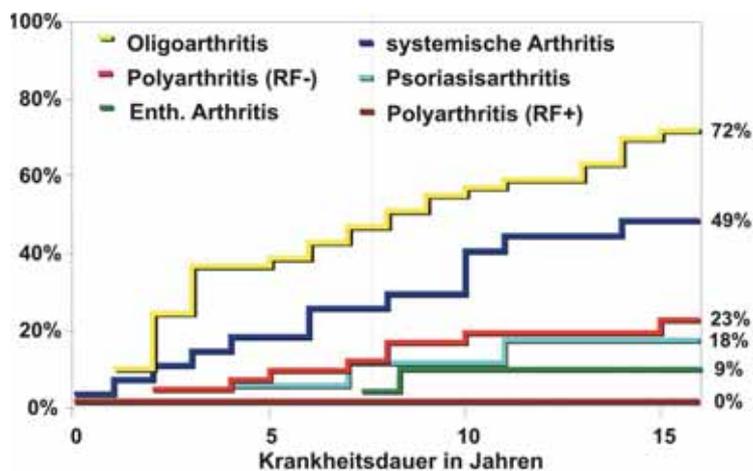


Abb. 1: Wahrscheinlichkeit des Eintrittes einer Remission für die verschiedenen Subgruppen der JIA im Langzeitverlauf, basierend auf den Daten einer 17-Jahres-Follow-up-Untersuchung [5]

Prognoserelevant kann auch die **rheumatische Augenbeteiligung (Uveitis)** sein, die etwa 13% aller Kinder mit JIA entwickeln [30]. Für die enthesitis-assoziierte Arthritis ist die akute Uveitis kennzeichnend, die infolge der Beschwerden mit Lichtscheu, Schmerz und Rötung frühtherapiert wird und kaum Spätfolgen hinterlässt. Riskanter hingegen ist die symptomlose Uveitis, die insbesondere bei der frühkindlichen Oligoarthrititis, aber auch bei der Psoriasisarthritis und seronegativen Polyarthrititis auftritt. Unerkannt und unbehandelt können sich rasch Verklebungen der Irisrückfläche mit der Linse, Hornhautdegenerationen, Katarakt und Glaukom entwickeln und zum Visusverlust führen. Obgleich die Komplikationsrate der JIA-assoziierten Uveitis in den letzten Jahrzehnten aufgrund des routinemäßigen ophthalmologischen Screenings von Kindern mit chronischer Arthritis

Häufige extra-artikuläre Krankheitsfolgen sind Knochen- und Muskelmasse- sowie Sehkraftminderungen



Abb. 2: Mikrognathie bei einem 13-jährigen Mädchen mit seronegativer Polyarthrititis und Kiefergelenkbefall

und einer zunehmend aggressiveren Behandlung deutlich zurückgegangen ist, beträgt sie nach wie vor noch 25–50% [31]. Relevante Visusminderungen ($\leq 20/40$) werden nach 6 Jahren Krankheitsdauer bei etwa 1/3 aller Patienten mit Uveitis beobachtet. Das Risiko einer Erblindung liegt heute unter 6% bzw. unter 1% bezogen auf das Gesamtkollektiv der JIA-Patienten [32].

Wie sehr belastet die rheumatische Erkrankung die Betroffenen?

Jugendliche und junge Erwachsene mit einer aktiven rheumatischen Erkrankung müssen mit Müdigkeit, Schmerzen und körperlichen Beeinträchtigungen zu-recht kommen. Sie sind deutlich häufiger als altersentsprechende Kontrollkollektive in ihren Aktivitäten im häuslichen, schulischen und beruflichen Milieu eingeschränkt. Ihre Lebensbedingungen und Zukunftsperspektiven unterscheiden sich signifikant von jenen ohne Behinderung [33]. Psychische Belastungen können resultieren. Depressive Symptome und Ängste wurden bei jungen Rheumatikern häufiger beobachtet [34].

Rheumakranke Jugendliche belastet nicht selten die Sorge, keinen geeigneten Beruf zu finden. Eine vor kurzem durchgeführte bundesweite Umfrage im Rahmen der Kinder-Kerndokumentation* hat offenbart, dass fast 70% aufgrund der rheumatischen Erkrankung Einschränkungen in der Berufswahl befürchten und fast 80% keinen Ausbildungs-/Studienplatz zu bekommen. Dass diese Sorge nicht unberechtigt ist, zeigen Langzeitstudien aus den USA, Kanada, Großbritannien, den skandinavischen Ländern und Deutschland [2,5,6,8]. In fast allen diesen Untersuchungen waren junge Rheuma-

tiker trotz vergleichbarer oder sogar besserer Schulausbildung weniger häufig berufstätig, sei es durch verlängerte Ausbildungszeiten, höhere Arbeitslosigkeit oder vorzeitige Berentung. Die Daten der bundesdeutschen Kerndokumentation belegen, dass die Beschäftigungs-raten von JIA-Patienten vom frühen Erwachsenenalter an unter jenen der Bevölkerung bleiben (Abb. 3). Krankheitsbedingte Einschränkungen im beruflichen Bereich belasten erwachsene Betroffene am meisten, fast jeder zweite junge Erwachsene mit JIA berichtet hierüber [5]. Wesentlich geringer ist die subjektiv empfundene Last auf das private Umfeld. Von 20–35jährigen mit JIA fühlten sich 17% im Hinblick auf ihr Familienleben durch die Erkrankung belastet, 14% hinsichtlich Freundschaften. In einigen Untersuchungen war die Zahl der in Partnerschaft Lebenden etwas geringer als in der Bevölkerung, in anderen wiederum unterschied sich weder die Zahl der Eheschließungen noch die der Kinder von denen gleichaltriger Kontrollen [2,9].

Die krankheitsbedingten körperlichen und psychosozialen Belastungen spiegeln sich in einer im Vergleich zu Kontrollen signifikant geringeren, subjektiv empfundenen Lebensqualität von erwachsenen JIA-Patienten wider [2,8–9,35]. Junge Erwachsene mit JIA fühlen sich vor allem in ihrer „körperlichen Gesundheit“, seltener in ihrer „psychischen Gesundheit“ beeinträchtigt. Patienten mit noch aktiver rheumatischer Erkrankung unterscheiden sich in ihrer Lebensqualität signifikant von jenen in Remission, was die Bedeutung einer effektiven Therapie mit vollständiger Unterdrückung der Krankheitsaktivität unterstreicht.

Lässt sich die Prognose der JIA vorhersagen?

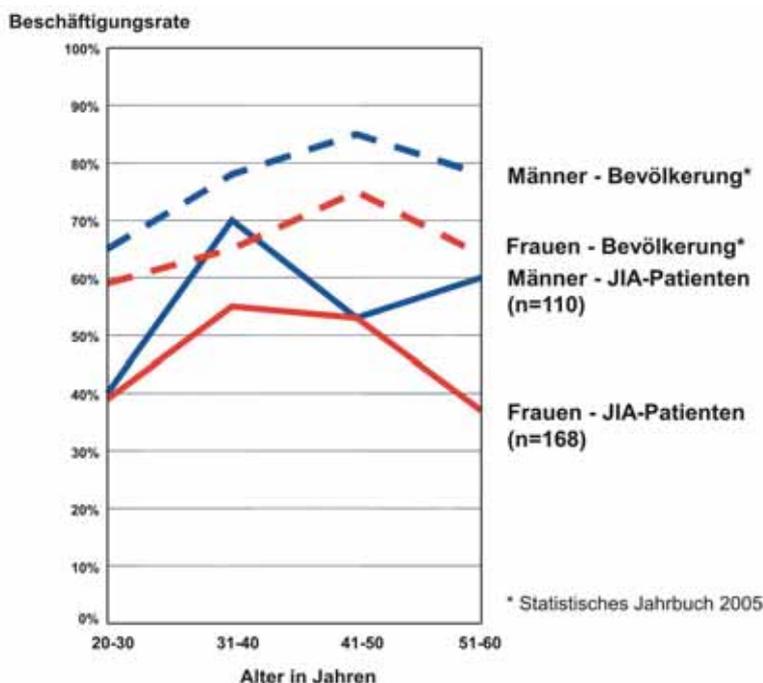
Die meisten Untersuchungen zur Prognose der JIA der letzten Jahre haben versucht, Risikofaktoren für eine ungünstige Prognose ausfindig zu machen [36]. Die Ergebnisse differieren, was auf wahre Unterschiede in den untersuchten Patientenkollektiven, insbesondere aber auf methodische Gründe (Fehlen einer einheitlichen Klassifikation, Outcomedefinition und -messung) zurückzuführen ist.

Drei Outcomeparameter wurden bei der Suche nach Verlaufsprädiktoren bevorzugt berücksichtigt: i) persistierende Krankheitsaktivität bzw. Remission, ii) Funktionszustand bzw. -verlust und iii) radiologischer Outcome bzw. röntgenologische Erosionen.

Im Hinblick auf eine persistierende Krankheitsaktivität wurden vor allem krankheitsbezogene Faktoren (und zwar die Form der JIA) als prädiktiv ermittelt. In nahezu allen Untersuchungen wurde übereinstimmend nachgewiesen, dass Patienten mit Oligoarthritis eine bessere Prognose aufweisen als Patienten mit anderen JIA-Subgruppen [4,6,20]. Umgekehrt sind ein polyartikulärer Beginn, aber auch Seropositivität Prädiktoren für einen ungünstigen Krankheitsverlauf. Neu wurden in den vergangenen Jahren auch immungenetische Faktoren auf ihren prädiktiven Wert untersucht. Berücksichtigung fanden u.a. funktionell relevante, d.h. die Gentranskrip-

* Die Kinder-Kerndokumentation wird im Rahmen des Kompetenznetzes Rheuma vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert.

Abb. 3: Beschäftigungsraten bei Erwachsenen mit JIA im Vergleich zur Bevölkerung. Daten der bundesweiten Kerndokumentation 2004.



tion bzw. Proteinproduktion beeinflussende Polymorphismen von Zytokinen (z.B. TNF α , IL-6, IL-10, MIF) [37-40]. Diese Analysen erbrachten Hinweise, dass genetisch determinierte verstärkte Entzündungsreaktionen den Krankheitsverlauf beeinflussen. So wurde beschrieben, dass Patienten mit dem -173 G/C Polymorphismus im Macrophage Migration Inhibitory Factor (MIF)-Gen (der mit einer verstärkten Produktion dieses proinflammatorischen Zytokins assoziiert ist) ein schlechteres Therapieansprechen und häufiger ein Persistieren der aktiven Erkrankung zeigen [38-39]. Anders herum wurde bei Patienten mit erweiterter Form der Oligoarthritis, die selten eine Remission erreichen, der ATA/ATA IL-10 Genotyp häufiger nachgewiesen (der mit einer verminderten Produktion dieses anti-inflammatorischen Zytokins verbunden ist) [37].

Das Vorhandensein einer noch aktiven Erkrankung zum Follow-up ist der höchste Risikofaktor für einen ungünstigen funktionellen Outcome. Insofern können Prädiktoren für persistierende Krankheitsaktivität auch als Prädiktoren für einen Funktionsverlust angesehen werden. Neben der Verlaufsform der Erkrankung (Risikofaktor: Polyarthritis) spielt im Hinblick auf die Funktionsfähigkeit auch das Gelenkbefallsmuster eine Rolle. Ein symmetrischer Befall gilt ebenso wie eine frühe Hüftgelenkbeteiligung für die Langzeitprognose als ungünstig [4,6,41]. Bei Patienten mit M. Still sind ein Persistieren der systemischen Manifestationen mit Fieber, andauernder Glucocorticoidbedarf und Thrombozytose über die ersten 6 Erkrankungsmonate mit einem ungünstigen funktionellen Outcome verbunden [42].

Rheumafaktorpositivität ist bei Patienten mit Polyarthritis ein sicherer Prädiktor für erosive Gelenkveränderungen [6,11]. Ebenso gelten Hüft- und Handgelenkbefall, lang andauernde Krankheitsaktivität bzw. persistierend erhöhte BSG in den ersten Erkrankungsmonaten als Risikofaktoren [6]. Auch die Höhe der BSG zu Krankheitsbeginn ist relevant. Eine BSG > 100 mm/h bei einem Kind mit oligoartikulärem Beginn der JIA ist z.B. mit einem 6fach erhöhten Risiko für Erosionen verbunden [43].

Einige Verlaufsprädiktoren (polyartikulärer Gelenkbefall, Erhöhungen laborchemischer Entzündungsparameter, Seropositivität) sind also bekannt, dennoch lässt sich die Prognose der rheumatischen Erkrankung heute noch nicht zuverlässig vorhersagen. Umfassende prospektive Untersuchungen sind erforderlich, um ein robustes Risikoprofil für einen ungünstigen Krankheitsverlauf entwickeln zu können.

Welche Erfordernisse resultieren aus den Prognosedaten für die Versorgung der Patienten?

Juvenile rheumatische Erkrankungen sind nicht nur Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters. Anhaltende Krankheitsaktivität und/oder Krankheitsfolgen bedingen bei etwa jedem zweiten Patienten eine Fortführung der medizinischen und psychosozialen Betreuung über das Jugendalter hinaus, d.h. zu einem gegebenen Zeit-

punkt den Betreuungswechsel zum internistischen Rheumatologen.

Diesen Wechsel realisieren aber nicht alle Patienten. Aus einer 17-Jahres-Follow-up-Untersuchung ist bekannt, dass an der Schnittstelle Kinder-/Erwachsenenrheumatologie etwa die Hälfte der jungen Erwachsenen mit noch aktiver JIA die Spezialbetreuung abbricht und weiterhin entweder gar nicht mehr regelmäßig oder ausschließlich hausärztlich betreut wird. Das hat Folgen für die Versorgung dieser Patienten mit z.B. erheblichen Defiziten in der medikamentösen Behandlung [44]. Vergleichbar ernüchternde Daten von anderen Autoren zeigen, dass dies keinen Sonderfall, sondern ein allgemeines Problem darstellt [45]. Deshalb hat man sich in den letzten Jahren der Übergangsproblematik von der kindzentrierten in die erwachsenenorientierte Gesundheitsbetreuung verstärkt gewidmet.

Es wurden Bestandsaufnahmen zum Problem des Überganges vorgenommen, u.a. im Rahmen der bundesweiten Kinder-Kerndokumentation 2006. Diese offenbarten, dass sich jeder dritte der etwa 500 befragten und im Mittel 17 Jahre alten Jugendlichen unzureichend auf den Betreuungswechsel vorbereitet fühlte. Das fand objektiv seinen Ausdruck in fehlendem Krankheitswissen und unzureichendem Selbstmanagement der Krankheit. So konnte z.B. lediglich jeder zweite Patient die Form seiner rheumatischen Erkrankung korrekt benennen. Die Hälfte der Patienten fühlte sich für die Einnahme ihrer Medikamente nicht selbst verantwortlich, 80% hatten die Rheumasprechstunde bisher immer nur in Begleitung der Eltern aufgesucht. Das verdeutlicht den großen Bedarf hinsichtlich einer besseren Vorbereitung Jugendlicher auf den Betreuungswechsel.

Die Übergangsproblematik ist aber nicht nur thematisiert worden. Inzwischen wurden an 10 von etwa 60 kinderrheumatologischen Ambulanzen des Landes Übergangssprechstunden für rheumakranke Jugendliche etabliert, die kooperativ durch pädiatrische und internistische Rheumatologen geführt werden. In der Regel sind Vertreter komplementärer Fachgebiete (z.B. Sozialarbeiter, Krankengymnasten) involviert, wobei das Vorgehen an den einzelnen Einrichtungen variiert. Ein bundesweit einheitliches und standardisiertes Programm zur Überleitung rheumakrankender Jugendlicher gibt es aktuell noch nicht. Leider fanden bisherige regionale Initiativen weder die Unterstützung von gesundheitspolitischer Seite (wie z.B. in den USA, Großbritannien oder Australien), noch eine entsprechende Honorierung. Vielmehr stellt die von den meisten kassenärztlichen Bundesvereinigungen vertretene Altersgrenze von 17 Jahren bei kinderrheumatologisch Betreuten für die Leistungsvergütung eine Barriere bei der individuell ausgerichteten Überleitung Jugendlicher dar.

Trotz Thematisierung des Problems und lokaler Lösungsversuche ist die derzeitige Versorgungssituation rheumakrankender Jugendlicher und junger Erwachsener als defizitär einzuschätzen, was Auswirkungen auf deren Langzeitprognose haben dürfte.

Defizite bestehen bei der Versorgung rheumakrankender Jugendlicher / junger Erwachsener

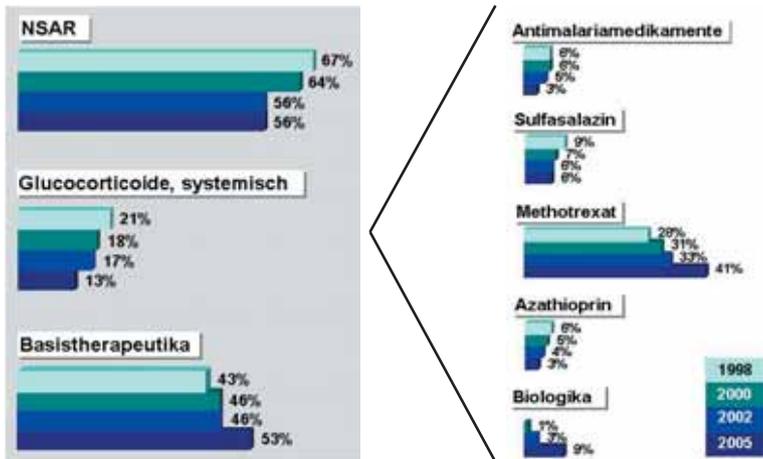


Abb. 4: Anteil der medikamentös bzw. basistherapeutisch behandelten JIA-Patienten (in Prozent). Die Angaben beziehen sich auf Querschnittsdaten der Kinder-Kerndokumentation von 1998–2005

Fazit

Die Prognose entzündlich-rheumatischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen hat sich in den letzten Jahren deutlich gebessert. Gerade die traditionell angewandten Outcome-Parameter führen dies mit Abnahme der Sterblichkeit, Erblindungs- und Amyloidoserate sowie Häufigkeit schwerer Funktionseinschränkungen (Steinbrocker-Stadien III-IV) deutlich vor Augen.

Dennoch ist die Langzeitmorbidität nach wie vor beträchtlich. Trotz Einschränkungen schätzen die meisten Patienten ihre Lebensqualität aber als hoch ein.

Zu bedenken gilt bei der Interpretation der vorliegenden Ergebnisse zum Langzeit-Outcome, dass sie sich auf „historische“ Patienten beziehen, also Patienten, die in den 1980er Jahren erkrankten und eine Therapie erhielten, die sich von der momentan angewandten deutlich unterscheidet. Wie sich das therapeutische Vorgehen in den vergangenen Jahren geändert hat, macht Abb. 4 deutlich. Basismedikamente (wie Methotrexat) werden nicht nur häufiger, sondern auch früher im Krankheitsverlauf und höher dosiert angewendet. Das hat dazu geführt, dass sich innerhalb der vergangenen 10 Jahre das kinderrheumatologisch behandelte Kollektiv von JIA-Patienten verändert hat. So sind heute betreute, im Mittel 4 Jahre kranke Patienten weniger krank als im Jahr 1998 betreute (Abb. 5). Es ist zu erwarten, dass deren Krankheitslast auch langfristig geringer bleiben wird.

Trotz wesentlicher Fortschritte in Therapie und Prognose ist auch bei den heute behandelten Kindern und Jugendlichen der Einfluss der Krankheit auf das subjektive Wohlbefinden enorm. Die vielschichtigen Auswirkungen der JIA auf die Gesundheit erfordern nicht nur eine rechtzeitige und der Krankheitschwere angemessene medikamentöse Behandlung. Vielmehr ist ein komplexes multiprofessionelles Herangehen geboten, um die Betroffenen auf ihrem Weg in ein selbstbestimmtes, unabhängiges Leben zu unterstützen. Beim begleiteten Übergang ins Erwachsenenalter sind neben krankheitsspezifischen Aspekten vor allem Fragen der Berufsvorbereitung und -planung, aber auch des allgemeinen Gesundheitsverhaltens (z.B. Sexualität, Risikoverhalten) zu adressieren. Das erfordert eine Zusammenarbeit von Medizinern, Pädagogen sowie Sozialarbeitern und bedarf der Unterstützung durch die Politik.

