

bvkJ.

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

Heft 10/08 · 39. (57.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Forum:

PädInform:
Ruf nach einer
Netiquette

Fortbildung:

**Differentialdiag-
nososen pustulöser
Hauterkrankungen
bei Kindern**

Berufsfragen:

**Die Zukunft hat
begonnen?**

Magazin:

**Eine unsittliche
Geschichte**



KINDER-UND JUGENDARZT

bvkj

Eine unsittliche Geschichte Seite 735



Inhalt 10 | 08

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

Forum

- 679 **Editorial**
Wolfram Hartmann
- 682 **Ist das E-Mail-Forum PädInform noch zu retten?**
Gottfried Huss
- 686 Vermischtes
- 687 **Mein Tag**
- 688 **Das Leser-Forum**
- 690 Vermischtes
- 691 Vermischtes
- 692 **Programm Grundkurs Sozialpädiatrie**
- 695 Vermischtes
- 696 Vermischtes
- 697 **Eine Frage an**

Fortbildung

- 699 **Differentialdiagnosen pustulöser Hauterkrankungen bei Kindern**
Antonia K. Kienast
- 707 **Hämaturie**
Lars Pape
- 713 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Anne Ostendorf, Peter H. Höger
- 716 **Consilium Infectiorum: Dürfen Asthmapatienten Tauchsport betreiben?**
P. Ahrens
- 718 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**
- 724 **Impfforum**
Ulrich Heininger

Berufsfragen

- 725 **Die Zukunft hat schon begonnen**
Hannelore Heuchert
- 727 **Aus der Sprechstunde**
Gerrit Tigges
- 728 **Jeder Fehler zählt**
Gottfried Huss
- 730 **BVKJ und BDI im Dialog mit Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt**
Stephan Eßer
- 732 **Wahlaufruf/Wahlergebnis**
- 733 **Vorläufiges Ende eines Mythos**

Magazin

- 735 **Eine unsittliche Geschichte**
Roland Stark
- 738 Fortbildungstermine des BVKJ
- 740 **Die Retterin der „blauen Kinder“**
Dimitrij Pick
- 742 Personalia
- 744 Tagungen
- 744 Praxistafel
- 745 **Die Welt der Kinder im Blick der Maler**
Peter Scharfe
- 746 **Buchtipp**
- 748 **Nachruf auf Dr. med. Dieter Klebe**
Wolfram Hartmann
- 749 **Nachrichten der Industrie**
- 756 Wichtige Telefonnummern

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen in voller Auflage Beilagen der Firma Stada GmbH, Bad Vilbel, der Oculus Optikgeräte GmbH, Wetzlar, ein Supplement der Firma Stiefel Laboratorium GmbH, Offenbach, und als Teilbeilage das Programmheft Pädiatrie zum Anfassen, Berlin, bei.

Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

Serie: Vom Symptom zur Diagnose

Differentialdiagnosen pustulöser Hauterkrankungen bei Kindern

Eine Pustel ist definiert als ein mit Eiter gefülltes, epidermales Bläschen, das entweder primär oder aus einer Vesikel entstehen kann. Eine follikuläre Pustel ist an den Ausführungsgang eines Haarfollikels bzw einer Talgdrüse oder einer Schweißdrüse gebunden (Beispiel: Bakterielle oder fungale Follikulitis), eine nicht-follikuläre Pustel ist dies nicht (Beispiel: Herpes simplex-Virusinfektion, Psoriasis). Der Pustelinhalt kann steril oder durch Mikroorganismen (Bakterien, Pilze, Viren oder Parasiten) infiziert sein.

Die Differentialdiagnosen pustulöser Erkrankungen sind in den einzelnen kindlichen Lebensaltersstufen sehr unterschiedlich.