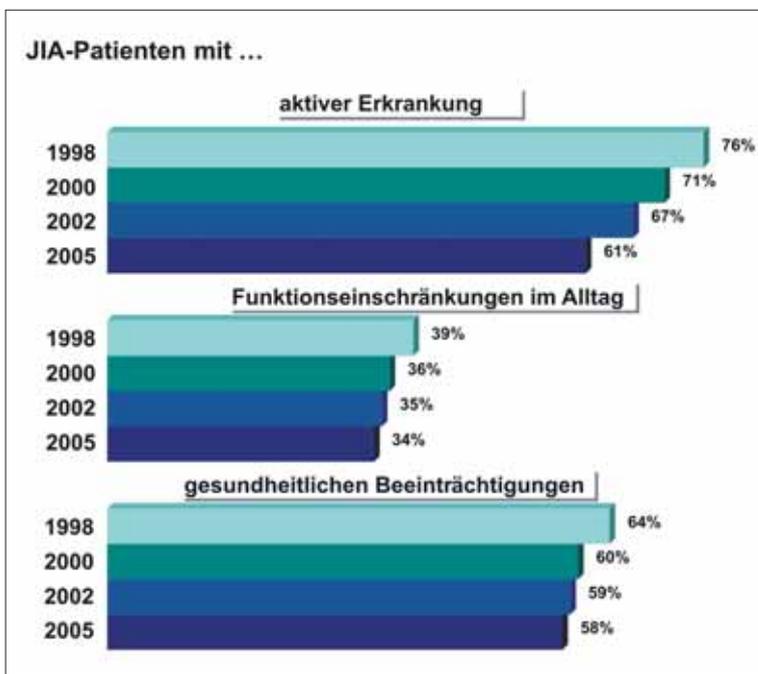


Abb. 5: Anteil der Patienten (in Prozent) mit aktiver Erkrankung, Funktionseinschränkungen im Alltag und gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Die Angaben beziehen sich auf das Gesamtkollektiv kinderrheumatologisch betreuter und in den Jahren von 1998, 2000, 2002 und 2005 über die Kinder-Kerndokumentation erfasster Patienten mit JIA.

Literatur beim Verfasser (Mail: kirsten.minden@charite.de)

Anschrift:

Dr. Kirsten Minden

Deutsches Rheumaforschungszentrum Berlin und
Universitätskinderklinik Charité, Campus Virchow,
Otto-Heubner-Centrum, SPZ

Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

Fon: 49-30-4505 66528

Fax: 49-30-4505 66926

Mail: kirsten.minden@charite.de

Red.: Riedel

Pränatal diagnostizierte Harntransportstörung – wie geht es postnatal weiter?

Die routinemäßig und flächendeckend durchgeführte pränatale Ultraschalldiagnostik hat zu einem Wandel in der Diagnostik und Therapie von Kindern mit Anomalien der ableitenden Harnwege geführt. Wurden früher diese Anomalien erst entdeckt, wenn z.B. im Rahmen eines Harnwegsinfektes, bei der Abklärung kolikartiger Flankenschmerzen oder aufgrund eines palpablen Bauchtumors bildgebende Diagnostik erfolgte, sind heutzutage bis zu 95% aller urologischen Fehlbildungen bereits pränatal bekannt (Fine 1992). Durch Beschwerden offenbar gewordene Anomalien sind abklärungs- und fast immer auch behandlungsbedürftig, im Gegensatz zu vielen asymptomatischen, möglicherweise niemals relevant werdenden, prä- und postnatal zufällig diagnostizierten Anomalien. Die Kunst bei der Abklärung zufällig diagnostizierter Harntransportstörungen ist, den richtigen Weg zwischen unnötiger, übervorsichtiger, invasiver, belastender und kostenintensiver Diagnostik und der Vermeidung von Komplikationen und Folgeerkrankungen zu finden.

Kinderärzte werden prä- und postnatal häufig mit der Frage konfrontiert, wann und welche Diagnostik im individuellen Fall einer zufällig diagnostizierten Harntransportstörung nötig ist und welche mögliche therapeutische Konsequenz sich aus den Untersuchungen ergibt. Der folgende Artikel gibt einen Überblick über die Ursache und Bedeutung pränatal diagnostizierter Harntransportstörungen und beschreibt Art und Zeitpunkt der diagnostischen Schritte zur Abklärung der einzelnen Anomalien.

In 1–2% aller Schwangerschaften werden pränatal im Ultraschall eine oder mehrere signifikante strukturelle Anomalien beim Feten gesehen (Garne et al. 2005). Diese betreffen in 20–50% der Fälle den Urogenitaltrakt, was einer Inzidenz von etwa 1/150 bis 1/500 Schwangerschaften entspricht (Kirschstein et al. 2000). Wiederum die Hälfte dieser Fälle stellt sich als Anomalie der ableitenden Harnwege mit einer mehr oder weniger ausgeprägten Harntransportstörung dar. Der Begriff „Harntransportstörung (HTS)“ ist dabei rein deskriptiv und ersetzt andere, in diesem Zusammenhang häufig verwendete Begriffe wie „Harnstau“, „Hydronephrose“ oder „obstruktive Uropathie“. Er sagt nichts über die zugrunde liegende Pathologie, die Abflussverhältnisse oder Funktion der betroffenen Systeme aus. Gelegentlich werden transiente oder physiologische Befunde fälschlich als pathologisch gewertet, was zu unnötigen Ängsten und Verunsicherung der Familie führt. Aktuelle Studien zeigen, dass solche falsch positiven Befunde pränatal am häufigsten den Harntrakt betreffen (Martinez-Zamora et al. 2007).

Folgende Pathologien führen zu kongenitalen Harntransportstörungen:

- Urethralklappen und andere Blasenentleerungsstörungen

- obstruktive / refluxive Megaureter, dysplastische Systeme

- Ureterabgangsstenosen

Zur pränatalen Einschätzung einer Harntransportstörung wird der anterior-posteriore Durchmesser (APPD) des Nierenbeckens beim Feten ermittelt (Abb. 1). Werte < 4 mm in der 20. SSW oder < 7 mm in der 33. SSW werden als normal angesehen. Es wird allgemein empfohlen, dass Kinder, die pränatal einen APPD \geq 5 mm aufweisen, postnatal innerhalb der ersten Lebens-



Prof. Dr. med.
Sylvia Glüer

Pränatal diagnostizierte Harntransportstörungen sind häufig, müssen aber nur selten behandelt werden.

Abb. 1: Querschnitt durch den Oberbauch eines Feten in der 34. SSW. Anterior-posteriore Durchmesser des rechten Nierenbeckens 13 mm

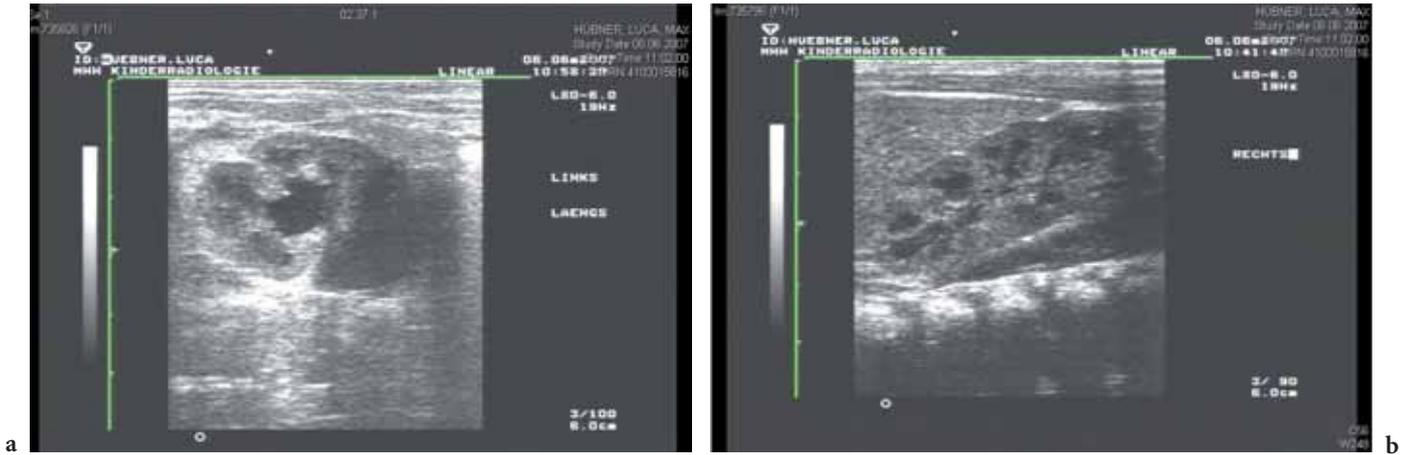


Abb. 2: Postnatale Sonographie: Nierenbecken intrarenal links 11 mm (a), Nierenbeckenkelchsystem rechts normal weit (b)

woche eine Ultraschalluntersuchung erhalten. Beträgt der APPD dann 10 mm oder mehr, sind weitere Kontrollen oder weitergehende diagnostische Schritte erforderlich (Duncan 2007).

Zur Abklärung einer konnatalen Harntransportstörung stehen folgende diagnostische Methoden zur Verfügung (AWMF-Leitlinie):

● **Sonographie**

Die erste postnatale Ultraschalluntersuchung sollte in der 1. Lebenswoche erfolgen (Abb. 2). Hierbei wird das Nierenparenchym, das Ausmaß der Harntransportstörung, der Ureter, die Blase und die prostatiche Harnröhre beurteilt. Zur Graduierung der Nierenbeckendilatation hat sich die Einteilung nach Hofmann (Abb. 3) durchgesetzt, die neben intra- und extrarenaler Nierenbeckenweite auch die Kelcherweiterung berücksichtigt. Bei intrauterin auffälligem, postnatal jedoch unauffälligem Befund sollte die Ultraschalluntersuchung in der 4. Lebenswoche bei guter Hydrierung wiederholt werden.

● **Miktionscystourethographie (MCU)**

Beim MCU wird unter Durchleuchtung Kontrastmittel über einen transurethralen oder supapubischen Blaskatheter appliziert und der Miktionsvorgang beobachtet (Abb. 4). Wichtig ist die Darstellung der Harnröhre im seitlich-schrägen Strahlengang zum Ausschluss oder Beweis von Urethralklappen und die Darstellung ei-

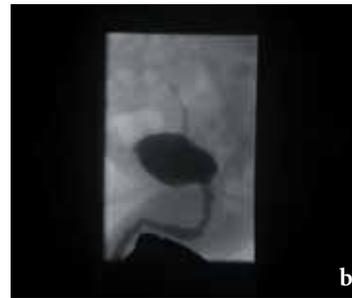


Abb. 4: Normales MCU eines männlichen Säuglings ap (a) und seitlich (b)

nes möglicherweise vorhandenen vesikoureteralen Refluxes. Dieser wird nach Heikel und Parkkulainen graduiert (Abb. 5). Das MCU sollte bei Verdacht auf Harnröhrenklappen in der 1. Lebenswoche durchgeführt werden.

● **Isotopennephrographie**

Die Szintigraphie dient der Bestimmung der seitgetrennten Nierenfunktion und der Harnabflussverhältnisse. Wegen der Unreife der Nierenfunktion sollte die Diureseszintigraphie frühestens in der 4. Lebenswoche durchgeführt werden. Entscheidend für die Qualität der Untersuchung ist besonders im Säuglingsalter die Hydrierung, die zusätzlich zur oralen Ernährung mindestens 1–2 Stunden vor Start der Untersuchung parenteral erfolgt. Kommt es 20 Minuten nach Applikation des Radiopharmakons nicht zu einem suffizienten Abfluss aus dem Nierenbecken, wird Furosemid i.v. (bei Säuglingen 1 mg/kg KG, bei Klein-/Kindern 0.5 mg/kg KG) appliziert und die Ausscheidung nach 20 Minuten erneut gemessen. Ein Nuklidabfluss < 50% des Ausgangswertes nach

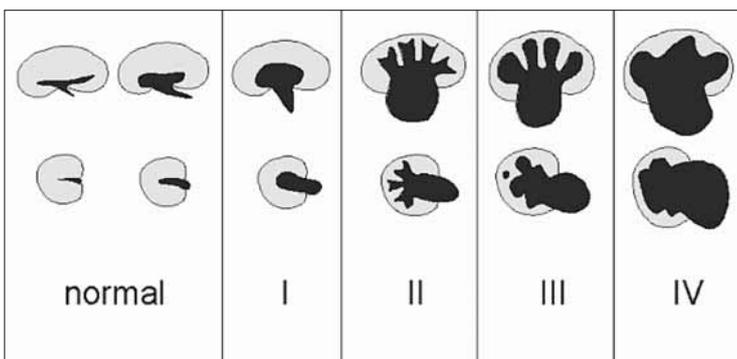


Abb. 3: Sonographische Gradeinteilung der Nierenbeckenkelchdilatation (modifiziert nach V.Hofmann)

Furosemidgabe, Lagewechsel und Miktion wird als urodynamisch wirksame Abflussbehinderung gedeutet und ist, insbesondere wenn gleichzeitig eine Funktionseinschränkung vorliegt, häufig operationspflichtig (Abb. 6).

● MR-Urographie

Die Magnetresonanztomographie bleibt Situationen vorbehalten, in denen die Anatomie durch die Sonographie nicht eindeutig geklärt werden kann. Durch dynamische Untersuchungen kann in hierauf spezialisierten Instituten auch die Kinetik des Harnabflusses und die seitengetrennte Nierenfunktion bestimmt werden.

Urethralklappen

Harnröhrenklappen sind segelartige Strukturen im Bereich der prostatistischen Urethra, die ein unterschiedlich ausgeprägtes subvesikales Miktionshindernis darstellen. Es ist die am weitesten kaudal gelegene obstruktive, konnatale Anomalie der ableitenden Harnwege und betrifft ausschließlich Jungs. Trotz ihrer Seltenheit ist die Erkrankung für die Patienten von erheblicher Relevanz, fast die Hälfte entwickelt im Laufe der Kindheit trotz Therapie eine Niereninsuffizienz (Eckoldt et al. 2004). Harnröhrenklappen sind Ausdruck einer komplexen Erkrankung der Nieren und der ableitenden Harnwege, die sich alleine durch die Beseitigung des anatomischen Hindernisses häufig nicht beeinflussen lässt. Dennoch ist eine frühzeitige Erkennung und unmittelbar postnataler Therapiebeginn von besonderer Wichtigkeit, da sonst eine weitere Verschlechterung der Nierenfunktion droht.

Pränatal fallen die Kinder durch eine erhebliche Harntransportstörung auf beiden Seiten, eine große, wandverdickte Harnblase und deutlich erweiterte prostatistische Harnröhre auf. Intrauterine Komplikationen stellen Fornixrupturen mit Entwicklung eines Urinaszites und die Entwicklung eines Oligohydramnions dar. Versuche, durch intrauterine Anlage eines vesicoamnialen Shunts die Entwicklung einer Niereninsuffizienz zu verhindern, haben sich als nicht erfolgreich herausgestellt (Salam 2006).

Unmittelbar postnatal zeigen die Kinder äußerlich keine Auffälligkeiten bis auf einen verminderten Harnstrahl, der allerdings schwer zu quantifizieren ist. Anurisch sind die Patienten nur in extremen Ausnahmefällen bei terminaler Niereninsuffizienz, sodass die Aussage „die Windel ist immer nass“ komplett wertlos ist. Eltern von Kindern mit Urethralklappen, die präoperativ nach dem Harnstrahl gefragt werden, geben diesen regelhaft als „normal“ an. Die Symptome bei Kindern mit Urethralklappen sind nicht stereotyp, sondern umfassen ein breites Spektrum von den genannten ausgeprägten Formen mit Nierenversagen bis hin zu nahezu asymptomatischen Kindern mit lediglich milder oder nur einseitig ausgeprägter Harntransportstörung. Die Kinder haben auch nach frühzeitiger, erfolgreicher Resektion der Klappen zeitlebens eine unterschiedlich ausgeprägte Harnblasenentleerungsstörung, die klinisch mit einer kompletten oder partiellen Urininkontinenz einhergehen kann (DeGennaro et al. 2000).

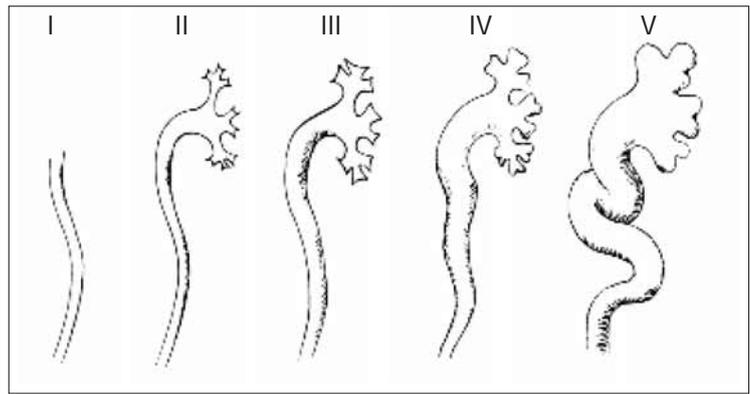


Abb. 5: Refluxklassifikation (modifiziert nach Heikel und Parkkulainen)

Beweisend für die Diagnose ist die Darstellung der Harnröhrenklappen in der Miktionscystourethrographie, die möglichst in der ersten Lebenswoche erfolgen sollte. Indirekte Zeichen sind die Erweiterung der prostatistischen Harnröhre, die schlanke distale Harnröhre und eine Zählung der verdickten Blasenwand (Abb. 7). Häufig liegt begleitend ein- oder beidseitiger refluxiver und/oder obstruktiver Megaureter vor.

Somit ergibt sich für Kinder mit pränatalem Verdacht auf das Vorliegen von Harnröhrenklappen folgendes postnatales Vorgehen:

- Sonographie am 1. oder 2. Lebenstag: Bestätigung der pränatal diagnostizierten HTS (M 10 mm APPD), Megaureter, große, wandverdickte Blase, erweiterte prostatistische Harnröhre

Bei Kindern mit Urethralklappen kann man sich nicht auf die Miktionsanamnese verlassen.

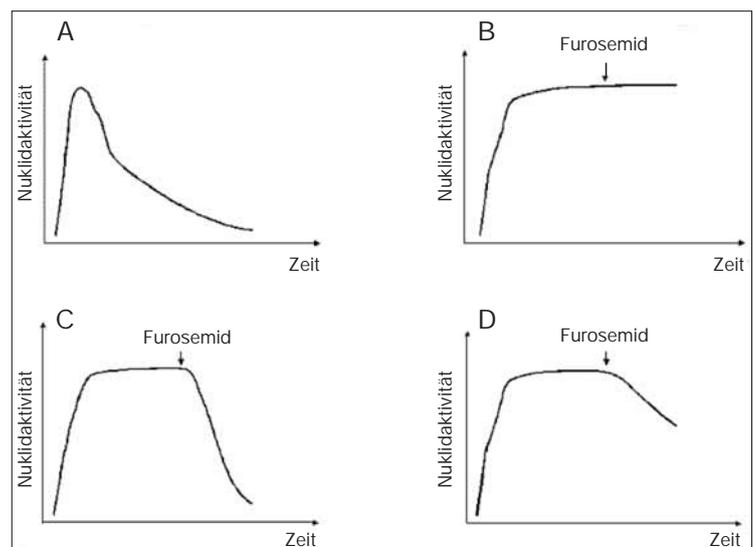


Abb. 6: Kurvenverlauf Typ A–D nach O'Reilly: A Prompte Elimination des Isotops innerhalb 30 min. nach Applikation. B Anstieg der Nuklidaktivität unbeeinflusst von der Furosemidapplikation. C Prompte, weitgehende Elimination des Isotops unmittelbar nach Furosemidapplikation. D Mäßiggradiger Nuklidabfluss nach Furosemidapplikation

Abb. 7: Urethralklappen bei einem Säugling. MCU im seitlich schrägen Strahlengang. Die Klappen sind als Aussparung in der Harnröhre zu sehen, proximal die deutlich erweiterte prostatische Harnröhre, die distale Harnröhre zart. Gezähnelte Blasenwand und V° vesikoureteraler Reflux.



Abb. 8: Säugling mit einseitigem, V° vesikoureteralen Reflux. Ap Projektion.



Bei Verdacht auf Urethralklappen muss in den ersten Lebenstagen eine Miktionszystourethrographie durchgeführt und die Blase entlastet werden.

- ✔ Miktionszystourethrographie in der 1. Lebenswoche: Harnröhrenklappen? Vesikoureteraler Reflux?
- ✔ Wenn Klappen oder sonstige Blasenentleerungsstörung: Gesamtnierenfunktion? Entlastung der Blase und ggfs. Klappenresektion
- ✔ Harnwegsinfektprophylaxe ansetzen
- ✔ Nach der 4. Lebenswoche: Isotopennephrographie zur Bestimmung der seitengetrenten Nierenfunktion und Abflussverhältnisse

Megaureter

Als Megaureter wird ein deutlich erweiterter und geschlängelter Harnleiter bezeichnet. Megaureter können primär obstruktiv, refluxiv oder kombiniert obstruktiv-refluxiv sein (Shokeir et al. 2000, Penido Silva et al. 2006). Sie sind fast immer mit einer Erweiterung des Nierenbeckens und der Kelche vergesellschaftet. Insbesondere bei beidseitigen Megaureteren muss eine Blasenentleerungsstörung als Ursache ausgeschlossen und dann auch behandelt werden. Weitere Gründe für einen Megaureter kann eine ektope Harnleitermündung z.B. in die Urethra oder eine primäre Dysplasie des Systems ohne oder mit Ausbildung einer Ureterozele bei Doppelanlage sein. Die mögliche obstruktive Komponente und bakterielle Infektionen mit Pyelonephritis führen unbehandelt zur Schädigung des Nierenparenchyms und Funktionsverlust. Daher sind Megaureter in der frühen Säuglingszeit abklärungs- und möglicherweise auch behandlungsbedürftig (Abb. 8). Es ergibt sich für Kinder mit pränatal festgestelltem Megaureter folgendes postnatales Vorgehen:

- ✔ Sonographie am 1. oder 2. Lebenstag: Bestätigung des pränatal diagnostizierten Megaureters; Anhalt für Doppelanlage? Grad der Harntransportstörung?
- ✔ Miktionszystourethrographie in der 1. Lebenswoche: Harnröhrenklappen? Vesikoureteraler Reflux? Blasenentleerungsstörung?
- ✔ evtl. Harnwegsinfektprophylaxe ansetzen

- ✔ Nach der 4. Lebenswoche: Isotopennephrographie zur Bestimmung der seitengetrenten Nierenfunktion und Abflussverhältnisse

Ureterabgangsstenose

Die Ureterabgangsstenose repräsentiert die häufigste Form pränatal diagnostizierter Harntransportstörungen (Fefer et al. 2006). Bei der Ureterabgangsstenose besteht eine Abflussbehinderung aus dem Nierenbecken in den Harnleiter mit konsekutiver, teilweise grotesker Erweiterung des Nierenbeckens und der Kelche mit Verschmälerung des Nierenparenchymsaums. Die Ureterabgangsstenose kann ein- oder beidseits auftreten. Rezidivierende Infektionen und Druck auf das Parenchym führen zu einer Schädigung der Funktion der betroffenen Niere. Selbst ausgeprägte Ureterabgangsstenosen sind im Säuglingsalter in der Regel symptomlos. Sie können durch kolikartige Flankenschmerzen, rezidivierende Fieberschübe oder einen tastbaren Bauchtumor auffallen.

Die pränatal im Ultraschall gemessene Erweiterung des Nierenbeckens korreliert mit dem postnatal festgestellten Grad der Obstruktion (Dicke et al. 2006). Über die Hälfte der Fälle stellen sich postnatal als nicht operationspflichtig heraus und können sich im Verlauf sogar komplett zurückbilden (Ismaili et al. 2005). Somit kommt mit der Isotopennephrographie der postnatalen Funktionsdiagnostik eine besondere Bedeutung zu. Nur wenn hierin eine signifikante Abflussbehinderung nach Furosemidgabe und eine Funktionseinschränkung der betroffenen Niere festgestellt wird, ist die Indikation zur Pyeloplastik gegeben. Für die konnatale Ureterabgangsstenose ergibt sich folgender Diagnose-Algorithmus:

- ✔ Sonographie 1. Lebenswoche: Bestätigung der pränatal diagnostizierten Nierenbeckenerweiterung; Anhalt für Doppelanlage? Grad der Harntransportstörung? Parenchym?
- ✔ bei exzessiver Erweiterung und stark vermindertem Parenchymsaum: vorgezogene Diagnostik, ggfs. perkutane Entlastung
- ✔ Nach der 4. Lebenswoche: Isotopennephrographie zur Bestimmung der seitengetrenten Nierenfunktion und Abflussverhältnisse

Bei beidseitigen Megaureteren müssen Urethralklappen oder andere Harnblasenentleerungsstörungen ausgeschlossen werden.

Harnwegsinfektprophylaxe

Kinder mit Dilatationen der ableitenden Harnwege haben ein deutlich erhöhtes Risiko für Pyelonephritiden im Vergleich zu Kindern mit nicht erweiterten Harnwegen (Walsh et al. 2007). Ob eine Langzeitinfektionsprophylaxe dieses Risiko mindert und insbesondere die Ausbildung pyelonephritischer Parenchymschäden verhindert, ist wissenschaftlich noch nicht hinreichend belegt. Problematisch können Nebenwirkungen, Akzeptanzprobleme und die Entwicklung von Resistenzen sein. Entscheidend ist die Aufklärung der Eltern über das Risiko der Harnwegsinfektion und das richtige Verhalten bei Frühsymptomen.

Allgemein akzeptierte Indikationen für eine antibakterielle Langzeitinfektionsprophylaxe zum Schutz vor Harnwegsinfektionen sind der höhergradige vesikoureterale Reflux, obstruktive Uropathien (z.B. obstruktiver Megaureter, Urethralklappen) und häufig rezidivierende, symptomatische Harnwegsinfekte insbesondere des oberen Harntrakts (Tönshoff et al. 2007). Es kommen folgende Medikamente zum Einsatz:

- Nitrofurantoin 1x1 mg/kg KG abends (nicht bei Alter < 3 Monaten und cave bei Niereninsuffizienz)
- Trimethoprim 1x1 mg/kg KG abends (nicht bei Alter < 6 Wochen)
- Cephalosporine (z.B. Cefaclor 1x10 mg/kg KG oder Cefixim 1x2 mg/kg KG abends)

Literatur bei der Verfasserin

Prof. Dr. med. Sylvia Glüer
Med. Hochschule Hannover
Kinderchirurgische Klinik
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
Tel. (0511)532-3229, Fax: -8031
Glueer.Sylvia@mh-hannover.de

Red.: Rie

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 Service-
nummer erreichen:**

(02 21) 6 89 09 21.



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

HAX1 Deficiency Causes Autosomal Recessive Severe Congenital Neutropenia (Kostmann disease)

Klein C et al., Abteilung für Pädiatrische Hämatologie/Onkologie, Hannover. *Nat Genet.* 24; 86-92, Januar 2007

Die schwere angeborene Neutropenie ist nach dem schwedischen Arzt Rolf Kostmann benannt. Betroffene Kinder erleiden ab den ersten Lebensmonaten lebensgefährliche bakterielle Infektionen, vor allem Abszesse an Mund und Analregion sowie Pneumonien oder Abszesse der inneren Organe. Während früher alle Patienten mit schwerer Neutrozytopenie verstarben, können heutzutage die meisten Patienten durch rekombinante Zytokine, vor allem durch den von Prof. Welte identifizierten Granulozyten-Kolonie-Stimulierenden Faktor (G-CSF), gut behandelt werden. Allerdings entwickeln 20–30% der Patienten im weiteren Verlauf eine Leukämie. Die Arbeitsgruppe um Prof. Klein und Prof. Welte identifizierten jüngst einen homozygoten Gendefekt in *HAX1* in 19 Fällen (einschließlich der von Kostmann beschriebenen ursprünglichen Familie). *HAX1* spielt eine wichtige Rolle bei der Stabilisierung des Membranpotentials der inneren Mitochondrien-Membran; es hält damit die Energieversorgung der myeloïden Zellen aufrecht. Ein Fehlen führt zum gesteigerten kontrollierten Zelltod (Apoptose) in der Myelopoese.

Kommentar:

Im Kindesalter ist die infektbedingte, passagere Granulozytopenie sehr häufig. Die Granulozyten sind meist $> 500/\mu\text{l}$ (fast immer $> 200/\mu\text{l}$); eine antibiotische Prophylaxe ist nicht erforderlich. Bei der seltenen persistierenden schweren (Granulozyten $< 500/\mu\text{l}$) oder sehr schweren Granulozytopenie (Granulozyten $< 200/\mu\text{l}$) muss an eine angeborene Form (M. Kostmann, zyklische Neutrozytopenie) oder an eine erworbene infantile Autoimmun-Neutropenie gedacht werden. Bei chronischer Granulozytopenie $< 500/\mu\text{l}$ besteht v.a. bei kongenitalen Formen die Gefahr schwerer bakterieller Infekte. Hier muss der Kinderarzt eine antibiotische Prophylaxe verordnen und den Säugling/das Kleinkind einem pädiatrischen Hämatologen vorstellen. Bisher stützte sich die Diagnose v.a. auf den Nachweis einer fehlenden Ausreifung der Myelopoese im Knochenmark verbunden mit schweren bak-

teriellen Infekten. Häufige Sekundärveränderungen aufgrund zahlreicher Infektionen – wie z.B. eine sekundäre Anämie – erschweren die Diagnose. Die von den deutschen Forschern gewonnenen neuen Erkenntnisse ermöglichen erstmals eine exakte molekulare Diagnostik. Dadurch eröffnen sich auch neue therapeutische Ansätze des Kostmann Syndroms. Möglicherweise erlaubt der Mechanismus der sekundären Leukämieentstehung bei Kostmann-Patienten neue Einblicke in die Genese von Leukämien im Kindes- und Jugendalter.

Fazit:

Die Entdeckung eines häufigen molekularen Defektes als Ursache der seltenen schweren kongenitalen Neutropenie (M. Kostmann) sichert die sonst nicht so einfache Diagnosestellung. Sie verbessert die praktisch wichtige Abgrenzung von erworbenen schweren Immunneutropenien (mit selbstlimitiertem, meist leichtem Verlauf) oder anderen angeborenen Neutropenien und erlaubt eine genetische Kategorisierung der heterogenen angeborenen Neutropeniesyndrome. Schließlich erlauben diese Erkenntnisse Einblick in die gestörten Differenzierungsprozesse bei Leukämien und sind auch Grundlage für die Entwicklung innovativer Gentherapieverfahren.

(Stefan Eber, München)

Recurrent Urinary Tract Infections in Children: Risk Factors and Association with Prophylactic Antimicrobials

Conway PH et al., *JAMA* 298; 179-186, November 2007

Ziel der Studie war es, Risikofaktoren für rezidivierende Harnwegsinfektionen (HWI) bzw. Erregerresistenz festzustellen und den Einfluss einer HWI-Prophylaxe hierauf zu beurteilen. In 27 primärversorgenden Zentren in 3 US-Bundesstaaten wurden zwischen 2001 und 2006 74974 Kinder unterhalb von 6 Jahren untersucht. Abhängig von einer antibiotischen Prophylaxe wurden die Zeit bis zum nächsten Harnwegsinfekt und das Resistenzspektrum bestimmt. 611 Kinder hatten einen ersten und 83 einen rezidivierenden HWI. Als Faktoren für ein erhöhtes Risiko konnten identifiziert werden: weiße Rasse, Alter 3–4 Jahre, Vesikoureteraler Reflux 4.–5.°. Geschlecht und Vesikoureteraler Reflux 1–3° waren nicht assoziiert. Die Durchführung einer antibiotischen Prophylaxe hat die Wahrscheinlichkeit für ein HWI-Rezidiv nicht verringert, war aber mit einem erhöhten Risiko für antimikrobielle Resistenz assoziiert.

Kommentar:

Der Einsatz einer antibiotischen Prophylaxe beim rezidivierenden Harnwegsinfekt ist seit langem umstritten, wird aber häufig durchgeführt. Diese Arbeit an einem großen Patientenkollektiv zeigt eindeutig, dass beim sonst gesunden Kind mit rezidivierenden Harnwegsinfekten eine Antibiotikaprophylaxe nicht die Wahrscheinlichkeit auf einen Re-Infekt senkt. Die Rezidive sind im Gegenteil sogar eher durch resistenter Keime ausgelöst. Eine antibiotische Prophylaxe ist folglich nicht indiziert. Die Ergebnisse können allerdings nicht auf Kinder mit weitergehenden

Anomalien am Harntrakt, Niereninsuffizienz oder nach Nierentransplantation übertragen werden. Die Untersuchung zeigt außerdem, dass nur ein vesiko-ureteraler Reflux 4.–5.° mit mehr Harnwegsinfekten assoziiert ist. Ein geringgradiger VUR hat also keine Assoziation mit HWIs und muss daher auch nicht therapiert werden.

(Lars Pape, Hannover)

Etanercept* Treatment for Children and Adolescents with Plaque Psoriasis

Arny S Paller et al. For the Etanercept Pediatric Psoriasis Study Group. *N Engl J Med* 2008; 358: 241-51, Januar 2008

* im Handel als Enbrel® WYETH

Etanercept hat sich als lösliches Tumor-Nekrose-Faktor-Rezeptor-Protein bei Erwachsenen mit Plaque-Psoriasis zur Besserung der Schwere der Erkrankung bewährt. Die Studiengruppe aus USA und Kanada hat sich zum Ziel gesetzt, die Effektivität von Etanercept bei Kindern mit mittelschwerer bis schwerer Psoriasis zu untersuchen.

In einer Multicenter Placebo-kontrollierten Phase III Doppel-Blind-Studie über 48 Wochen wurden 211 Patienten im Alter von 4 bis 17 Jahren randomisiert, entweder für 12 Wochen einmal wöchentliche eine subkutane Placebo-Injektion oder 0,8 mg/kg K.-Gew. Etanercept (maximal 50 mg/Dosis) zu erhalten. Es folgten 24 Wochen einer offenen Gabe von einmal wöchentlich Etanercept für beide Gruppen.

Nach 36 Wochen wurden 138 Patienten erneut randomisiert für Placebo oder Etanercept, um den Absetz-Effekt bzw. die erneute Behandlung zu untersuchen.

Als primärer End-Punkt wurde eine ≥ 75 %ige Besserung des Psoriasis-Ausdehnung-und-Schweregrad Index (PASI 75) nach 12 Wochen gewertet. Als sekundäre End-Punkte galten PASI 50, PASI 90, die ärztliche Beurteilung der Freiheit oder annähernden Freiheit von Symptomen und die Verträglichkeits-Beurteilung.

Ergebnisse:

Nach 12 Wochen hatten 57 % der Patienten, die Etanercept erhalten hatten, einen PASI 75 erreicht gegenüber 11 % der Patienten, die Placebo erhalten hatten ($p < 0.001$).

Bei den Etanercept-Patienten waren auch der PASI 50 (75 % vs 23 %), PASI 90 (27 % vs 7 %) und die ärztliche Beurteilung von vollständiger oder fast vollständiger Erscheinungsfreiheit (53 % vs 13 %) nach 12 Wochen signifikant größer als bei den Patienten der Placebo-Gruppe ($p < 0.001$).

Nach 36 Wochen, also nach einem Zeitraum, die auch die 24-wöchige offene Etanercept-Gabe einschloss, erreichten die Patienten, die schon initial Etanercept erhalten hatten ein PASI 75 % von 68 % gegenüber 65 % der Gruppe, die initial Placebo erhalten hatten.

Während der Absetzperiode von 36 bis 48 Wochen ging die Wirkung bei 29 von 69 Patienten (42%) verloren.

Bei 3 Patienten traten während der offenen Etanercept-Gabe 4 schwere Nebenwirkungen auf, davon 3 Infektionen. Alle heilten ohne bleibende Schäden aus.

Schlussfolgerung der Autoren:

Etanercept reduziert bei Kindern und Jugendlichen mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis die Schwere der Symptome.

Kommentar:

Die Ergebnisse der vorliegenden Phase III Multicenter-Studie aus USA und Kanada bei Kindern und Jugendlichen sind vergleichbar mit der zweimal wöchentlichen Injektion von Etanercept bei Erwachsenen. Nach Absetzen kehren aber in vielen Fällen die Symptome wieder. Bei denen, die bei Studienende noch gebessert blieben, fehlt eine längere Nachbeobachtungszeit. Nach bisherigen Kenntnissen handelt es sich um eine symptomatische anti-inflammatorische Behandlung ohne erwiesene Langzeitwirkung. Weitere Studien sind erforderlich, um eine Langzeitwirkung intermittierender Gabe oder wiederholter „Kuren“ zu beurteilen.

Die Gabe von Etanercept ist bei schwerer Psoriasis bei Erwachsenen als Alternativbehandlung nach Versagen, Unverträglichkeit oder Kontraindikationen anderer systemischer Therapie wie Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA in schweren, sonst nicht ausreichend beeinflussbaren Erkrankungsfällen von Plaque-Psoriasis zugelassen.

Bei Kindern von 4 bis 17 Jahren ist Etanercept bisher nur zur Behandlung der polyartikulären juvenilen idiopathischen Arthritis zugelassen, die unzureichend auf Methotrexat angesprochen haben oder Methotrexat nicht vertragen haben (aktuelle Fachinformation, Stand November 2007, Enbrel® 25 mg/ml für Kinder und Jugendliche)

(Helmut Helwig, Freiburg)

Constipation as Cause of Acute Abdominal Pain in Children

Loening-Baucke V., Swidsinski A; *J Pediatr* 151:666-669, Dezember 2007

Akute Bauchschmerzen sind ein weit verbreitetes Symptom in der Notfallpraxis und in der allgemeinen Sprechstunde eines Kinder- und Jugendarztes. Verschiedene Erkrankungen kommen in Frage, wohl wissend, dass die Ursachen häufig nicht geklärt werden. Es ist die ärztliche Aufgabe, zwischen einem selbst limitierenden, gewissermaßen harmlosen klinischen Bild und einem ernsthaften, rasch zu behandelnden Problem zu unterscheiden.

Eine Arbeitsgruppe des Kinderhospitals der Universität Iowa hat Kinder und Jugendliche zwischen 4 und knapp 18 Jahren analysiert, die im Rahmen der Notfallambulanz außerhalb und innerhalb der üblichen Dienstzeiten vorgestellt wurden. Der Fokus wurde auf die Patienten gelegt, die mit akuten Bauchschmerzen kamen, wobei die Dauer der Bauchschmerzen, Konsistenz und Frequenz der Stuhlentleerung sowie andere Symptome berücksichtigt wurden. Der akute Bauchschmerz wurde definiert als ein Bauchschmerz, der weniger als 2 Monate dauerte. Die Verstopfung war definiert als Stuhlentleerungsfrequenz unter 3 pro Woche, große Stuhlmengen im Rektum, einer Enkopresis-Episode pro Woche sowie schmerzhafter Defäkation.

Von 962 analysierbaren Kindern in einem mittleren Alter von 9.1 (\pm 3.9) Jahren waren 83 (8.6 %) wegen akuter Bauchschmerzen vorgestellt worden. 5.3 % waren Jungen und 12.2 % Mädchen ($p < 0.001$). Die meisten Patienten hatten kurze Zeit Bauchschmerzen, nämlich 1/2 Stunden bis 3 Tage bei 66.3 % und 3–7 Tage bei 22.9 %. Als Ursache der Bauchschmerzen wurde in 48.2 % der Fälle eine Obstipation diagnostiziert, wobei die chronische Obstipation mit 35 % deutlich häufiger als die akute Verstopfung mit 13 % war. Eine infektiöse Genese wurde bei 14.5 %, eine chirurgische Ursache bei 2.4 % identifiziert, bei 30.1 % wurde die Ursache letztlich nicht geklärt.

Die Autoren folgern aus ihrer Analyse, dass die Obstipation die häufigste Ursache von akuten Bauchschmerzen im Kindes- und Jugendalter darstellt.

Kommentar:

Man sollte die Studie in ihrer epidemiologischen Aussage nicht überbewerten. Es gibt andere Studien, die den Anteil an Obstipationspatienten deutlich geringer auswiesen. Man muss konstatieren, dass die Autoren ausgewiesene Spezialisten der Obstipation bei Kindern und Jugendlichen sind, so dass hier möglicherweise eine gewisse Verschiebung erfolgt sein könnte. Es kann aber kein Zweifel daran bestehen, dass die Obstipation bei akuten Bauchschmerzen eine äußerst relevante und beachtenswerte Ursache darstellt und sicherlich im klinischen Alltag häufiger bedacht werden sollte. Durch die veränderten Ernährungsgewohnheiten muss zunehmend damit gerechnet werden.

(Stefan Wirth, Wuppertal)

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

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.

Übertragung von A-Streptokokken durch Haustiere

CONSILIUM
INFECTORUM

Prof. Dr. med.
Reinhard Berner

Frage: Können Haustiere (Katze, Hund) Träger von Streptokokkeninfektionen (Gruppe A) sein und diese bei engem Kontakt auf die Kinder der Familie übertragen?

Hintergrund meiner Frage ist ein jetzt 6 1/2-jähriger Knabe, der mehrfach hintereinander klinisch klare Streptokokken-Tonsillitiden mit Fieber, Schluckbeschwerden und LK-Vergrößerung hatte, bei Nachweis von Streptokokken der Gruppe A. Behandelt wurde er jeweils zehn Tage mit Penicillin (100.000 i. E./kg KG/Tag) bzw. bei sehr raschem Rezidiv mit Amoxicillin/Clavulansäure über ebenfalls 10 Tage.