1. Pustulöse Erkrankungen bei Neugeborenen (Tab. 1)

Erythema toxicum neonatorum

Das *Erythema toxicum* ist eine zwischen dem zweiten und dritten Lebenstag auftretende selbstlimitierende pustulöse Erkrankung, die bis zu 60% der Neugeborenen betrifft. Weibliche Neugeborene, Frühgeborene und Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 2500 g sind seltener betroffen. Wahrscheinlich handelt es sich ätiologisch um eine überschießende Reaktion des Immunsystems auf apathogene Keime, die beispielsweise durch Haarfollikel in die Haut eindringen (1). Prädisponierende Faktoren scheinen vaginale Entbindung, lange Geburtsdauer, Erstgeburt der Mutter und warme Jahreszeit bei Geburt zu sein (2). Gekennzeichnet ist das *Erythema toxicum neonatorum* durch erythematöse Maculae, Papeln, Vesikel und Pusteln, die Oberkörper- und Stamm-betont auftreten und nach ein bis vier Wochen spontan abklingen. Das Allgemeinbefinden ist unbeeinträchtigt. Im Unterschied zur transitorischen neonatalen Pustulose ist der palmoplantare Bereich ausgespart und die Hautveränderungen sind nicht bereits bei Geburt vorhanden.



Abb. 1: Transiente neonatale pustulöse Melanose

Diagnostik: Der Vesikelinhalt ist steril, es finden sich im Ausstrich zahlreiche eosinophile Granulozyten und in ca. 20% der Fälle besteht auch eine periphere Eosinophilie. Eine Hautbiopsie ist normalerweise nicht notwendig. Histologisch charakteristisch sind perivaskuläre Ansammlungen von eosinophilen und neutrophilen Granulozyten im Bereich der oberen Dermis und der Haarfollikel, die sich auf die Epidermis ausdehnen. Intraepidermal findet man subkorneale follikulär gebundene Pusteln.

Therapie: nicht erforderlich

Transiente neonatale pustulöse Melanose (Abb. 1)

Die *transitorische neonatale pustulöse Melanose* ist eine Hautveränderung unklarer Genese, die häufiger dunkelhäutige (4-5 %) als weißhäutige (0,2 %) Kinder betrifft (3). Sie manifestiert sich im Gegensatz zum *Erythema toxicum neonatorum* bereits bei Geburt und tritt in Form von Vesikeln und Pusteln in Erscheinung, die keinen roten Hof haben. Die Läsionen sind bevorzugt im Gesicht, an Hals und oberem Thorax, gluteal sowie palmoplantar lokalisiert. Sie verkrusten spontan innerhalb einiger Tage, können aber manchmal über Wochen noch bräunliche Schuppenbildung zeigen. Bei dunkelhäutigen Kindern persistieren oft hyperpigmentierte Maculae über Monate.

Diagnostik: Der sterile Bläscheninhalt zeigt eine ausgeprägte Neutrophilie.

Therapie: keine

Tab. 1: Neonatale pustulöse Erkrankungen

	Erythema toxicum neonatorum	Transitorische pustulöse Melanose	Neonatale zephale Pustulose
Manifestationsalter	2-3 Tage	kongenital	3-4 Wochen
Ursache	Immunreaktion auf apathogene Keime	unklar	Pityrosporum-Besiedlung + Androgene
Lokalisation	Oberkörper, Stammbetont	Gesicht, Hals, Thorax, gluteal, palmoplantar	Capillitium, Schultern, evtl. perioral



Dr. Antonia K. Kienast

Das *Erythema toxicum* ist eine, in der ersten Lebenswoche auftretende, selbstlimitierende pustulöse Erkrankung, die keiner Therapie bedarf



Abb. 2:
Neonatale
zephale
Pustulose

Neonatale zephale Pustulose (*Pityrosporum-Follikulitis, Acne neonatorum*) (Abb. 2)

Pityrosporum ovale (*Malassezia furfur*) ist eine lipophile Hefe, die in talgdrüsenreichen Arealen der Haut, insbesondere der Kopfhaut lebt und nur fakultativ pathogen ist. Die Erreger werden von Mutter oder Vater auf das Kind übertragen und die Besiedlung der kindlichen Haut nimmt in den ersten Lebenswochen rasch zu.