In der Familie lebt eine Katze, mit der der Knabe sehr engen Kontakt hat, sowie ein Hund (mit wenig Kontakt). Die übrigen Familienmitglieder sind klinisch gesund und hatten bisher keine Symptome einer Streptokokkeninfektion.

Antwort:

Die Frage richtet sich nach der Trägerschaft von Haustieren für β -hämolisierende Streptokokken der Gruppe A und der Übertragungsmöglichkeit auf Kinder.

In der Literatur finden sich mehrere zuverlässig recherchierte Fallberichte, in denen sehr überzeugend die Übertragung der A-Streptokokken von Haustieren auf den Menschen (insbesondere Kinder) beschrieben wird (1–4). Hunde und Katzen können mit A-Streptokokken kolonisiert (Konjunktiven, Nasopharynx) sein und den Erreger bei engem Kontakt auch übertragen. Daran kann meines Erachtens kein Zweifel bestehen. Insgesamt ist dies aber sicherlich ein seltenes Ereignis. In einer größeren Studie, in der Haustiere als Quelle von A-Streptokokken-Infektionen in der Familie untersucht wurden, konnte keine entsprechende Besiedlung der Tiere gefunden werden (5), so dass sicherlich die Untersuchung des Haustiers nicht an erster Stelle der Maßnahmen bei rezidivierenden A-Streptokokken-Infektionen stehen muss. Bei erfolgloser Suche nach Infektionsquellen im Haushalt sollte jedoch daran gedacht werden.

Beachtet werden sollte neben der Untersuchung der Haustiere die sorgfältige Untersuchung der Haushaltsmitglieder. A-Streptokokken können nicht nur die Ton-

sillen oder den Pharynx besiedeln, sie finden sich auch in der Nase oder auf der Haut oder auch einmal anorektal. Auch auf Gegenständen – typischerweise den Zahnbürsten – lassen sich A-Streptokokken nachweisen, die in seltenen Fällen als Reinfektionsquelle in Frage kommen könnten (6).

Die Behandlung der nachgewiesenen A-Streptokokken-Tonsillopharyngitis (oder des Rezidivs) mit Amoxicillin/Clavulansäure ist meines Erachtens nicht indiziert. Die Hypothese der Notwendigkeit der „kollateralen“ Behandlung β -Laktamase-produzierender Anaerobier im Pharynx durch den Clavulansäure-Anteil konnte nie überzeugend bewiesen werden (7). Bei Rezidiven kann mit oralen Cephalosporinen behandelt werden; zur Eradikation des Erregers am besten geeignet ist jedoch wohl Clindamycin. Dies alles ändert nichts an der Richtigkeit der heute nach wie vor gültigen Empfehlung, die A-Streptokokken-Tonsillopharyngitis primär mit Penicillin zu behandeln.

Literatur

1. Mayer G, Van Ore S. Recurrent pharyngitis in family of four. Household pet as reservoir of group A streptococci. Postgrad Med. 1983 Jul;74(1):277-9.
2. Hummer D. Streptococcal pharyngitis and household pets. Am Fam Physician. 1987 Nov;36(5):52
3. Copperman SM. Cherchez le chien: household pets as reservoirs of persistent or recurrent streptococcal sore throats in children. N Y State J Med. 1982 Nov;82(12):1685-7
4. Falck G. Group A streptococci in household pets' eyes—a source of infection in humans? Scand J Infect Dis. 1997;29(5):469-71. javascript:PopUpMenu2_Set(Menu9435034);
5. Wilson KS, Maroney SA, Gander RM. The family pet as an unlikely source of group A beta-hemolytic streptococcal infection in humans. Pediatr Infect Dis J. 1995 May;14(5):372-5
6. Brook I, Gober AE. Persistence of group A beta-hemolytic streptococci in toothbrushes and removable orthodontic appliances following treatment of pharyngotonsillitis. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1998 Sep;124(9):993-5
7. Gerber MA, Tanz RR, Kabat W, Bell GL, Siddiqui B, Lerer TJ, Lepow ML, Kaplan EL, Shulman ST. Potential mechanisms for failure to eradicate group A streptococci from the pharynx. Pediatrics 1999 Oct;104(4 Pt 1):911-7

Prof. Dr. med. Reinhard Berner
Universitäts-Kinderklinik, Allgemeine Pädiatrie mit Poliklinik
Mathildenstr. 1
79106 Freiburg

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

Welche Diagnose wird gestellt?

Frieder Brückner und Peter H. Höger



Abb.: Kongenitaler, derber, rötlicher Tumor im Bereich der rechten Ohrmuschel

Anamnese

Reifes männliches Neugeborenes der 39. SSW, Geburtsgewicht 3040 g, Länge 52 cm. Auffallend nach Geburt sind ein äußerlicher und zwei subkutan gelegene Tumoren. Die Eltern sind gesund, es besteht keine Konsanguinität.

Untersuchungsbefund

2 Wochen altes männliches Neugeborenes in gutem Allgemeinzustand. Im Bereich der rechten Ohrmuschel findet sich ein derber, bläulich roter Tumor mit einem Durchmesser von ca. 1,5 cm. Im Bereich der linken Flanke und des linken Oberschenkels sind gleichfalls derbe, subkutan gelegene, nicht dolente, nicht überwärmte, nicht verschiebliche Tumoren von je ca. 3

×4 cm Durchmesser palpabel. Neurologischer Status: Monoparese des linken Armes. Übriger Organstatus o.p.B.

Wie lautet die Diagnose?

Nur Ihr Urteil bringt uns weiter!

**Wir wollen mehr
Informationsqualität
für Sie.**

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

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

Kollegen zum Leseverhalten und zu Ihren Präferenzen in der Fachpresse.

**KINDER-UND
JUGENDARZT**

+

LA-MED

Auch als
CD-ROM
für Ihren PC

WER IST? WER

DAS DEUTSCHE
WHO'S WHO

®

Begründet von Walter Habel



XLVII. Ausgabe 2008/2009

Rund 27.000 Kurzbiografien bedeutender zeitgenössischer Persönlichkeiten Deutschlands.

Eine wertvolle Informationsquelle, exklusiv, mit Geburtstagsliste (ohne Geburtsjahr) und ca. 1.700 Porträtfotos.

Ca. 1.500 Seiten, Großformat 19,7 x 28 cm, weißer Kunstledereinband mit Goldschnitt, ISBN 978-3-7950-2046-0, Ladenpreis € 218,-

WER IST WER? auch als CD-ROM

Pressung des traditionsreichen Werkes auf CD-ROM, mit den Biografien der XLVII. Ausgabe 2008/2009 und zahlreichen Porträtfotos.

Mit sekundenschnellem Zugriff auf

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

CD-ROM in DVD-Box mit Installations- und Bedienungsanleitung
Lauffähig auf: Microsoft® Windows® 98, ME, NT, 2000, XP, VISTA; LINUX; Mac OS X · Technische Voraussetzung: mind. Java 1.4.x (Für Windows auf der CD)
ISBN 978-3-7950-2047-7, Preis € 198,-

**SCHMIDT
RÖMHILD** DEUTSCHLANDS
ÄLTESTES
VERLAGS-UND
DRUCKHAUS
SEIT 1579

23552 Lübeck · Mengstr. 16 · Tel. 04 51/70 31-2 67 · Fax 70 31-2 81
Internet: www.schmidt-roemhild.de · E-Mail: vertrieb@schmidt-roemhild.com

Diagnose: Infantile Myofibromatose

Definition und Ätiologie

Als Myofibrome werden solitäre Läsionen bezeichnet, bei multiplem Auftreten spricht man von einer infantilen Myofibromatose. Sie gehören in die Gruppe der infantilen Fibromatosen, werden zu den Hamartomen gezählt und stellen keine Neoplasien dar, haben jedoch proliferativen Charakter (unkontrolliertes, spontanes Wachsen von Myofibroblasten). Die Ätiologie ist bisher ungeklärt. Die Tumoren sind angeboren oder erscheinen in den ersten Lebensmonaten.

Klinik

Myofibrome sind meist solitäre, prallelastische bis derbe, nicht dolente, subkutane Knoten mit einem Durchmesser von einigen Millimetern bis 3 cm. Sie erscheinen bevorzugt im Kopf-Hals-Bereich. Bei der infantilen Myofibromatose hingegen liegen multiple (oft 10–100) Knoten in der Subkutis sowie im Myokard, Lunge, Skelettsystem und Gastrointestinaltrakt vor. Gefürchtete Komplikationen sind lebensbedrohliche Obstruktionen bei ausgedehntem viszeralem Befall und Tumorexpan- sion.

Diagnostik

In unserem Fall zeigte sich in der Sonographie der linken Flanke und des linken Oberschenkel jeweils ein gut abgrenzbarer Tumor ohne Verbindung zum Knochen. Aufgrund einer Mittellinienverlagerung in der Schädel- sonographie wurde ein MRT des Schädels erstellt. Darin zeigten sich eine von den Meningen ausgehende Raum- forderung links okzipital mit Mittellinienverlagerung nach rechts sowie ein zweiter Tumor rechts temporal. Auf der Suche nach einer viszeralem Beteiligung wurde im MRT des Stamms ein weiterer gut abgrenzbarer Tumor

rechts gluteal dargestellt. Röntgen Thorax und Echokar- diographie waren unauffällig.

Histologisch wurde ein spindelzelliger Tumor ohne Malignitätszeichen beschrieben.

Differentialdiagnosen

Bei den vorliegenden Befunden muss differentialdiag- nostisch auch an Hämangiome, Neurofibrome, Hämangio- perizytome und Sarkome gedacht werden.

Im Gegensatz zu Myofibromen sind Hämangiome bei Geburt meist noch nicht vorhanden.

Therapie und Prognose

Solitäre Läsionen werden meist (diagnostisch) exzi- diert, dabei ist eine Rezidivrate von 5–10% zu erwarten. Bei der infantilen Myofibromatose ist eine Exzision nur bei drohenden Obstruktionen angezeigt. Die Tumoren haben eine hohe Spontanremissionsrate. Eine maligne Entartung ist nicht zu erwarten. Daher kann bei unkom- plizierten Tumoren zugewartet werden.

Literatur

Matthews MR, Cockerell CJ. An historic perspective of infantile myofibromatosis. *Adv Dermatol.* 2006;22:279-305.

Ang P, Tay YK, Walford NQ. Infantile myofibromatosis: a case report and review of the literature. *Cutis* 2004; 73:229-31.

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

Sehr geehrte Damen und Herren Doktores,

einige Mitglieder des BVKJ haben uns dankenswerterweise ein Werbeschreiben der „Forum Gesundheitsmedien GmbH“ zukom- men lassen. Die Firma versucht offensichtlich mit Falschaussagen, den Verkauf ihres Produktes

PC-Dokumenten-Mappe „Die neuen Vorsorgeuntersuchungen für Kinder“

zu fördern. Unser Justitiar prüft zurzeit die Möglichkeit, mit rechtlichen Schritten gegen dieses Geschäftsgebaren vorzugehen.

Mit freundlichen Grüßen

Stephan Eßer

Hauptgeschäftsführer

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Der Streit im hausärztlichen Haus

Über Jahre hinweg lebten Pädiater und Allgemeinärzte friedlich nebeneinander. Natürlich gab es schon immer kleinere Reibereien, die meist kollegial und in sportlicher Konkurrenz um die beste Versorgung der Patienten gelöst wurden. Erst als das WSG-GKV-Gesetz Kinder- und Jugendärzte mit Allgemeinärzten zusammen unter ein hausärztliches Dach zwang, fing der Ärger an. Die Funktionäre der Allgemeinärzte nahmen selbstverständlich für sich in Anspruch, für alle „Hausärzte“ zu sprechen und die Patientenversorgung von der Geburt bis zur Bahre zu propagieren. Dass die Kinder- und Jugendärzte auch ein selbstständiger Teil des hausärztlichen Versorgungsbereiches sind, akzeptierten die Funktionäre des BDA, aber auch die KVen, nur widerwillig oder gar nicht. Mit schlichtem „Vergessen“ der Kinder- und Jugendärzte wurden Fehlentwicklungen im letzten, aber auch schon im vorletzten EBM entschuldigt. Der Streit eskalierte und hat mit dem Austausch „offener Briefe“ zwischen dem Bundesvorsitzenden des BDA Dr. Ulrich Weigelt und dem Präsidenten des BVKJ Dr. Wolfram Hartmann einen vorläufigen Höhepunkt erreicht. Die Auseinandersetzung überdeckt inzwischen auch die wichtigste Frage: Wie und vom wem können Kinder und Jugendliche bestmöglichst versorgt und behandelt werden.

Wir haben Prof. Klimm, Allgemeinarzt und Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin an der Universität Heidelberg, gebeten, seine Sicht des Zusammenlebens von Pädiatern und Allgemeinärzten in der hausärztlichen Versorgung darzustellen, eine Sichtweise, die eine lebhaftige Diskussion nicht nur unter den Kinder- und Jugendärzten, sondern hoffentlich auch unter den Allgemeinärzten auslösen sollte.

Wolfgang Gempp

Gedanken zur Hausärztlichen Grundversorgung

Dass eine primärärztliche-hausärztliche Grundversorgung unverzichtbar ist, ist unumstritten. Dies gilt ebenso für den pädiatrischen wie für den Bereich der Erwachsenen.

Dass diese jeweiligen Arbeitsbereiche besondere Qualifikationen und Kompetenzen besitzen müssen, ist ebenfalls unbestritten.

Dass deren Weiterbildungsinhalte sich an Problemen wie Aufgaben der jeweiligen Versorgungsbereiche in Bezug zu den Alltagsstrukturen und Entwicklungsprozessen orientieren müssen, ist logisch.

Dass auf der einen Seite der Pädiater, auf der anderen Seite der Allgemeinarzt agiert, agieren muss, ist ebenso unbestritten wie die Tatsache, dass beide Gebiete im hausärztlichen Bereich sich überschneiden, ja überschneiden müssen.

Fest steht aber auch, und dies ist ein Skandal besonderer Art, dass trotz des Wissens darum Fachärzte für Allgemeinmedizin in der Regel in ihrer Weiterbildung kein Abschnitt Pädiatrie, wie es in den ersten Weiterbildungsordnungen noch gefordert war, verbringen. Dann aber, besonders auf dem Lande, insbesondere unter Notfalldienst-Bedingungen, Kinder versorgen, ja versorgen müssen, weil Pädiater nicht überall flächendeckend vorhanden oder erreichbar sind.

Ein Skandal weiter ist aber auch, dass hausärztlich tätige Pädiater, und nur von denen spreche ich, in ihrer 5jährigen Weiterbildung fast ausschließlich am Krankengut der Klinik und Spezialabteilungen, sprich krankheitsorientiert, weitergebildet sind, aber keine Weiterbildungsabschnitte in der ambulanten pädiatrischen Praxis verbringen (müssen), schon gar nicht im hausärztlich-allgemeinärztlichen Bereich.

- Als Grund wurde und wird immer wieder aufgeführt: Es existieren nicht genügend Weiterbildungsplätze, schon gar nicht in der Klinik, geschweige denn in der Praxis.

Also streicht man einfach, wie am Muster der Weiterbildungsordnung für allgemeine und innere Medizin geschehen, die entsprechenden Weiterbildungsinhalte und die Pflicht dazu, sich zumindest zeitweise damit zu beschäftigen, heraus.

Obwohl in den letzten Jahren unter dem Eindruck schwindender Hausarztzahlen der Abschnitt Allgemeinmedizin in der Weiterbildung zum Allgemeinarzt von Kassen und KVen finanziell unterstützt wurde und wird, ist dies bei den Pädiatern, die hausärztlich tätig sein wollen, nicht der Fall.



Prof. Dr. med.
Hans-Dieter Klimm

Es ist nicht zu verstehen, auch nicht zu akzeptieren, dass ein Arzt für Allgemeinmedizin mit entsprechender Qualifikation nicht auch ein Kind versorgen kann, wenn die Situation es verlangt.

Es ist nicht zu verstehen, wie ein Pädiater mit entsprechender Qualifikation nicht auch z.B. ein Kind betreuenden Erwachsenen mitbehandeln kann, wenn es von Nöten ist.

Ohne Qualifikation geht nichts!

Wer nicht entsprechende Qualifikationen und Kompetenzen besitzt, kann nicht auf diesen Bereichen arbeiten. Aber es nützt nichts, wenn man dies dauernd bemängelt, man muss vielmehr dafür sorgen, dass man denen, die keine haben, zur entsprechenden Qualifikation verhilft.

Hier hat die Kammer, haben die KVen versagt! Hier müssen beide ihre Haltung, Einstellung und Handlungsanweisungen ändern. Vor allem unter der Tatsache, dass in beiden Bereichen, der Kinder- wie Erwachsenen-Hausarztmedizin, der Nachwuchs ausgeht und die Versorgung bedroht wird.

Es macht auch keinen Sinn mehr, „Qualität“ der jeweiligen Bereiche dadurch „vorzugaukeln“, dass man Leistungsinhalte und deren Vermittlung im hausärztlichen Bereich weiter streicht, das Niveau minimiert und somit das Fach unattraktiv gestaltet, indem man immer mehr Spezialisten produziert, die dann „mangels Masse“ in den hausärztlichen Bereich ausweichen ohne entsprechende Hausarztkompetenz.

Wohl bemerkt: Wir brauchen pädiatrische Spezialisten ebenso wie spezialisierte Erwachsenenmediziner, die flächendeckend vorhanden sein müssen mit entsprechender eigener Bedarfsplanung, die jedoch kein Vorwand sein darf, Ärzte an der Anwendung ihrer Expertise zu hindern. Auf jeden Fall kann es nicht so weitergehen, dass man auf der einen Seite Qualifikationen wegnimmt, indem man sie erst gar nicht anbietet und fordert, und auf der anderen Seite hochkompetente Spezialisten in die Grundversorgung zwingt, um überhaupt überleben zu können ohne die Probleme der Grundversorgung kennen gelernt zu haben.

Ein Umdenken, ein Umsteuern ist erforderlich

1. Wer hausärztlich im pädiatrischen und Erwachsenenbereich tätig sein will und wird, muss mindestens 1/2 bis 1 Jahr in dem jeweils anderen Gebiet, am besten in der Praxis, weitergebildet sein. Der Allgemeinmediziner in der Pädiatrie, der Pädiater in der Allgemeinmedizin.
2. Die Sicherstellung wie Finanzierung dieser Weiterbildungsplätze in beiden Bereichen muss durch Kasse und KVen garantiert und gesichert sein.
3. Gemeinsame Weiterbildungsinhalte wie -veranstaltungen müssen verpflichtend in beiden Bereichen mit entsprechenden Qualifikationsnachweisen eingeführt werden.

4. Es müssen auf hausärztlichen Bereichen gemeinsame Qualitätszirkel eingerichtet, unterhalten und evaluiert werden.
5. Ziel muss sein, hausärztliche Netzwerke/Versorgungszentren zu etablieren, um eine qualitativ hochwertige, zweckmäßige und effiziente Versorgung von Patienten jeglicher Altersstufen zu erreichen.
6. Haus- und Fachärzte arbeiten Hand in Hand auf der pädiatrischen Hausarztebene mit pädiatrischen Spezialisten, auf der Erwachsenenmedizin zwischen Allgemeinärzten und Fachspezialisten, aber auch zwischen Pädiatern und Allgemeinärzten.

Viele Leser werden diese Thesen und Forderungen für absurd halten, unrealistisch, utopisch, vor allem wenn man von dem Getöse der jeweiligen berufspolitischen Verbände und deren Führer hört. Aber Träume können zur Wirklichkeit werden, wenn deren Inhalte stimmen und wenn man Veränderungen will. Und nur der bewegt, der sich bewegt!

Sind wir eigentlich im ärztlichen Alltag (Kollegin zu Kollege, Pädiater zum Allgemeinarzt) schon so weit voneinander entfernt, wie manche Berufsgruppenführer es darstellen? Eigentlich klappt es an der Basis doch ganz gut, die direkten Kontakte funktionieren und die Akzeptanz und das Verständnis um und für den anderen ist doch gar nicht so schlecht, wie es oft dargestellt wird. Kennen wir nicht doch alle die oben erwähnten Probleme und diskutieren sie nicht untereinander persönlich oder auf Ärztezirkeln? Wir sollten in kooperativer Weise versuchen, neue Wege für unsere Fächer zu gehen und sie vehement fordern, in unserem eigenen Interesse, was unsere jeweiligen Kompetenzen betrifft, in der Verantwortung den uns anvertrauten Patienten gegenüber in den jeweiligen Altersstufen und deren Familien, aber auch – und dies nicht uneigennützig – im Interesse der jungen Kolleginnen und Kollegen, die auch unseren Arbeitsgebieten nachfolgen können, wollen oder müssen. Die Zeit drängt, packen wir es an, fordern wir endlich das von Kammern, KVen und Berufsverbänden, was wirklich nötig ist: Verbesserung der hausärztlichen Versorgung und deren zukünftigen Sicherstellung.

Prof. Dr. med. Hans-Dieter Klimm
Facharzt für Allgemeinmedizin
Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin
Akademische Lehrpraxis
Universität Heidelberg

76456 Kuppenheim, Ringstr. 20 f
Tel. 07222/94590 - Fax. 07222/4673
E-Mail: info@prof-klimm.de
http://www.profklimm.de

Red.: ge

„Halbe Praxis zu verkaufen ...“

● Eine Frage an

Dr. Andreas Meschke,
Fachanwalt für Medizin-
recht, Berater des BVKJ
in juristischen Fragen



Das Sozialgericht München hat mit Beschluss vom 15.01.2008 - S 38 KA 17/08 ER - in einem einstweiligen Rechtsschutzverfahren entschieden, dass eine Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet ist, „die Hälfte des Vertragsarztsitzes“ eines Vertragsarztes auszuschreiben, damit diese „halbe Zulassung“ nachbesetzt werden kann. Werden wir demnächst also Anzeigen lesen wie „Halbe Praxis zu verkaufen ...“?

Im Prinzip ja, aber ... könnte man mit Radio Eriwan antworten. Das Sozialgericht München hat mit seiner Entscheidung zu einem Streit eine vorläufige Stellungnahme abgegeben, der seit der Einführung des so genannten Versorgungsauftrages zum 1.01.2007 durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG – besteht.

Verbunden mit einer vertragsärztlichen Zulassung ist ein Versorgungsauftrag, der zu einer Vollzeittätigkeit verpflichtet (§ 19a Abs. 1 Zulassungsverordnung für Ärzte - Ärzte-ZV -), wobei diese Vollzeittätigkeit über eine Verpflichtung zu 20 Sprechstunden/Woche definiert wird (§ 17 Abs. 1 Bundesmantelvertrag – BMV-Ä -). Will der Vertragsarzt diese Verpflichtung nicht mehr erfüllen, kann er seinen Versorgungsauftrag auf die Hälfte reduzieren (§ 19a Abs. 2 Ärzte-ZV). Ob diese „reduzierte Hälfte“ der Zulassung nachbesetzt werden kann und mithin die halbe Praxis eigenständig veräußerbar ist, ist in der Praxis streitig. Die wohl überwiegende Zahl der KVen hat dagegen Stellung bezogen. Das Sozialgericht München hat jetzt in eine andere Richtung entschieden. Endgültig dürfte die Frage damit aber nicht beantwortet sein. Bislang ging es nur um die Ausschreibungsverpflichtung der KV Bayerns. Die eigentliche Nachbesetzungsentscheidung trifft dann der Zulassungsausschuss. Im Anschluss könnte der Berufungsausschuss angerufen werden, gegen dessen Entscheidung Klage zu den Sozialgerichten zulässig ist.

ReH

Straf- und zivilrechtliche Probleme bei fixierten Patienten

Von Gerd Sandvoß, Meppen/Ems, Ralf Wied, Erndtebrück

Referiert aus „arztrecht“*) Heft 8/2007



Prof. Dr. med.
H.-J. Nentwich

Auch wenn sich der Inhalt des Artikels auf das Fachgebiet der Psychiatrie bezieht, enthält er auch für die Kinder- und Jugendmedizin wichtige Informationen. Insbesondere bei Kleinkindern ist bei zahlreichen Diagnostik- oder Therapiemaßnahmen die Verhinderung von spontanen Körperbewegungen notwendig.

Eine medikamentöse Sedierung sollte dazu, wegen möglicher Nebenwirkungen, nicht angewandt werden und wäre auch in den meisten Fällen nicht ausreichend wirksam.

Eine noch so lückenlose und aufmerksame Überwachung kann nicht immer einzelne, in speziellen Situationen schädigende, Spontanbewegungen des Kindes verhindern.

Aus diesen Gründen sind in Ausnahmesituationen Fixierungen notwendig. Die dafür geltenden Bedingungen müssen jedoch bekannt sein und strengstens eingehalten werden.

Die Autoren beziehen sich bei ihren Ausführungen auf die Leitlinien der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg zu diesem Thema und auf Erkenntnisse aus der Rechtsprechung.

Als Voraussetzung für die Durchführung von Fixationen werden folgende Kriterien genannt:

Strukturkriterien

1. Ein Gesetzestext, die Fixierung betreffend, ist auf den Stationen hinterlegt und allen, die mit Fixierung arbeiten, bekannt.
2. Die Indikation, Durchführung und Dokumentationspflicht ist dem Arzt und den Pflegenden bekannt.
3. Das für die Klinik einheitliche Dokumentationsblatt für die Fixierung ist vorhanden.
4. Der Umgang mit den Fixationstechniken ist bekannt und erprobt.

Prozesskriterien

1. Der Arzt hat den Patienten gesehen.
2. Der Arzt dokumentiert die Situation, die zur Fixierung führt und ordnet die Fixierung an. Die Art der Fixierung ist vom Arzt festzulegen, ebenso die Zeitangabe zu dokumentieren.
3. Eine Pflegekraft ist im Zimmer stets anwesend.

Ergebniskriterien

1. Die Eigengefährdung des Patienten ist ausgeschlossen worden. Eine Fremdgefährdung durch den Patienten ist verhindert worden.

Eine gewisse Einschränkung der Forderung im Punkt 2. der Prozesskriterien ergibt sich durch die Aussage der Autoren, dass eine eigenmächtige Fixierung durch das Pflegepersonal zur Abwendung akuter Gefahr für den Patienten zugelassen werden kann, jedoch müsse schnellstmöglich der diensthabende Arzt hinzugezogen werden.

Zu Punkt 3. der Prozesskriterien gibt es eine Stellungnahme aus der Rechtsprechung. Darin heißt es:

„Die Pflicht zur Überwachung und Sicherung besteht nur bei Veranlassung und dann in den Grenzen des Erforderlichen und des für das Krankenhauspersonal und den Patienten Zumutbaren.“

Wiederholt und nachdrücklich wird im referierten Artikel darauf hingewiesen, dass eine Entscheidung über notwendige Fixierung einem Facharztstandard genügen muss und zwar dem des betreffenden Fachgebietes. Medizinisches Basiswissen auf fachfremdem Gebiet erfüllt nicht den Standard einer fachärztlichen Begutachtung.

Diese Aussage wäre, wenn auch im referierten Artikel nicht erörtert, Grund zu entsprechender Überlegung bei stationärer Behandlung von Kindern mit eventueller Indikation zur Fixierung außerhalb des Fachgebietes Kinder- und Jugendmedizin.

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

Red.:ge

* Mit freundlicher Genehmigung des Verlags für arztrecht



bVKJ.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

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

Landesverbandsvorsitzender und 1. Delegierter:	Dr. Heinz Reiniger, München
1. stellv. Landesverbandsvorsitzender und 2. Delegierter:	Dr. Roland Ulmer, Lauf
2. stellv. Landesverbandsvorsitzender und 3. Delegierter:	Dr. Brigitte Dietz, Taufkirchen
3. stellv. Landesverbandsvorsitzender und 4. Delegierter:	Dr. Nikolaus Weissenrieder, München
5. Delegierter:	Dr. Bernd Simon, München
6. Delegierter:	Dr. Uwe Goering, Pegnitz
7. Delegierter:	Dr. Thomas Fendel, München
Schatzmeister:	Dr. Guido Krandick, Deisenhofen



bVKJ.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Wahlaufruf für den Landesverband Niedersachsen

Termingerecht findet vom **07.04.2008** bis **28.04.2008** die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Delegierten, der Beisitzer, des Schatzmeisters sowie der Ersatzdelegierten statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum **28.04.2008** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Dr. Tilman Kaethner, Nordenham – Landesverbandsvorsitzender



bVKJ.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Wahlaufruf für den Landesverband Hessen

Termingerecht findet vom **05.05.2008** bis **26.05.2008** die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Delegierten, der Ersatzdelegierten, der Beisitzer sowie des Schatzmeisters statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum **26.05.2008** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Dr. med. Josef Geisz, Wetzlar – Landesverbandsvorsitzender

Aus der Verbandsarbeit

Workshops über neue Versorgungsstrukturen am 26.1.2008 in Frankfurt

Die Vertragslandschaft im Gesundheitswesen ist im Fluss. Die KVen verlieren zunehmend ihr Verhandlungsmandat an die Verbände. Auch der BVKJ hat mehrere Verträge mit unterschiedlichen Kassen bundesweit und auf Landesebene geschlossen.

Ein Thema des Workshops über neue Versorgungsstrukturen am 26.1.2008 in Frankfurt war, ob wir neben dem BVKJ zusätzliche Strukturen wie bundesweite Vertragsgemeinschaft oder Pädnetze aufbauen müssen. Als Beispiel wurde die hausärztliche Vertragsgemeinschaft des Hausärzterverbandes genannt, die die Abwicklung der Verträge in eigener Regie durchführt und daneben auch eine adäquate Aufwandsentschädigung für Kolleginnen und Kollegen ermöglicht, die solche Verträge aushandeln.

Die Teilnehmer des Workshops waren mehrheitlich der Meinung, dass der BVKJ auf Bundesebene keine parallelen Strukturen aufbauen sollte. Verhandlungen mit den Krankenkassen auf Landesebene wurden bisher von den Landesverbandsvorsitzenden in engem Kontakt mit dem Vorstand geführt. Die juristische Überprüfung der Verträge und die Unterschrift des Präsidenten gewährleistet die korrekte und einheitliche Gestaltung. Dieses Verfahren soll auch zukünftig bei den immer schwieriger werdenden Verhandlungen mit den Kassen beibehalten werden. (Siehe folgenden Beitrag Dr. Gitmans, Dr. Kaethner in diesem Heft.)

Bestehende große Netze, wie das **Paednetz Bayern**, sollen ihre Aktivitäten, insbesondere im Bereich der Vertragsabwicklung mit den Kassen, nicht über den lokalen Rahmen hinaus weiterentwickeln.

Lokale Netze, wie sie vielerorts bereits bestehen, können die örtliche Präsenz der Kinder- und Jugendmedizin stärken und die kollegiale Zusammenarbeit auch mit den lokalen Kinderkliniken fördern.

Hier ist eine Vielzahl von Aktivitäten, wie der Ausbau von Qualitätszirkeln, die Einrichtung von pädiatrischen Notdiensten usw. möglich.

Daher der erneute Appell des Präsidenten:

„Unsere Obleute sind aufgerufen, flächendeckend vor Ort Pädnetze zu gründen.“

Einen Mustervertrag für eine Pädnetz-Vereinsgründung gibt es über die Geschäftsstelle des BVKJ, Köln.

Eine ausführliche Zusammenstellung der Ergebnisse des BVKJ-Workshop (5.4.2003 Rotenburg/Fulda) zum Thema „Pädiatrische Versorgungsnetze“ finden Sie in Pädinform im Ordner Kinder- und Jugendarzt.

ge

Verträge – ein neuer Aufgabenschwerpunkt des BVKJ

Die Vertragskommission

In den letzten Jahren haben sich die gesetzlichen Grundlagen der vertragsärztlichen Tätigkeiten geändert. Es kommt zu einer Verschiebung von reinen EBM-Leistungen unter alleiniger Verantwortlichkeit der KV'en hin zu vertraglichen Leistungen außerhalb des EBM, die in Einzelverträgen mit den Krankenkassen abgesichert werden. Die rechtlichen Möglichkeiten werden durch das Sozialgesetzbuch V § 73 b und § 73c (Hausarztverträge) und § 140 (IV-Versorgung) vorgegeben. Durch die neuen Verträge lassen sich erhebliche Honorare außerhalb der gedeckelten Gesamtvergütung erzielen, sodass die Beteiligung für die einzelne Praxis finanziell lebensnotwendig sein kann.

Um diese Gelder auch den Kinder- und Jugendärzten zukommen zu lassen, ist die Beteiligung des BVKJ an diesem Vertragsgeschäft unerlässlich. Deshalb hat die letzte Delegiertenversammlung über die Einrichtung einer Vertragskommission entschieden, die Ende 2007 seitens des Vorstandes eingerichtet wurde. Mitglieder dieser Kommission sind bereits im Vertragsgeschäft erfahrene Kolleginnen und Kollegen.

Die Vertragskommission soll in Zusammenarbeit mit dem Vorstand und dem Präsidenten die Strategien und taktischen Überlegungen für die Verhandlungen mit Krankenkassen erarbeiten. In der Verhandlungsführung sollen die Kommissionsmitglieder den Präsidenten auf Bundesebene unterstützen. Für Vertragsverhandlungen auf Landes- oder Regionalebene bietet die Vertragskommission ihre Unterstützung und ggf. auch die Teilnahme ihrer Mitglieder an Verhandlungen an. Die zentrale Kommission

gewährleistet, dass dezentrale Verhandlungen den gleichen grundlegenden inhaltlichen und strategischen Kriterien folgen und aufeinander abgestimmt werden können.

Primäres Ziel des BVKJ in Vertragsverhandlungen zu zusätzlichen Versorgungsangeboten nach § 73 und § 140 ist die qualitative Verbesserung der Versorgung der Kinder und Jugendlichen durch Kinder- und Jugendärzte bei adäquater zusätzlicher Honorierung. Besondere Gewichtung wird dabei seitens des BVKJ auf die Einbindung der Neuen Vorsorgen des Grünen Vorsorgeheftes gelegt. Durch diesen Schwerpunkt ist es uns gelungen, auch vor dem Hintergrund der intensiven Diskussion um Vernachlässigung und Misshandlung im sozialen Kontext benachteiligter Kinder, die Pädiatrie positiv in die politische Wahrnehmung zu rücken. Wir konnten zudem erreichen, dass unsere Neuen Vorsorgen nicht nur vertragsmäßig, sondern auch im Bewusstsein der Politik, der Krankenkassen und weiten Teilen der Bevölkerung verankert wurden.

Es gibt mittlerweile mehrere Verträge des BVKJ mit Krankenkassen sowohl auf Landes- und Bundesebene, die fast alle die neuen Vorsorgen beinhalten. In Niedersachsen, Hessen, Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein und auch bundesweit gibt es hausärztliche Verträge nach § 73 b, die sich durch eine regelmäßige zusätzliche Pauschale für jeden teilnehmenden Patienten honorarsteigernd auswirken. In einigen Bundesländern (Niedersachsen, Bremen, Thüringen, Sachsen, Nordrhein und auch bundesweit) sind Verträge nach § 73c über die Honorierung der neuen Vorsorgen für jeweils 50 Euro abgeschlossen worden.

Um die für die Kinder- und Jugendärzte und auch für die Qualität der pädiatrischen Versorgung positive Entwicklung erfolgreich fortsetzen zu können, ist es wichtig und notwendig, dass Sie die Kompetenz und Erfahrungen der Mitglieder der Vertragskommission bei regionalen Verhandlungen anfordern und nutzen.

Dr. Ulrike Gitmans, Rhauferfeh
 Dr. Tilman Kaethner, Nordenham

Mitglieder der Vertragskommission

Dr. Dehtleff Banthien, Oldesloe
 Dr. Thomas Fischbach, Solingen
 Dr. Ulrike Gitmans, Rhauferfeh
 Dr. Tilmann Kaethner, Nordenham
 Dr. Klaus Rodens, Langenau
 Stephan Eßer, Hauptgeschäftsführer
 Klaus Lüft als Berater,
 Dr. Andreas Meschke, Rechtsanwalt

Übersicht über Verträge zu zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

1. Bundesweite Verträge		
Vertragspartner		Eingeschlossene Untersuchungen
	BVKJ – KKH/Deutsche BKK (§ 73c)	U7a, U10, U11
	BVKJ – GEK/HZK (§ 73b)	U7a, U10, U11, J2
2. Regionale Verträge		
KV/Bundesland	Vertragspartner	Eingeschlossene Untersuchungen
Baden-Württemberg	BVKJ – BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg (§ 73b)	U7a, U10
Bayern	BVKJ – Vereinigte IKK – PaedNetz Bayern – KV Bayern (§ 73c)	U7a
Brandenburg	BVKJ – AOK Brandenburg (§ 140a)	U7a
Bremen	BVKJ – BKK Landesverband Niedersachsen/Bremen – KV Bremen (§ 73c)	U7a, U10
Hessen	BVKJ – Landesverband der BKK – KV Hessen	U7a, U10
Niedersachsen	a. BVKJ – AOK Niedersachsen – KV Niedersachsen (§ 140a) b. BVKJ – BKK Landesverband – Niedersachsen/Bremen – KV Niedersachsen (§ 73c)	U7a U7a, U10
Nordrhein	BVKJ – BKK LV Nordrhein-Westfalen – KV Nordrhein	U7a, U10
Rheinland-Pfalz	BKK Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland – KV Rheinland-Pfalz (§ 73b)	U7a
Sachsen	BVKJ – TK Sachsen – KV Sachsen (§ 73c)	U7a, U10
Schleswig-Holstein	BVKJ – GEK/HZK – KV Schleswig-Holstein (§ 73b)	U7a, U10, U11
Thüringen	BVKJ – TK Thüringen – KV Thüringen (§ 73c)	U7a, U10, U11
Westfalen-Lippe	BKK Aktiv – BoVita Management-Gesellschaft im Gesundheitswesen Bochum (§ 140a)	U7a, U10, U11, J2

Weitere Verträge stehen kurz vor dem Abschluss. Red.: ge

Bonusausschüttung der BKK Essanelle an ihre Versicherten nicht zu beanstanden

Auf eine Anfrage von Kollegen Lindner aus Berlin sieht das Bundesversicherungsamt, nach Anhörung der betreffenden Kasse, kein Verstoß gegen geltendes Recht, wenn die Kasse ihren Versicherten einen Bonus bis zu 500 € zahlt. Die Krankenkassen können in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten oder qualitätsgesicherte Leistungen der Krankenkasse zur primären Prävention in Anspruch nehmen, einen Anspruch auf einen Bonus haben. Das Bonusprogramm für Kinder und Jugendliche sei eine durch das Bundesversicherungsamt genehmigte Satzungsregelung, entspreche somit geltendem Recht. Die Kasse argumentiert zudem, sie komme durch ihre Bonuszahlung einem wichtigen gesundheitspolitischen Auftrag nach, da sich in letzter Zeit Pressemeldungen häuften, dass die U-Untersuchungen nicht in ausreichendem Maße in Anspruch genommen werden.

Dass eine Kasse Boni an ihre Mitglieder zahlt, um sie zur Teilnahme an qualitätsgesicherten Vorsorgen oder DMP-Programmen zu bewegen, ist an sich nicht zu kritisieren. Die gefühlte Ungerechtigkeit besteht allerdings in der Diskrepanz zwischen Bonuszahlung und Vergütung der „Leistungserbringer“. Aber das scheint im Moment niemanden zu stören.

ge

Chefarzt auf Zeit

Uni Witten/Herdecke richtet bundesweit erste Ausbildungsstation für angehende Ärzte ein

In einem bundesweit einmaligen Pilotprojekt sind Studierende für den regulären Betrieb einer Krankenhausstation und die Behandlung der Patienten mitverantwortlich.



Die Universität Witten/Herdecke (UWH) geht neue Wege in der Medizinerbildung. Im Rahmen eines Pilotprojekts hat Witten/Herdecke als erste Fakultät für Medizin in Deutschland eine so genannte Ausbildungsstation eingerichtet. Angesiedelt ist sie in der Abteilung für Innere Medizin des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke. Hier werden Studierende des Praktischen Jahres, also der letzten beiden Studiensemester, unter Alltagsbedingungen ausgebildet. Die angehenden Ärzte sind vier Monate lang in die Gestaltung der Station eingebunden. Sie betreuen die ihnen zugewiesenen Patienten und wirken möglichst eigenständig bei den Behandlungen mit.

Bisher gibt es solche Ausbildungsstationen auch international nur vereinzelt. Erfolgreiche Beispiele finden sich in Schweden und in England. Das Projekt in Witten/Herdecke wird von der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA) wissenschaftlich erforscht und zu begleitet. Von dem Pilotprojekt erhofft sich die GMA wesentliche Impulse für die Weiterentwicklung und Verbesserung des Medizinstudiums in Deutschland. Dazu wird beurteilt: Wie beurteilen die Studierenden ihre Lernerfolge? Welche Erfahrungen haben die verantwortlichen Ärzte und auch das Pflegepersonal mit den Nachwuchskollegen und der ungewöhnlich engen Zusammenarbeit gemacht? Und waren auch die Patienten mit dem veränderten Stationsbetrieb zufrieden?