Nach etwa zwei bis drei Wochen – im Unterschied zur transitorischen pustulösen Melanose und dem Erythema toxicum neonatorum nicht bereits in den ersten Lebenstagen – bildet sich bei bis zu zwei Dritteln der mit *Pityrosporum ovale* besiedelten Neugeborenen eine akneiforme Follikulitis aus. Die unter dem postnatalen maternalen Androgeneinfluss stehenden hyperplastischen Talgdrüsen des Neugeborenen scheinen einen wichtigen Prädispositionsfaktor darzustellen (4).

Diagnostik: Im Pustelausstrich sind zahlreiche Pilzmyzelien und Mikrokonidien nachweisbar.

Therapie: Bei schweren Fällen empfiehlt sich die Anwendung von Terzolin-Shampoo (2–3x im Abstand von 3 Tagen) für Mutter und Kind, sowie Ciclopirox-Gel oder Econazol für sechs Tage über Nacht für betroffene Areale, dieses sollte morgens abgewaschen werden.

2. Pustulöse Erkrankungen mit Beginn im Säuglingsalter

Infantile Akropustulose

Die Ätiologie der infantilen Akropustulose ist unklar, gelegentlich geht ihr eine Scabies voraus (5). Die Manifestation liegt meist zwischen dem vierten und zwölften Lebensmonat, selten auch schon bei Geburt. Klinisch imponieren juckende erythematöse Papeln, Vesikel und Pusteln an den distalen Extremitäten, besonders palmo-plantar. Nach 3–7 Tagen heilen die Effloreszenzen unter Bildung von schuppenden hyperpigmentierten Maculae ab. Die Läsionen treten rezidivierend bis zum dritten Lebensjahr auf.

Diagnostik: Der Pustelinhalt ist steril, es finden sich überwiegend Neutrophile. Histologisch zeigen sich subkorneale und intraepidermale Pusteln. Die Diagnose kann meist klinisch gestellt werden.

Therapie: Bei starkem Juckreiz kann zunächst ein Therapieversuch mit Lotio alba aquosa erfolgen. Bei unzureichendem Ansprechen empfiehlt sich die Anwen-

dung topischer Steroide (Klasse II, Beispiele: Advantan®- bzw. Dermatop®-Creme) für 2–3 Wochen. Eine Therapie mit Dapson ist effektiv (6), sollte aufgrund der schwerwiegenden Komplikationen aber nur in Ausnahmefällen und nach dem 1. Lebensjahr erwogen werden. Bei Absetzen kann es zu starken Exazerbationen kommen (7).

Kongenitale Candidiasis

Durch eine abszedierende Infektion in-utero kann es zu einer generalisierten Infektion des Fetus kommen, die zu Frühgeburtlichkeit oder zum intrauterinen Fruchttod führen kann. Es scheint ein enger Zusammenhang mit intrauterinen Fremdkörpern (Kontrazeptives Material oder Nahtmaterial) zu bestehen (8). Klinisch manifestiert sich die kongenitale Candidose durch multiple Papeln, Maculae und kleinste Pusteln. Es kann eine Erythrodermie auftreten, im Verlauf zeigt sich eine generalisierte Desquamation. Auffällig ist ein typischer faulig-hefeartiger Geruch.

Diagnostik: Es sollte ein Nachweis der Hefen im KOH-Präparat, einer Kultur oder einer PCR erfolgen.

Therapie: Fluconazol i.v.

Neonatale Varizellen

Durch Infektion der Mutter in der Spätschwangerschaft kommt es zu einer kindlichen Varizellen-Infektion in den ersten zehn Lebenstagen. Besonders schwere Verläufe zeigen sich bei einer mütterlichen Infektion 5 Tage vor bis 2 Tage nach der Geburt. Die Kinder fallen durch generalisierte, häufig auch hämorrhagische Varizellen-Effloreszenzen, gelegentlich in Verbindung mit Pneumonie, Enzephalitis und Hepatitis auf.

Diagnostik: Es sollte eine PCR aus Vesikelflüssigkeit und eine Kultur erfolgen.

Therapie: Behandlung der Kinder mit Aciclovir i.v., sowie von Mutter und Kind mit Hyperimmunglobulin.

Neonatale Skabies (Abb. 3)

Durch Übertragung sub partu kommt es zu einer kindlichen Infektion in der zweiten Lebenswoche mit generalisiertem Befall mit Vesikeln, Papeln und Pusteln. Charakteristisch ist die Mitbeteiligung von Gesicht, Palmae und Plantae. Die Läsionen impetiginisieren oft sekundär und die Kinder zeigen Trinkschwäche und Irritabilität.

Diagnostik: Obligate Miterkrankung von Mutter oder weiteren Familienmitgliedern. Ein Nachweis der Milben kann auflichtmikroskopisch oder im Pustelausstrich erfolgen.

Therapie: Für 8 Stunden Permethrin in Unguentum emulsificans



Abb. 3: Neonatale Scabies

Die neonatale zephale Pustulose manifestiert sich im Alter von zwei bis drei Wochen vor allem im Gesicht und am oberen Thorax in Form einer akneiformen Follikulitis

Die infantile Akropustulose tritt in Form juckender, erythematöser Papeln, Vesikel und Pusteln an den distalen Extremitäten auf



Abb. 4:
Follikulitis

Die Acne vulgaris entsteht durch eine vermehrte Talgproduktion unter Androgeneinfluss, eine Hyperkeratose der Talgdrüsenausführungsgänge und die dadurch begünstigte Neigung zu Superinfektionen

aquosum (danach abwaschen). Bis zur 6. Lebenswoche 1.25%, bis zum 2. Lebensjahr 2.5%, danach 5% Permethrin. Evtl. ist eine erneute Behandlung nach einer Woche notwendig. Kontaktpersonen müssen mitbehandelt werden, Kleider sind zu reinigen und zu desinfizieren. Im Verlauf ist gelegentlich eine antibiotische Behandlung bei Superinfektion notwendig.

3. In allen Altersgruppen:

Follikulitis (Abb. 4)

Die Follikulitis wird meist durch Staphylokokken verursacht und tritt in Form punktförmiger, oberflächlicher Pusteln auf, die nicht selten von einer leichten Rötung umgeben sind (Perifollikulitis).

Begünstigende Faktoren sind:

- Feuchtwarmes Klima
- Okklusive Kleidung
- Salben, Verbände
- Mikrotraumen (z.B. Rasur)
- Hygienefehler: zuviel (Verwendung alkalisierender Seifen, sehr häufiges Waschen) oder zuwenig Hygiene

Diagnostik: Diagnostisch sollte ein Abstrich zur Erregeridentifikation erfolgen.

Therapie: Die Therapie besteht in der Vermeidung auslösender Faktoren, sowie lokal desinfizierender Maßnahmen (z.B. Methylrosanilin 0,1%, Octenisept®). Eine orale antibiotische Behandlung ist nur bei ausgedehntem Befall notwendig.

Acne vulgaris (Abb. 5)

Es handelt sich um eine typischerweise in der Pubertät auftretende Erkrankung, die durch vermehrte Talgproduktion (unter Androgeneinfluss), eine Hyperkeratose des Ausführungsganges der Talgdrüsen und die dadurch begünstigte Neigung zu bakterieller Superinfektion gekennzeichnet ist. Für schwere Fälle gibt es eine gewisse genetische Disposition. Bis zu 85% aller Jugendlichen sind in irgendeiner Form von Akne betroffen, bei 15–30% der Jugendlichen kommt es zu einer deutlichen Ausprägung mit u.U. Narbenbildung. Eine positive Familienanamnese ist ein Risikofaktor für frühe Manifestation und einen hartnäckigen Verlauf.