„Unsere bisherigen Erfahrungen sind sehr positiv“, fasst der Internist Dr. Christian Scheffer, Koordinator der Ausbildungsstation die ersten Erfahrungen mit dem Projekt zusammen. Besonders bei den Patienten käme das Modell gut an, bei dem die Studierenden von der Frühbesprechung über Visiten bis zu Neuaufnahmen soweit wie möglich die ärztliche Arbeit in eigener Regie übernehmen. Alle wesentlichen Entscheidungen für diagnostische Untersuchungen oder Änderungen der Medikation erfolgen allerdings in enger Absprache und stetiger Rückkopplung mit den Ärzten, die auch weiterhin rechtlich für die Patientenversorgung verantwortlich sind.

ReH

Info:
Kontakt: Christian.Scheffer@uni-wh.de
www.ausbildungsstation.de

Tropenpädiatrie 2008: Infektionskrankheiten und andere Fragen der Kinder- und Jugendgesundheit



© Jean-Francois Perigois – Fotolia.com

Unter dem Eindruck des Erfolges der Antibiotika, Insektizide und anderer Antiinfektiva glaubte man, bald „das Buch der Infektionskrankheiten schließen zu können“, wie der Surgeon General, WH Stewart, 1969 verkündete. Seither sind aber die Infektionskrankheiten wieder auf dem Vormarsch oder, wie HIV, neu aufgetreten und für 30% der Todesursachen weltweit verantwortlich: Malaria beispielsweise betrifft 1/2 Mrd. Menschen, mit 3 Mio. Toten pro Jahr, zu 90% in Afrika, mit durch Tourismus und globale Erwärmung vorrückender Tendenz. Deutschland war 1953 für malariafrei erklärt worden – wie lange noch? Auch sind viele bewährte antiinfektive Waffen durch Resistenzbildung stumpf geworden.



Dr. Stephan
Heinrich Nolte

Das Missionsärztliche Institut in Würzburg trug in diesem Jahr die 26. Tagung der Arbeitsgemeinschaft Tropenpädiatrie im Audimax der Universität Würzburg aus. Der Vorsitzende der AG, Prof. Michael Krawinkel, erinnerte vor den über 350 Teilnehmern an die Alma Ata Konferenz, die vor 30 Jahren die Ziele von „primary health care“ formulierte. Positiv sei zu vermelden, dass nach dem Unicef Jahresbericht 2006 erstmals weniger als 10 Mio. Kinder an vermeidbaren Krankheiten gestorben seien. Im Festvortrag gab Prof. Gerd Bringmann vom Lehrstuhl für Organische

Chemie, Ehrendoktor der Univ. Kinshasa, einen Einblick in seine Forschungen zur Naturstoffchemie. Ausgehend von der seit über 400 Jahren genutzten Chinarinde, aus deren Wirkstoff sowohl das Chloroquin als auch das Mefloquin abgeleitet wurden, legte er dar, dass von lebenden Zellen produzierte Substanzen privilegierte Stoffe seien, die eine höhere „Trefferquote“ erzielen als synthetische Substanzen. Er beschäftigt sich mit Lianenalkaloiden: Diese haben neue antiinfektive Inhaltsstoffe, zum Beispiel das Dioncophyllin C, welches antiprotozoisch gegen Trypanosomen und Plasmodien wirkt und

ein Hoffnungsträger in der präklinischen Entwicklung von Medikamenten gegen diese „neglected diseases“ ist.

Mykobakterielle Erkrankungen

Über Lepra als „neglected disease“ berichtete Adolf Diefenhardt von der Dt. Lepra und Tuberkulose Hilfe (DAHV). Man rechnet mit unverändert 400.000 Neuerkrankungen pro Jahr, die zum größten Teil unerkannt bleiben, zu 80% in Brasilien und Indien. Die Inkubationszeit beträgt 3–7 Jahre. Sie trifft sozial Schwache, Migranten und



Abb: Rachitis durch Calciummangel: Christa Kitz, Würzburg, berichtete über mehr als 540 Kinder mit Rachitis vom Gbagyi-Stamm aus Nigeria, bei dem das Trinken von Milch tabuisiert ist. Auch schwere Knochendeformierungen bessern sich unter der Behandlung sehr deutlich bis hin zur Normalisierung, wie dieser Verlauf über 15 Monate bei einem siebenjährigen Mädchen zeigt.

stigmatisiert und marginalisiert die Betroffenen. Eine frühe Therapie sowie Schutzmaßnahmen vor Verletzungen bei Gefühllosigkeit können eine Behinderung mit hoher Wahrscheinlichkeit verhindern. Bereits 1993 erklärte die WHO die Tuberkulose zu einem „globalen Notstand“, referierte Gisela Sperling, Würzburg. 1/3 der Weltbevölkerung ist infiziert, jährlich 100 Mio. Neuerkrankungen mit 2 Mio. Todesfälle, die zu 95% in Entwicklungsländern und den UdSSR-Nachfolgestaaten auftreten. Ein unbehandelter Sputumpositiver Patient steckt 10–15 Personen an, 10–15% der Erwachsenen, 40% der infizierten Kinder werden unbehandelt eine manifeste Tb entwickeln. Die dritthäufigste Mykobakteriose, verursacht durch *M. ulcerans*, ist das Buruli-Ulcus, welches zu den „emerging diseases“ gerechnet wird. Es kommt in tropischen Feuchtgebieten vor, ohne dass die Infektionsquelle oder der Transmissionsweg bekannt sind. Aus kleinen unspezifischen Knötchen entwickeln sich große Ulzerationen, die vernarbend abheilen und Kontrakturen hinterlassen. Die Differenzial-

diagnose ist weit, einfache Diagnostik gibt es nicht. Neben der chirurgischen Exzision ist heute ein WHO-Schema mit Streptomycin und Rifampizin eingeführt, wie Gisela Bretzel, München, vorstellte.

Die erste Stunde des Lebens ist für viele auch die Letzte

In einer Gegenüberstellung der Erstversorgung von Neugeborenen hier und dort stellte Carsten Krüger für ressourcenarme Länder dar, dass die „under 5 mortality“ zu 38% Neugeborene betrifft. Todesfälle treten in der Hälfte der Fälle am 1. Lebenstag auf: Die häufigsten Ursachen sind Infektionen (36%), Unreife (27%), Asphyxie (23%). Preiswerte und einfache Interventionen könnten 70% der Todesfälle verhindern. Die neonatalen Todesfälle bei perinataler Asphyxie sind nur die Spitze des Eisberges: bleibende Behinderungen sind häufiger als Todesfälle. An einfachen Maßnahmen kann die Känguruhmethode Infektionen reduzieren, und das Stillen, insbesondere das frühe Stillen innerhalb der ersten Stunden, die Mortalität um den Faktor 25 senken! Viele Neugeborene werden daheim geboren und verster-

ben dort, auch, weil in vielen Kulturen Neugeborene in den ersten Tagen das Haus nicht verlassen dürfen, auch nicht zum Aufsuchen von Gesundheitseinrichtungen. Konzepte zur aufsuchenden Betreuung sind daher wichtig. Die Gefahrenzeichen für eine schwere neonatale Krankheit in den ersten 60 Tagen könnten, so Martin Weber, auf sieben Parameter reduziert werden: Nahrungsverweigerung, Krämpfe, Bewegungen nur auf Stimulation, Tachypnoe, Einziehungen, Fieber oder Hypothermie.

Wenn Elefanten streiten, werden die Blumen zertrampelt: Kinder in den Räderwerken der Gesellschaften

Über die Rechte und Pflichten in der Versorgung von Migrantenfamilien berichtete Dagmar Ludin aus Würzburg. Fast ein Fünftel der in Deutschland lebenden Menschen haben einen Migrationshintergrund. Die Zahlen werden weiterhin stark steigen, da Migrantenfamilien oft sehr kinderreich sind. Hier besteht eine Diskrepanz zwischen einerseits ungenügender oder nicht richtiger Nutzung des Gesundheitssystems, wie in den Notfallambulanzen, andererseits Vielnutzung durch Abklärungen alter chronischer Erkrankungen, was vom Gesetzgeber z.B. bei Asylbewerbern explizit ausgenommen ist. Etwa 1/2 Mio. Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus, die „sans papiers“, nutzen aus Angst vor Aufdeckung das Gesundheitssystem gar nicht. Viele Flüchtlinge erreichen ihr Ziel „Festung Europa“ nicht, der größere Teil stirbt auf der Flucht. Allein kurz vor dem Ziel, in der Straße von Gibraltar, gibt es 2000 Tote pro Jahr. Nur 1% der Asylbewerber werden anerkannt, 60% abgelehnt, ein Drittel „erledigt sich anderweitig“. Nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben die Schwangeren Anspruch auf Hebammenhilfe, die Kinder Anspruch auf Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen, was oft nicht bekannt ist. Die Säuglingssterblichkeit ist auch bei uns bei Migranten doppelt so hoch (1,1% versus 0,5%) wie in der übrigen Bevölkerung.

Die speziellen und obligaten tropenpädiatrischen Themen: Leishmaniose, Schlafkrankheit, Malaria sowie die Tropendermatologie und die HIV-Problematik wurden lebhaft diskutiert und können hier nur cursorisch erwähnt werden. Immer wieder geht es um die Qualität der pädiatrischen Versorgung und Ausbildung, vor allem unter dem Aspekt des „brain drain“, der gut ausgebildete Fachkräfte in reichere Länder lockt. Zur Qualitätsverbesserung hat die WHO in den vergangenen Jahren viele gute Materialien erstellt und verbreitet. In den Schlussworten wurde den Pädiaterinnen Christa Kitz und Gisela Sperling und dem Team von der katholischen Fach-

stelle für Internationale Gesundheit Würzburg für die Ausrichtung der Tagung gedankt, bevor die Teilnehmer zur nächsten Tagung im Januar 2009 in Gießen eingeladen wurden. Es bleibt nicht aus, dass der „Blick über den Tellerrand“, den eine solche Tagung durch die Thematik im Austausch mit in- und ausländischen Kollegen mit sich bringt, an unsere soziale Verantwortung appelliert und uns unsere privilegierten Arbeitsbedingungen wahrnehmen lässt.

Dr. Stephan Heinrich Nolte
Kinder- und Jugendarzt
Alter Kirchhainer Weg 5
35039 Marburg

Red.: ge

Kontaktadresse Arbeitsgemeinschaft Tropenpädiatrie e.V.:

Dr. med. Carsten Krüger, Schriftführer,
St.-Franziskus-Hospital,
Robert-Koch-Str. 55,
59227 Ahlen
Email: thea.carsten.krueger@web.de

Prof. Dr. med. M. Krawinkel,
Institut für Ernährungswissenschaft,
Justus-Liebig-Universität,
Wilhelmstr. 20,
35392 Gießen
Email: Michael.Krawinkel@ernaehrung.uni-giessen.de

Wir gratulieren zum Geburtstag im Mai 2008

65. Geburtstag

Herrn Dr. med. Jürgen *Lauenstein*, Lebach, am 01.05.
 Herrn Dr. med. Peter *Schröter*, Ellwangen, am 02.05.
 Frau Dr. med. Brigitte *Kodsi*, Siegen, am 05.05.
 Frau SR Dr. med. Karin *Rößmann*, Kamenz, am 05.05.
 Frau Heidrun *Schweidler*, Gräfenberg, am 05.05.
 Frau Dr. med. Annelie *Kroneberger*, Greiz, am 08.05.
 Frau Dr. med. Marianne *Guggenmos*, Münster, am 11.05.
 Herrn Dr. med. Klaus *Schauenburg*, Radolfzell, am 12.05.
 Herrn Dr. med. Jochen *Drubig*, Meißen, am 13.05.
 Frau Dr. med. Violetta *Birtheimer*, Bochum, am 14.05.
 Frau Dr. med. Elke *Saati*, Höxter, am 14.05.
 Frau Dr. med. Sieglinde *Deten*, Leipzig, am 17.05.
 Frau Dr. med. Heidemarie *Ullrich*, Halle, am 19.05.
 Herrn Dr. med. Peter *Werth*, Bedburg, am 19.05.
 Herrn Dr. med. Rudolf *Kleemann*, Cottbus, am 21.05.
 Herrn Dr. med. Norbert *Mölter*, Dreieich, am 21.05.
 Frau Dr. med. Rosemarie *Dierschke*, Oppenheim, am 22.05.
 Herrn Dr. med. Siegfried *Altenmüller*, Mannheim, am 24.05.
 Frau Dr. med. Gisela *Brehmer*, Hamburg, am 24.05.
 Herrn Dr. med. Ulrich *Dieterle*, Konstanz, am 24.05.
 Herrn Prof. Dr. med. Jürgen *Mücke*, Leipzig, am 24.05.
 Herrn Dr. med. Jürgen *List*, Nürnberg, am 30.05.
 Herrn Dr. med. Georg *Alfers*, Wedel, am 31.05.
 Herrn Dr. med. Peter-Martin *Kühn*, Esslingen, am 31.05.

70. Geburtstag

Herrn Dr. med. Hans-Hubertus *Brenken*, Westerburg, am 05.05.
 Herrn Dr. med. Siegfried *Gräber*, Neustadt, am 10.05.
 Frau Dr. med. Karin *Schulz*, Leipzig, am 17.05.

Herrn Dr. med. Hans *Sieprath*, Bad Neuenahr-Ahrweiler, am 22.05.
 Frau Dr. med. Sigrid *Böhm-Schneider*, Seeheim-Jugenheim, am 24.05.
 Frau Dr. med. Ingeborg *Kretschmann*, Bremen, am 26.05.

75. Geburtstag

Herrn MR Dr. med. Udo *Lohnke*, Hoyerswerda, am 06.05.
 Herrn Prof. Dr. med. Hermann *Manzke*, Hohwacht, am 13.05.

80. Geburtstag

Frau Dr. med. Grete *Lüssem*, Düsseldorf, am 01.05.
 Herrn Dr. med. Hansjörg *Neumann*, Bonn, am 08.05.
 Herrn Dr. med. Karl-Heinz *Völkel*, Köln, am 12.05.
 Frau Dr. med. Ingrid *Guckeisen*, Losheim, am 17.05.
 Herrn Dr. med. Werner *Schmidt*, Regensburg, am 28.05.

81. Geburtstag

Frau Dr. med. Rita *Rozen-Simenauer*, Mannheim, am 08.05.
 Herrn Dr. med. Franz *Hack*, Andernach, am 12.05.

82. Geburtstag

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

83. Geburtstag

Herrn Dr. med. Siegfried *Spengler*, Wiesbaden, am 03.05.

84. Geburtstag

Frau Dr. med. Gisela *Royemann*, Hamm, am 13.05.
 Herrn Dr. med. Karl *Dahl*, Zweibrücken, am 14.05.
 Frau Dr. med. Rita *Spony*, Mettlach, am 19.05.
 Herrn Dr. med. Achmed *Kabir*, Berlin, am 25.05.

85. Geburtstag

Frau Dr. med. Ursula *Galandiuk*, Hannover, am 07.05.
 Herrn Dr. med. Wolfgang *Oelschläger*, Berlin, am 09.05.
 Frau Dr. med. Erika *Kramer*, Andernach, am 28.05.

86. Geburtstag

Frau Dr. med. Gertrud *Piel*, Memmingen, am 11.05.

Frau Dr. med. Ghamar *Redmann-Ghamkhar*, Berlin, am 19.05.
 Frau Dr. med. Gisela *Riehm*, Stuttgart, am 20.05.
 Frau Dr. med. Marianne *Waniek*, Ratingen, am 24.05.
 Herrn Dr. med. Klaus *Hedrich*, Fürth, am 30.05.
 Frau SR Dr. med. Ingeborg *Stephan*, Greiz, am 31.05.

87. Geburtstag

Frau Dr. med. Elisabeth *von Laer*, Bielefeld, am 11.05.
 Herrn Dr. med. Vlasta *Jindrich*, Bielefeld, am 12.05.
 Frau Dr. med. Hildegard *Bock*, Frankfurt, am 16.05.
 Frau Dr. med. Inghild *Westermann*, Porta Westfalica, am 18.05.
 Herrn Dr. med. Siegfried *Strambach*, Roth, am 21.05.
 Herrn Prof. Dr. Rudolf *Meinert*, Bielefeld, am 22.05.
 Frau Dr. med. Marianne *Groll*, Frankfurt, am 29.05.
 Herrn Dr. med. Günter *Birke*, Wolfsburg, am 30.05.

88. Geburtstag

Herrn Dr. med. Helmut *Ries*, Westerholz, am 04.05.
 Frau Dr. med. Marianne *Wehrheim*, Witzenhausen, am 05.05.
 Herrn Dr. med. Rolf-Joachim *Candler*, Wildeshausen, am 06.05.
 Frau Dr. med. Gisela *Kleeberg*, Neunkirchen, am 14.05.
 Herrn Prof. Dr. med. Erich *Zapp*, Saarlouis, am 26.05.
 Herrn Dr. med. Heinrich *Wiggermann sen.*, Dortmund, am 28.05.

94. Geburtstag

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

99. Geburtstag

Frau Dr. med. Martha *Strobel*, Karlsruhe, am 01.05.

Wir trauern um:

Herrn Dr. med. Paul H. *Bescher*, Bensheim
 Frau Dr. med. Gerda-Maria *Holzapfel*, Bad Hersfeld
 Frau Dr. med. Christa *Jansen*, Viersen
 Frau Dr. med. Rosemarie *Zimmeck*, Hannover
 Herrn Med. Dir. Klaus *von Zimmermann*, Heidelberg

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

Frau Dr. med. Grit *Heinicke*
 Herr Dr. med. Dan Peter *Dietrich*
 Herr Dr. med. Jörg *Hofmeister*
 Herr Dr. med. Patrick *Müller*
 Herr Dr. med. Stefan *Sauer*
 Herr Dr. med. Markus *Schneider*
 Frau Julia *Reutlinger*
 Frau Salome *Dabbert*
 Frau Dr. med. Petra-Heike *Heinicke*
 Frau Dr. med. Manja *Company*
 Frau Kristina *Blech*
 Herr Dr. med. Michael *Weeber*
 Herr Cuma *Özmen*

Landesverband Bayern

Herrn Torsten *Kaussen*
 Herr Konrad Alois *Wimmer*
 Herr Dr. med. Rudolf *Michel*
 Frau Dr. med. Gabriele *Hopf*
 Frau Dr. med. Eva-Maria *Schönfelder*
 Frau Verena *Jansen*
 Herr Dr. med. Tobias *Reploh*
 Herr Dr. med. Patrick *von Schoenaich*
 Frau Iana *Hadjimineva*
 Herr Dominik *Schmidt*
 Frau Dr. med. Dunja *Scholz-Kühn*
 Herr Dr. med. Univ. Daniel *Basic*
 Frau Dr. med. Bernadette *Donath*
 Frau Dr. med. Andrea *Seiler*
 Herr Andreas *Wiesheim*
 Herr Priv.-Doz. Dr. med.
 Michael *Hauser*
 Frau Dr. med. Sonja *Habash*
 Herr Raphael *Jenewein*

Landesverband Berlin

Herrn Daniel BâLint *Sowa*
 Frau Jasemin *Becker*

Herrn Christina *Fischborn*
 Frau Dr. med. Katja *Müller*
 Herrn Peter *Müller*
 Frau Ariane *Mohmand*
 Frau Dr. med. Annkatrin *Retzlaff*
 Herrn Ewald *Meidinger*

Landesverband Brandenburg

Frau Katrin *Klamert*

Landesverband Bremen

Herrn Linus *Grabenhenrich*

Landesverband Hessen

Frau Dr. med. Christina *Bez*
 Frau Bianka *Grofer*

Landesverband**Mecklenburg-Vorpommern**

Frau Ute *Herrmann*

Landesverband Niedersachsen

Frau Dr. med. Doreen *Ferichs*
 Herrn Jonas *Kreth*
 Herrn Georg *Schenkluhn*
 Herrn Oliver *Weidler*
 Herrn Dr. med. Jens *Müller*
 Frau Dr. med. Clarissa *Hinz*

Landesverband Nordrhein

Frau Dr. med. Ursula *Paas*
 Frau Stefanie *Banning*
 Frau Dr. med. Sonja *Stahl*
 Herr Dr. med. Nils *de la Motte*
 Herrn Frank *Brenner*
 Herrn Taner *Uguz*
 Herrn Dr. med. Dipl. Psych. Dirk *Alfer*
 Frau Dr. med. Elke Kristina *Kämmerer*
 Frau Karin *Reinauer*
 Frau Dr. med. Kirsten *Nill*
 Herrn Dr. med. Tobias *Versin*
 Herrn Dr. med. Guido *Goj*
 Herrn Thomas *Herber*

Landesverband Rheinland-Pfalz

Herrn MS. Dr. h.c. Honorary
 Dean Gregor *Hommer*
 Herr Dr. med. Moritz *Vogel*
 Herr Dr. med. Peter *Berlin*
 Frau Dr. med. Tünde *Kertész*
 Frau Dr. med. Andrea *Hoffecker*
 Herrn Matthias *Haas*
 Frau Dr. med. Maria *Giessel*

Landesverband Saarland

Herrn Dr. med. ped. (R) Ovidiu *Apostol* –
 Roman
 Herrn Eckhard *Rudolph*

Landesverband Sachsen

Frau Friederike *Schlemmer*
 Frau Dr. med. Katerina *Taraben*

Landesverband Sachsen-Anhalt

Frau Kathrin *Buder*
 Frau Heike *Maroldt*

Landesverband Thüringen

Frau Katja *Hunger*
 Herr Dr. med. Bernd *Graf*
 Herr Dr. med. Christian *Brändel*

Landesverband Westfalen-Lippe

Herrn Götz *Büttner*
 Frau Dr. med. Elisabeth *Mußwessels*
 Frau Frauke *Steen*
 Frau Sigrid *Pünt*
 Frau Inna *Müller*
 Frau Anke *Lintschnig*
 Herr Dr. med. Christian *Breuer*
 Herr Dr. med. Dirk *Holzinger*
 Frau Ulrike *Foertsch*
 Herrn Guido *Bürk*
 Frau Dr. med. Friederike *Rübenstrunk*
 Frau Dr. med. Ayten *Imren-Özden*

Nur Ihr Urteil bringt uns weiter!

**Wir wollen mehr
 Informationsqualität
 für Sie.**

Helfen Sie mit, damit
 Ihnen weiterhin eine gute
 Fachpresse und ein opti-
 males Informationsange-
 bot zur Verfügung stehen.

In diesen Monaten befragt
 die Arbeitsgemeinschaft
 LA-MED Kommunikations-
 forschung im Gesundheits-
 wesen e.V. Sie und Ihre

Kollegen zum Leseverhal-
 ten und zu Ihren Präferen-
 zen in der Fachpresse.

**KINDER-UND
 JUGENDARZT**

+

LA-MED

● Tagungen

25.–27. April 2008

Görlitz

18. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Pulmologie und Allergologie (APPA)

Info: CCJ.Rostock@t-online.de

7. Mai 2008

Hannover

6. Veranstaltung der Therapiestation für drogenabhängige Kinder und Jugendliche Teen Spirit Island

des Kinderkrankenhauses auf der Bult

Info: auding@hka.de

8.–9. Mai 2008

Regensburg

18. GKinD-Fachtagung Für Versorgung sorgen oder Versorgungssorgen

Info: www.gkind.de

16.–18. Mai 2008

Greifswald

57. Jahrestagung der Norddeutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (NDGKJ)

Info: angelika.staude@mcon-mannheim.de

Juni 2008

Villingen/Blaubeuren

Pädiatrische Ultraschalldiagnostik

Info und Anmeldung: www.sonokolleg.de

5.–7. Juni 2008

Erlangen

16. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI)

Info: angelika.staude@mcon-mannheim.de

6.–7. Juni 2008

Mainz

27. Jahrestagung der Sektion Kindertraumatologie in der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie

Info: www.conventus.de/skt2008

5.–6. Juli 2008

Bremen

46. Kinderverhaltenstherapietage

Info: todisco@uni-bremen.de

10.–13. September 2008

Erfurt

3. Gemeinsamer Deutscher Allergiekongress

Info: mail@sersys.de

11.–14. September 2008

München

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

Info:

www.kinderaerztekongress-muenchen-2008.de

11.–12. Oktober 2008

Bremen

47. Kinderverhaltenstherapietage

Info: todisco@uni-bremen.de

15.–17. Mai 2009

Karlsruhe

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

Info: Digel.F@t-online.de

Kursankündigung „Manuelle Therapie“

Kursreihe zur Erlangung der Zusatzbezeichnung „Manuelle Therapie“ unter besonderer Berücksichtigung der Aspekte der Kinderheilkunde (exklusiv für Kinderärzte). Kursort und Ausrichter der Kurse ist die Akademie für ärztliche Fortbildung der Landesärztekammer in Düsseldorf. Die Kursreihe startet am 07.11.2008. Die gesamten Kursdaten sowie weitere Informationen erhalten Sie im Internet unter www.verumchiro.de oder direkt über die Akademie. Das gesamte Kursprogramm ist von der Ärztekammer Nordrhein mit insgesamt 320 Punkten zertifiziert.

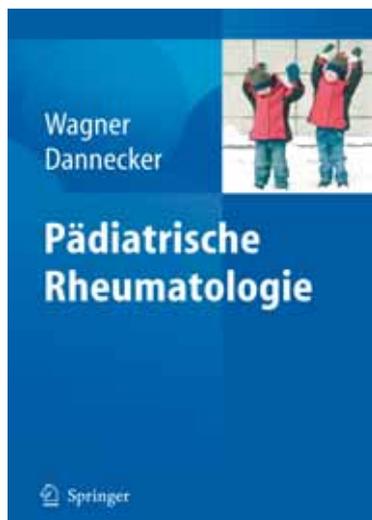
Anmeldung telefonisch bei Fr. Schmitz unter 0211-43 02 13 02. Die Anzahl der Kursteilnehmer ist begrenzt, die Reihenfolge der Anmeldung entscheidet über die Teilnahme.

Buchtipps

Prof. Dr. N. Wagner, Aachen
und Prof. G. Dannecker, Stuttgart

Pädiatrische Rheumatologie

Springer Medizin Verlag Heidelberg, 2007, 594 Seiten, 335 Abbildungen und 131 Tabellen, € 179,95, ISBN 978-3-540-32814-8



„Die Praxis der Evidenz-basierenden Medizin bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung“ – mit diesem Zitat von Sackett 1996 beginnen die Autoren ihr Werk und es gibt keine prägnantere Zusammenfassung dessen, was sie mit diesem Lehrbuch versucht und erfolgreich bewältigt haben. Dem renommierten Autorenteam ist es unter der Führung von Prof. Wagner und Prof. Dannecker gelungen, ein Buch mit Praxisrelevanz und wissenschaftlichem Anspruch zugleich vorzulegen, das zu Recht von sich behauptet, den State-of-the-Art der Kinder- und Jugendrheumatologie abzubilden. Es spiegelt den Wandel der Kinderrheumatologie von einer stark von individueller klinischer Erfahrung geprägten Disziplin zu einer empirisch begründeten und klinisch sehr erfolgreich arbeitenden Subspezialität. Es ist gerade diese Synthese zwischen gesammeltem Erfahrungswissen und den aus Grundlagen- und Therapiestudien gewonnenen Erkenntnissen, die das Buch auszeichnet. Dabei zeigt es sich trotz

des großen Autorenteam erfolgreich homogen, die Aussagen sind klar und sofern möglich durch umfangreiche Literaturangaben belegt, zahlreiche Tabellen und Checklisten werden ergänzend zum gut lesbaren Text eingesetzt, das Bildmaterial ist hervorragend. Farblich abgesetzte Zusammenfassungen der (praktisch) wichtigsten Inhalte in Form einprägsamer „take-home-messages“ tragen ihren Teil zur hohen Praxisrelevanz bei. Es ist den Autoren zu danken, dass sie diese klare Aussagen nicht scheuen und detaillierte Handlungs- und Therapieempfehlungen unter Angabe des zugrundeliegenden Evidenzniveaus geben.

Rheumatische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen unterscheiden sich grundlegend von denen Erwachsener, die Differentialdiagnose ist breit und erfordert umfassende Kenntnisse der Krankheitsbilder und ihrer alters- und verlaufstypischen Ausprägungen. Auch bei Kindern haben sich in den letzten Jahren auf der Basis eines verbesserten pathogenetischen Verständnisses die Behandlungsmöglichkeiten rheumatischer Erkrankungen dramatisch verbessert. Entsprechend beginnt das Buch nach einem historischen Rückblick mit einer gut verständlichen Darstellung der immunologischen Grundlagen und der aktuell vermuteten Pathogenese rheumatischer Erkrankungen. Es folgt ein Überblick über die verfügbaren Untersuchungstechniken, denen eine große Bedeutung bei der Diagnosestellung, dem Aktivitätsmonitoring und der Beurteilung von Therapieergebnissen zukommt. Das 4. Kapitel widmet sich der Pharmakotherapie. Systematisch und umfassend werden die verwendeten Medikamente bezüglich Wirkmechanismus, Wirksamkeitsstudien und unerwünschten Wirkungen dargestellt. Am Ende jedes Abschnittes finden sich dezidierte Anweisungen zum praktischen Vorgehen incl. Dosierung, Verhalten bei Nebenwirkungen und

notwendigen Kontrolluntersuchungen. Es folgt nach Subtypen getrennt und durch zahlreiche Abbildungen illustriert im 5. Kapitel die ausführliche Darstellung der juvenilen idiopathischen Arthritiden. Die Zusammenfassungen am Ende jeden Abschnittes spiegeln den aktuellen Konsens der Kinderrheumatologen, um den in der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie fruchtbar gerungen wird. Es folgen Kapitel zu den reaktiven und parainfektösen Arthritiden, den Kollagenosen (hervorzuheben die hervorragenden Tabellen zur Labor- und Organdiagnostik beim SLE) und den Vaskulitiden. Unser Verständnis der periodischen Fiebersyndrome hat sich in den letzten Jahren dramatisch verbessert, neue diagnostische und therapeutische Möglichkeiten (Antizytokine) haben zu einer verbesserten Versorgung betroffener Kinder beigetragen. Entsprechend ist den periodischen Fiebersyndromen wie auch den Schmerzverstärkungssyndromen ein eigenes Kapitel gewidmet. Differentialdiagnostisch wichtig auch das umfangreiche Kapitel zu nichtrheumatischen Ursachen von Beschwerden am Bewegungsapparat. Stichwortartig knapp, aber für mich als Ärztin sehr informativ das Kapitel über Physiotherapie und Orthesenversorgung am Ende des Buches, das mit einem Kapitel über Krankheitsbewältigung schließt.

Das Buch von Prof. Wagner und Prof. Dannecker füllt im deutschsprachigen Raum eine Lücke und kann nicht nur dem Spezialisten, sondern auch dem angehenden bzw. praktizierenden Pädiater uneingeschränkt empfohlen werden. Ich wünsche ihm eine weite Verbreitung. Ein baldiges Update wird sich nicht verhindern lassen, da in einer sich so stürmisch entwickelnden Disziplin bei Drucklegung bereits wieder neue Therapeutika entwickelt und teils sogar zugelassen sind, die noch keine Berücksichtigung finden konnten.

Regina Gaissmaier, Ulm

Red: ge

Praxistafel

Kinder- und Jugendärztin zur Mitarbeit im Jobsharingverfahren (2–3 halbe Tage) in mittelgroßer Kinderarztpraxis Raum HD, MA, Südhessen gesucht. Ein freundliches Team und ein breites Leistungsspektrum sind vorhanden.

Zuschriften unter Chiffre 390 KJA 4/08 an den Verlag erbeten.

Kinder- und Jugendarztpraxis in Stolzenau an der Weser aus Altersgründen ab 01.07.2008 abzugeben.

Tel. (0 57 61) 30 44, Fax (0 57 61) 90 78 56

Kinderarztpraxis Großraum Stgt.

Top Praxis mit hervorragendem Bestand, großes Einzugsgebiet, überdurchschnittlicher Umsatz.

Zuschriften unter Chiffre 1735 KJA 4/08 an den Verlag erbeten.

Große **Kinder- und Jugendarztpraxis** in NRW sucht **Partner/in**. Flexible Arbeitsaufteilung bietet Möglichkeit, Familie und Beruf zu vereinbaren.

Zuschriften unter Chiffre 1736 KJA 4/08 an den Verlag erbeten.

Große **Gemeinschaftsverhältnis** in Nordostoberfranken sucht **Praxisassistentin/ten** für ca. 20 h/Woche.

Zuschriften unter Chiffre 1731 KJA 4/08 an den Verlag erbeten.

Kinder- und Jugendarztpraxis in einer Kleinstadt in der Oberpfalz aus Altersgründen ab 2009 zu übergeben. Ein- arbeitszeit auf Wunsch möglich.

Zuschriften unter Chiffre 1732 KJA 4/08 an den Verlag erbeten.

Suche **Kinderärztin/Kinderarzt als Nachfolger** in lang- jährig etablierter Gemeinschaftspraxis im Raum Zwickau. Teilzeit möglich. Geplanter Abgabezeitpunkt 01.04.2009.

Zuschriften unter Chiffre 1733 KJA 4/08 an den Verlag erbeten.

Jobsharing-Partner oder **Weiterbildungsassistent** für Kinder- und Jugendarztpraxis in Wuppertal gesucht.

Zuschriften unter Chiffre 1344 KJA 4/08 an den Verlag erbeten.

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



Noch in diesem Jahr die Homöopathie-Ausbildung beginnen!

Homöopathie Ausbildung für Ärzte im Ringhof in Freuden- stadt, September 2008

Zusatzbezeichnung nach den Vorgaben der Ärztekammern und Homöopathie-Diplom des Deutschen Zentralvereins homöopa- thischer Ärzte (DZVhA)

Ausbildungskurse A bis F; G-Kurs für Fortgeschrittene: 17. bis 21. September 2008

G-Kurs (Dr. Anton Rohrer et.al.) Thema: Homöopathie von der Geburt bis ins hohe Alter. Als Sonderseminar auch tage- weise buchbar!

Homöopathie in der Schwangerschaft und während der Geburt, Homöopathie im ersten Lebensjahr, Homöopathie in der biologi- schen Krise: Pubertät und Klimakterium. Homöopathie für den alten Menschen.

Spezialseminar (Dr. Sigrid Kruse) 20.9.08 halbtags: Homöo- pathie in der Kinderklinik: Erfahrungen am v. Hauner'schen Kin- derspital

Repertorisationskurse für Anfänger und Fortgeschrittene am 16. und 21.2.

Repertorisation von Kopf- und Gelenkschmerzen für Fortge- schrittene (Dr. A. Sparenborg-Nolte)

Kursleitung: Dr. Anne Sparenborg-Nolte und Dr. Stephan Hein- rich Nolte, Marburg

Der Frühjahreskurs 2009 findet in der Zeit vom 25. bis 29. Februar 2009 statt

Anmeldung:

Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren und Regulationsmedizin e.V.

Am Promenadenplatz 1 · 72250 Freudenstadt

Tel 07441-91858-0

Fax 07441-91858-22

e-mail: info@zaen.org

Kinderarztpraxis Stuttgart

Gut frequentierte Praxis in Stgt. kurzfristig abzugeben, evtl. mit 2. Sitz.

Zuschriften unter Chiffre 1734 KJA 4/08 an den Verlag erbeten.

Krankheitshalber Vertretung für große **pädiatrische Gemeinschaftspraxis mit Belegbetten in Eckern- förde** ab sofort gesucht. Attraktive längerfristige Per- spektive für spätere Beteiligung/ Übernahme. Praxisan- teil ist gegeben.

Zuschriften unter Chiffre 1737 KJA 4/08 an den Verlag erbeten.

Verleihung des Preises Jugendmedizin an das „Kinder-Jugend-Kunsthhaus Güstrow“

Im Rahmen seines 14. Kongresses für Jugendmedizin in Weimar hat der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. den Preis Jugendmedizin des Jahres 2008 an das „Kinder-Jugend-Kunsthhaus Güstrow e. V.“ verliehen. Der in Kooperation mit der Firma Johnson und Johnson GmbH gestiftete Preis wird jährlich für besondere Projekte in der Jugendarbeit verliehen.

Der Verein „Kinder-Jugend-Kunsthhaus e. V.“ wurde im April 1994 von Kunstpädagogen, bildenden Künstlern und in der Kultur engagierten Bürgern gegründet. Ziel des Vereins ist es, Kindern und Jugendlichen aller Altersstufen die vielseitigen Möglichkeiten künstlerischer Tätigkeit nahe zu bringen, die Entwicklung ihrer Persönlichkeit zu unterstützen und sie für Kunst und Kultur zu begeistern. Das Kunsthhaus ist ein großes Atelier, eine große Werkstatt für Kinder und Jugendliche. Unter Anleitung von fachlich kompetenten Mitarbeiterinnen wird in den Bereichen kreative Frühförderung, Malen und Zeichnen, Druck-, Textil-, Keramik- und Holzwerkstatt, Theater und werkkünstlerisches Gestalten gearbeitet. Die Teilnehmer ma-



Übergabe des Preises „Jugendmedizin“ durch Dr. Hartmann und Frau Karin Stache an Frau Jutta Immelmann, Güstrow

chen auf spielerische Weise ihre eigenen werklliche Fertigkeiten und eigene Ausdrucksformen erlernen und erlernen hand-

ge

Ausschreibung „Preis Jugendmedizin“

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. vergibt in Zusammenarbeit mit der Firma Johnson & Johnson für hervorragende Leistungen auf dem Gebiet der Betreuung von Jugendlichen den „Preis Jugendmedizin“ für das Jahr 2009. Er ist mit 3.000,00 € dotiert und wird an Gruppen, Institutionen und Persönlichkeiten verliehen.

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

Vorschläge für diesen Preis sind **bis zum 15.11.2008** zu richten an den:

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

Fortbildungstermine des BVKJ

April 2008

25.–27. April 2008

5. Assistentenkongress

des bvkj e.V., Potsdam

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

Mai / Juni 2008

31.5.–1.6. 2008

Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., Landesverband Thüringen, Erfurt

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

7. Juni 2008

Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland, Worms

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

20.–22. Juni 2008

Kinder- und Jugendärztetag 2008

38. Jahrestagung des bvkj e.V., Berlin

Neue Herausforderungen in der Kinder- und Jugendmedizin

Bindungs- und Interaktionsstörungen

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

21.–22. Juni 2008

PRAXISfieber live

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

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

Juli 2008

12.–13. Juli 2008

Pädiatrie zum Anfassen

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

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

August 2008

30. August 2008

Jahrestagung des LV Sachsen

des bvkj e.V., Dresden

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

September 2008

6.–7. September 2008

12. Pädiatrie zum Anfassen

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

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

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

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

13.–14. September 2008

Praxisabgabe-Seminar

des BVKJ e.V. in Friedewald

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

20. September 2008

Jahrestagung des LV Brandenburg

des bvkj e.V., Zeuthen

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

27.–28. September 2008

11. Seminartagung Hessen

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

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

Oktober 2008

12.–17. Oktober 2008

36. Herbst-Seminar-Kongress

des bvkj e.V., Bad Orb

Sehen – Hören – Fühlen

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

November 2008

14.–15. November 2008

Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V. in Berlin

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

15.–16. November 2008

Praxiseinführungs-Seminar

des BVKJ e.V. in Friedewald

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

22.–23. November 2008

6. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Bayern, Bamberg

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

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

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

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

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

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

So viel wie nötig, so wenig wie möglich

Medikinet® retard seit dem 1. April als 5 mg Kapsel im Handel

Seit dem 01. April 2008 steht mit der 5 mg Kapsel von Medikinet® retard eine neue Option für die Therapie der ADHS bei Kindern und Jugendlichen zur Verfügung. Die MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH schließt damit eine Lücke in der medikamentösen Therapie und erleichtert die optimale Feineinstellung der Dosierung. Zusätzlich ist mit der 5 mg Tablette ein Direkteinstieg in die retardierte Methylphenidattherapie ohne vorherige Titrierung mit kurzwirksamen Präparaten möglich.

Etwa vier bis sechs Prozent aller Kinder und Jugendlichen zwischen sechs und 18 Jahren sind in Deutschland vom Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) betroffen. Eine besondere Bedeutung bei der Entwicklung einer geeigneten Therapiestrategie kommt der Feineinstellung der entsprechenden Medikation zu. Eine medikamentöse Therapie mit Methylphenidat (MPH) sollte immer individuell auf die tagesaktuellen Bedürfnisse des Kindes angepasst werden. Mit

der neuen Dosisstärke Medikinet® retard 5 mg ist nun die optimierte Feineinstellung der Dosierung möglich, da jetzt auch Zwischenschritte mit 5 mg möglich sind. Dies ermöglicht es dem Arzt, seinem Patienten so viel Wirkstoff wie nötig aber auch so wenig wie möglich zu verordnen.

Mit Hilfe der 5 mg Kapsel ist zudem ein direkter Einstieg in die retardierte MPH-Therapie möglich - als Alternative zur bisher meist praktizierten Auftitrierung mit einer kurz wirksamen Darreichungsform.

Nach der Einstellungsphase kann anschließend die Tagesdosis in wöchentlichen Abständen um 5 oder 10 mg erhöht werden, wobei eine maximale Tagesdosis von 60 mg nicht überschritten werden sollte.

Mit Medikinet® retard 5 mg schließt MEDICE als erstes Pharmaunternehmen eine Lücke in der medikamentösen Therapie der ADHS mit retardiertem Methylphenidat.

Nach Informationen von MW Office GmbH, Ismaning

Neue Studie beweist:

Zwei-Komponenten-Dimeticongemisch lässt Kopfläuse sicher und effektiv ersticken

Aktuelle Untersuchungen an Läusen von Dr. Ira Richling und PD Dr. Wolfgang Böckeler (Universität Kiel) entschlüsselten jetzt den Wirkmechanismus der speziellen Zwei-Komponenten-Dimeticonrezeptur NYDA® L: Aufgrund der besonderen Kriech- und Spreitfähigkeit dringt die Dimeticonlösung über die Atemöffnungen tief bis in die feinsten Verästelungen des Tracheensystems der Parasiten ein. Die Folge: Der Sauerstoff wird verdrängt und die Läuse so effektiv und irreversibel erstickt. Innerhalb einer Minute sind die Läuse bereits bewegungslos und zeigen keine wesentlichen Lebenszeichen mehr. Diese ein-drucksvollen Forschungsergebnisse haben die Wissenschaftler in einem Film dokumentiert, den sie auf der Pressekonferenz „Wirkmechanismus entschlüsselt: Dem Dimeticon in der Laus auf der Spur“ in Hamburg präsentierten.

Kopfläuse (*Pediculus humanus capitis*) sind auf dem Vormarsch: Steigende Verkaufszahlen der Läusemittel (Pedikulozide) deuten nach Meinung von Experten darauf hin, dass die Inzidenz des Kopflausbefalls in den letzten Jahren zugenommen hat [1]. Kopflausbefall ist nach den Erkältungskrankheiten die häufigste Infektionskrankheit im Kindesalter. Unabhängig vom sozialen Status sind vorwiegend Kinder im Alter zwischen 3 und 11 Jahren und darunter am häufigsten Mädchen betroffen. Es wird geschätzt, dass ein Drittel aller Kinder mindestens einmal bis zum 18. Lebensjahr Kopfläuse hat. Allein in Deutschland wurden im Jahr 2005 rund 25 Millionen EURO für entsprechende Therapeutika ausgegeben [2].

Die Behandlung der Pedikulose ist eine therapeutische Herausforderung. Denn traditionell angewendete Pedikulozide enthalten als Wirkstoff neurotoxisch wirksame Insektizide, wie z.B. Pyrethrum, Allethrin und Permethrin. Diese sind ihrem ursprünglichen Einsatzgebiet nach Schädlingsbekämpfungsmittel, die eine Übererregung des Nervensystems verursachen, welche schließlich zum Tod des Parasiten führt. Diese Läusemittel sind gesundheitlich nicht unbedenklich. Ihre Anwendung kann mit allergischen und toxischen Nebenwirkungen verbunden sein, wie z.B. Hautirritationen, Allergien, Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen und Atembeschwerden. Weiterhin ist bei der Anwendung zu bedenken, dass die Resorption über die Kopfhaut etwa viermal so hoch ist wie über andere Hautbereiche. Kratzexkoriationen erhöhen die Resorptionsrate zudem. Kinder reagieren besonders sensibel, da ihr Stoffwechsel und ihre Hautbarriere noch nicht voll entwickelt sind.

Aufgrund des massenhaften Einsatzes der Insektizide werden die Kopfläuse zudem weltweit zunehmend resistent. So reagierten in einer Studie in Dänemark 70 Prozent der getesteten Kopfläuse unempfindlich auf Permethrin [3]. In England beobachtete man in einigen Orten sogar noch höhere Resistenzraten [4]. Zur Resistenzsituation in Deutschland liegen noch keine Zahlen vor, doch könnten die steigenden Verkaufszahlen der Pedikulozide auch hierfür sprechen.

Experten fordern daher schon lange die Entwicklung zeitgemäßer giftfreier und effektiver Kopflausmittel!

Dimeticon: Die konsequente Alternative

Giftfreie Präparate ohne Resistenzrisiko sind zeitgemäße, physikalisch wirkende Kopflausmittel auf Basis von Dimeticon. Ihre Wirkweise blieb bisher trotz erster therapeutischer Erfolge unklar. Experimentelle Beweise zum Wirkprinzip wurden bisher nicht geliefert. Als hypothetische Todesursache wurde in einer Publikation eine, durch die Bildung eines wasserundurchlässigen Filmüberzugs der Läuse verursachte, Störung des Wasserhaushalts postuliert [5].

NYDA® L: Nachgewiesen giftfrei, sicher und effektiv bei Kopfläusen

Doch Dimeticon ist nicht Dimeticon... NYDA® L zeichnet sich im Vergleich zu anderen Dimeticonpräparaten durch besondere physikalische Eigenschaften aus: NYDA® L bekämpft den Kopflausbefall durch seine spezielle Rezeptur über das Wirkprinzip des Erstickens. Das Präparat enthält zwei unterschiedliche Dimeticone (Gesamtanteil 92%) – ein dünnflüssiges, auch bei Raumtemperatur leicht flüchtiges und ein viskoses, schwer flüchtiges Dimeticon. Aufgrund dieser speziellen Zwei-Komponenten-Dimeticonrezeptur ist NYDA® L nicht nur sicher, sondern auch effektiv: Das niedrig viskose Dimeticon verleiht dem Läusemittel eine sehr geringe Oberflächenspannung und damit besonders hohe Kriech- und Spreiteigenschaften, um tief über die Atemöffnungen in das Tracheensystem der Parasiten einzudringen und dort die Luft zu verdrängen. Dann verdampft das flüchtigere Dimeticon - NYDA® L verdickt und verschließt das Atemsystem. Die Läuse ersticken und sterben irreversibel. NYDA® L führt das Wirkprinzip des Erstickens konsequent zum Erfolg.

Der wissenschaftliche Durchbruch: Der Dimeticonlösung NYDA® L in der Laus auf der Spur

Diesen bisher theoretisch formulierten Wirkmechanismus von NYDA® L entschlüsselten erstmalig Dr. Ira

Richling und PD. Dr. Böckeler und dokumentierten ihn in einem faszinierenden Film. Als erste lieferten sie jetzt experimentelle Beweise zum Wirkprinzip von Dimeticon [6].

Unter dem Stereomikroskop beobachteten sie live, wie NYDA® L über die Atemöffnungen (Stigmen) der Kopfläuse in die Haupttracheen einfließt und von dort ausgehend das gesamte Tracheensystem bis in die feinsten Verästelungen ausfüllt und alle Sauerstoffvorräte im Parasiten verdrängt. Mit dem Erreichen der Dimeticonlösung der zum Kopf führenden Tracheen (innerhalb einer Minute) die das Zentralnervensystem mit Sauerstoff versorgen, verfallen die Läuse zeitlich parallel in Bewegungslosigkeit („no major vital signs“). Die finale Konsequenz: der irreversible Tod der Parasiten.

NYDA® L: Hohe Wirksamkeit in Studien belegt

In vitro-Untersuchungen an Kopfläusen [7] und Lauseiern [8] bescheinigen NYDA® L nicht nur eine hohe pedikulozide (lausabtötende), sondern auch eine hohe ovizide (eiabtötende) Wirkung. Denn auch die Eier der Laus weisen Atemöffnungen auf, die so genannten Aeropylen, so dass auch diese effektiv erstickt werden.

Die Ergebnisse einer kontrollierten, randomisierten Untersucher-blinden (observer-blinded) klinischen Studie [9] bestätigen diese *in vitro*-Ergebnisse. Mit einer Heilungsrate von 97,2% – im Vergleich zu 67,6% unter 1% Permethrin (in einer wässrigen Lösung) – belegt die Studie eindrucksvoll, dass NYDA® L auch bei hochgradiger parasitärer Beladung zuverlässig wirksam ist.

Fazit: NYDA® L ist ein sicheres, sehr gut verträgliches und hochwirksames Pedikulozid ohne Resistenzrisiko.

- [1] Richter J. et al. (2005): Kopfläuse - Umgang mit einer wieder aufliebenden Parasitose. Deutsches Ärzteblatt 102 (36), A2395-A2398.
- [2] Feldmeier H. (2006): Kopflausbefall - die wichtigste Parasitose des Kindesalters. Der Hygieneinspektor, 6, 18-27.
- [3] Kristensen M. et al. (2006): Survey of permethrin and malathion resistance in human head lice populations in denmark. J. Med. Entomol. 43 (3), 533-538.
- [4] Hill N. et al. (2005): Single blind, randomised, comparative study of the Bug Buster kit and over the counter pediculicide treatments against head lice in the United Kingdom. BMJ 331, 384-387, doi: 10.1136/bmj.38537.468623.E0.
- [5] Burgess I. F. et al. (2005): Treatment of head louse infestation with 4% dimeticone lotion: randomised controlled equivalence trial. BMJ 330: 1423-1427.
- [6] Richling I. und Böckeler W. (2007): Physical effects on the tracheal system of lice (Anoplura, Phthiraptera: Pediculus humanus) after treatment with the special dimeticone formula NYDA(r). Posterabstract, 41. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Tropenmedizin und Parasitologie (ÖGTP) in Wien am 22.-24. November.
- [7] Oliveira F.A.S. et al. (2007): High *in vitro* efficacy of NYDA(r) L, a pediculicide containing dimeticone. J. Europ. Acad. Dermatol. Venereol., DOI: 10.1111/j.1468-3083.2007.02258.x.
- [8] Abschlussbericht zur Untersuchung der oviziden Wirkung von NYDA(r) L *in vitro* (2007, data on file).
- [9] Heukelbach J. et al. (2007): High efficacy of a pediculicide based on dimeticone in a population with a high intensity of infestation: a randomized controlled trial. Trop. Med. Int. Health, 12 suppl. 1, 178-179.

Kontakt:

Stefan Titzrath – Leiter Unternehmenskommunikation
G. Pohl-Boskamp GmbH & Co. KG
Kieler Str. 11, 25551 Hohenlockstedt
Tel: +49482659-483
E-Mail: s.titzrath@pohl-boskamp.de

1 A Pharma GmbH gewinnt in europaweiter Ausschreibung einen neuen Rabattpartner – die BAHN-BKK

Erstmals wurden auf Basis einer europaweiten Ausschreibung von einer gesetzlichen Krankenkasse Rabattverträge geschlossen. Die 1 A Pharma GmbH hat an dieser europaweiten Ausschreibung der BAHN-BKK teilgenommen und erfolgreich einen Rabattvertrag zum 1. Februar 2008 abgeschlossen.

Der Vertrag umfasst 114 Wirkstoffe und Wirkstoffkombinationen und damit 893 Packungen der 1 A Pharma-Arzneimittel. Darunter befinden sich z.B. Amlodipin, Fentanyl, Fluoxetin, Omeprazol und Torsemid. Für die 650.000 Versicherten der BAHN-BKK ist damit eine qualitativ hochwertige aber dennoch

preisgünstige Arzneimittelversorgung sichergestellt. Zudem profitieren die Versicherten von der Zuzahlungsbefreiung für eine Vielzahl der Vertrags-Arzneimittel.

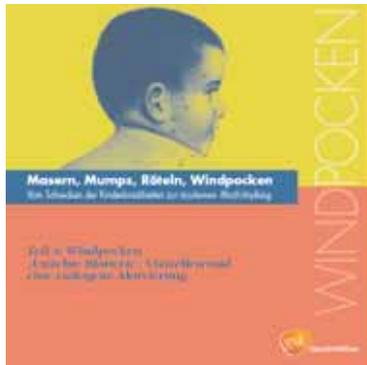
Nach Informationen von 1 A Pharma GmbH, Oberhaching

Historische Fortbildungsbroschüre und Praxis-Poster „Varizellen“

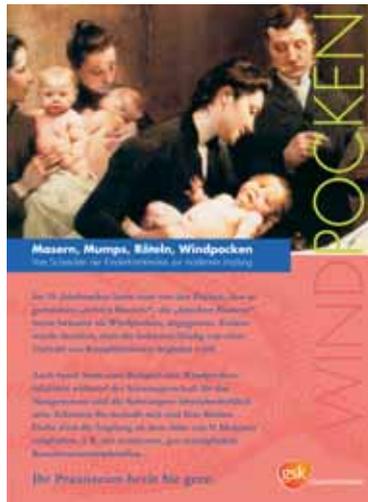
Vom Schrecken der Kinderkrankheiten zur modernen Vierfach-Impfung

Im 19. Jahrhundert grenzte man von den so genannten „ächten Blättern“, den Pocken, die „falschen Blättern“, die Windpocken ab. Zudem wurde deutlich, dass die Infektion mit dem Varizella-Zoster-Virus häufig von einer Vielzahl von Komplikationen begleitet wird. So kann beispielsweise eine Windpocken-Infektion während der Schwangerschaft für das Neugeborene lebensbedrohlich sein.

Unter dem Motto „Zeitreise“ bietet GlaxoSmithKline eine vierteilige Fortbildungsreihe, die die Krankheitsbilder Masern, Mumps, Röteln und Windpocken aus der historischen Perspektive beleuchtet. Der nun erschienene letzte Teil der Serie umfasst eine von der Landesärztekammer Hessen CME-zertifizierte Fortbildungsbroschüre zum Thema „Windpocken“ sowie ein zweiseitig bedrucktes, historisches Praxis-Poster. Beides kann kostenlos beim MED INFO & SERVICE CENTER



Zertifizierte historische Fortbildungsbroschüre „Windpocken“



Praxisposter „Windpocken“

von GSK angefordert werden, gebührenfrei unter Tel: 0800 - 1 22 33 55 (Mo. bis Fr., 8 bis 20 Uhr), per Fax: 0800 - 1 22 33 66 oder per email: service.info@gsk.com.

Alle Fortbildungsbroschüren der Serie „Zeitreise“ sind mit CME-Punkten zertifiziert. Die Broschüren können Sie auch auf www.impfakademie.de ansehen, downloaden oder am besten gleich dort die Fra-



gen beantworten und Ihre CME-Punkte online sichern. Die bislang erschienenen Fortbildungsbroschüren und Praxis-Poster Masern, Mumps und Röteln können, soweit verfügbar, noch angefordert werden.

Nach Informationen von GlaxoSmithKline GmbH, München

Fortbildung für reisemedizinisch interessierte Ärzte

Zertifizierung für das Forum Reisen und Medizin über die Impfakademie von GlaxoSmithKline

Die Impfakademie von GlaxoSmithKline ermöglicht reisemedizinisch interessierten Ärzten online die Qualifikation für das Forum Reisen und Medizin. Einfach und unkompliziert können zwei zertifizierte Online-Fortbildungsmodulare auf www.impfakademie.de abgearbeitet werden, die als Nachweis für die Zertifizierung und Rezertifizierung vom Forum Reisen und Medizin akzeptiert werden. Autor der Module „Impfungen in der Reisemedizin“ und „Malaria-Prophylaxe“ ist Professor Dr. Thomas Löscher vom Tropen-Institut der Ludwig-Maximilians-Universität in München.

Das Forum Reisen und Medizin (FRM) ist eine Initiative reisemedizinisch fortgebildeter Ärzte. Sie umfasst mehr als 6.000 Ärzte bundesweit und gewährleistet die hohe Qualifikation seiner Mitglieder. Bisher war die Voraussetzung für die Qualifikation die Teilnahme an mindestens einer halbtägigen reise- oder tropenmedizinischen Fortbildung innerhalb der letzten 12 Monate. Jetzt ist die Zertifizierung und jährlich notwendige Rezertifizierung – neben der Teilnahme an Veranstaltungen – auch einfach und bequem vom Computer aus möglich: mit zwei reisemedizinischen Online-Fortbildungsmodulen auf www.impfakademie.de.

Die mit drei CME-Punkten zertifizierten reisemedizinischen Fortbildungsmodulare von Prof. Thomas Löscher „Impfungen in der Reisemedizin“ und „Malaria-Prophylaxe“ dienen als ausreichender Nachweis für die Qualifikation. Sie können einfach und bequem online abgearbeitet werden. Die Urkunden werden anschließend über das Punkte-Konto heruntergeladen und als pdf-Datei direkt per E-Mail an das Forum Reisen und Medizin geschickt. Auch der Aufnahmeantrag zum Forum Reisen und Medizin kann direkt online ausgefüllt werden.

Die Impfakademie ist nach ISO 9001:2000 vom TÜV Süd ISO-zertifiziert.

Neben den speziellen reisemedizinischen Themen bietet der „Impfkurs 54“ 18 Module zu allen Standardimpfungen für Kinder und Erwachsene. Durch führende Wissenschaftler im Bereich „Impfen“, die im Advisory Board der Impfakademie beratend tätig sind, gewährleistet die Impfakademie einen hohen fachlichen Standard und wissenschaftliche Unabhängigkeit. Punkten auch Sie mit www.impfakademie.de.

Nach Informationen von GlaxoSmithKline GmbH, München

The screenshot shows the website <http://www-dev.impfakademie.de> in Microsoft Internet Explorer. The page title is "Impfakademie von GlaxoSmithKline - Punkten Sie mit der Impfakademie!". The main content area is titled "Reisemedizinische Fortbildungsmodulare" and contains the following text:

Werden Sie Mitglied beim FRM!
Als Fortbildungsnachweis zur Aufnahme beim > FRM oder zur Rezertifizierung dienen die Zertifikate der beiden folgenden Module!

Sie haben die Voraussetzungen zur Aufnahme im FRM erreicht!
> **Hier** können Sie den Aufnahmeantrag zum FRM direkt online ausfüllen.

Als Fortbildungsnachweis (auch zur Rezertifizierung) dienen die Urkunden zu den beiden reisemedizinischen Fortbildungen („Impfungen in der Reisemedizin“ und „Malaria“), die Sie über Ihr Punktekonto herunterladen können. Bitte senden Sie die PDFs an folgende Adresse:
> info@frm-web.de

Below this text, there is a section for "Impfungen in der Reisemedizin" with a value of "3 Punkte" and "60 min.". The author is listed as "Autor: Prof. Dr. med. Thomas Löscher, Abteilung für Infektions- und Tropenmedizin Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU)". The content summary states: "Inhalt: Nicht alle Krankheiten treten in allen Regionen der Welt mit der gleichen Häufigkeit auf. Für Reisende kann daher in anderen Ländern ein..."

The sidebar on the right contains a navigation menu with items like "Home", "Fortbildungen", "Infektionskrankheiten", "Impfstoffe", "Kongresse", "Advisoryboard", "Medien Center", "Bibliothek", "Forschung", "Fests / Vorträge", "Informationsmaterial", "Publikationen", "Veranstaltungsberichte", "Quick Tools", "Seite drucken", "Seite verlinken", "Links", "Info", "Glossar", "Punktekonto", "Zuletzt besuchte Seiten", "Online-Fortbildungen für...", "Home", "Reisemedizinische Fort...", "Über die Impfakademie".

Screenshot Reisemedizinische Fortbildungsmodulare auf www.impfakademie.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

E-mail: bvkj.buero@uminfo.de

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

Tfx.: (02 21) 68 32 04

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

Tfx.: (02 21) 6 89 09 78

Tel.: (0 27 32) 76 29 00

Tfx.: (0 27 32) 8 66 85

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

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

Tel.: (0 30) 3 62 60 41

Tfx.: (0 30) 3 61 17 13

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

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Christen

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

Prof. Dr. med. Frank Riedel

Dr. med. Wolfgang Gempp

Regine Hauch

Tfx.: (05 11) 81 15-344

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

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

Tfx.: (0 75 31) 69 07 85

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Honorar Ausschuss

Dr. med. Roland Ulmer

Tfx.: (0 91 23) 97 70 45

PädInform: Ulmer_Lauf

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

(Betreff bitte BVKJ)

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

DISA / DISU

Beratungsstellen der Kinderumwelt gGmbH der DAKJ

Tel.: (0 30) 40005880

Tfx.: (0 30) 40005888

Tel.: (05 41) 97 78-900

Tfx.: (05 41) 97 78-905

Richtlinien für Autoren abzufordern unter:

Tel.: (02 01) 81 30-104

Tfx.: (02 01) 81 30-105

Elektronisches Archiv „Kinder- und Jugendarzt“:

PädInform/Archiv

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

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

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

Verantw. Redakteure für „Fortbildung“: Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Kinderkrankenhaus auf der Bult, Janusz-Korczak-Allee 12, 30173 Hannover, Tel. (0511) 8115-330, Fax (0511) 8115-344, E-Mail: Christen@HKA.de; Prof. Dr. Frank Riedel, Altonaer Kinderkrankenhaus, Bleickenallee 38, 22763 Hamburg, Tel. (040) 88908-201, Fax (040) 88908-204, E-Mail: friedel@uke.uni-hamburg.de. Für „Welche Diagnose wird gestellt?“: Prof. Dr. Peter H. Höger, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, 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 11.167

IVW-geprüfte Auflage II/2007

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen



LA-MED
geprüft 2006

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 (0201) 8130-105, E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de – **Druck:** Schmidt-Römhild, 23547 Lübeck – „KINDER- UND JUGENDARZT“ erscheint 12mal jährlich (am 15. jeden Monats) – **Redaktionsschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.**

Anzeigenpreisliste: Nr. 41 vom 1. Oktober 2007

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.

© 2008. 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.