Ursächliche Faktoren sind:

- Seborrhoe (übermäßige Talgproduktion)
- Übermäßige Verhornung im Bereich des Talgdrüseninfundibulums
- Verstopfung der Ausführungsgänge der Talgdrüsen
- Bakterielle Superinfektion (v.a. *Propionibacterium acnes* und *S.epidermidis*)

Im Grundschulalter treten häufig Milien und gelegentlich schon Komedonen auf (**Acne miliaris/comedonica**). Zusätzlich zu Komedonen kommen Papeln und Pusteln aufgrund der Beteiligung von Propionibakterien vor (**Acne papulopustulosa**, Abb. 5). Durch Ausbreitung der Entzündung auf benachbarte Regionen entstehen Abszesse und Fisteln (**Acne conglobata**) mit Narbenbildung bei Abheilung. Prädilektionsstellen sind Gesicht, Hals, Rücken und Außenseiten der Oberarme. Die **Acne fulminans** ist die Maximalform der Akne, die häufiger männliche Jugendliche betrifft und mit Fieber, Myalgien und Arthralgien einhergeht.

Diagnostik: Die Diagnose wird klinisch gestellt. In schweren Fällen empfiehlt sich eine endokrinologische Untersuchung (Androgene, DHEA; Ausschluss eines atypischen AGS).

Therapie: Die Therapie besteht bei milden Formen in Hautreinigung mit Tensiden, benzoylperoxidhaltigen Waschgels oder milden alkoholischen Lösungen, sowie bei stärkerer Ausprägung in Keratolyse durch Adapalen®, Benzoylperoxid und Vitamin A-Säure als Tinktur oder Creme. Anfangs kann dies zu starker Hautreizung führen. Eventuell können lokal antibiotische Gels (z.B. Erythromycin, Clindamycin) verwendet werden. Bei schweren Formen wird zusätzlich zur Lokalthherapie systemisch antibiotisch mit Doxycyclin p.o. (ab dem 11. Lebensjahr) behandelt. Die Acne conglobata und Acne fulminans werden zusätzlich zu o.g. Therapie mit systemischen Glukokortikoiden und Isoretinoin behandelt (9).

Impetigo contagiosa (Abb. 6)

Es handelt sich um die häufigste bakterielle Hauterkrankung bei Kindern. Die Impetigo contagiosa tritt selten vor der dritten Lebenswoche auf, ist aber

Abb. 5: Acne papulopustulosa





Abb. 6:
Impetigo
contagiosa

auch vor diesem Alter differentialdiagnostisch zu bedenken.

Klinisch lassen sich zwei Formen unterscheiden: die großblasige, bullöse Form (60-70%) und die kleinblasige bzw. nicht-bullöse Impetigo (30-40%). Eintrittspforten für die Erreger sind Mikroläsionen, Schweißdrüsen, Talgdrüsen und Haarfollikel. In tropischen Klimazonen und unter schlechten hygienischen Bedingungen hat die Impetigo eine höhere Prävalenz. Klinisch imponieren erst Erytheme, auf denen sich dann Bläschen bilden, die typischerweise rasch rupturieren und dann eine „honiggelbe Kruste“ hinterlassen. Durch die oberflächliche Blasenbildung im Stratum granulosum kommt es nicht zu einer Narbenbildung.

Die Impetigo contagiosa imponiert klinisch durch Erytheme, auf denen sich Bläschen bilden, die rasch rupturieren und eine „honiggelbe Kruste“ hinterlassen

Jede Form der Psoriasis kann sich auch pustulös manifestieren. Charakteristisch für die anuläre pustulöse Psoriasis sind ringförmig angeordnete Pusteln auf erythematösem Grund

Während die kleinblasige Form durch beta-hämolyisierende Streptokokken der Gruppe A verursacht wird, ist die großblasige Impetigo durch *S. aureus*-Stämme und deren Synthese von Exfoliatin A und B bedingt. Diese wirken als Serin-Proteasen und spalten Haftstrukturen (Desmogleine) zwischen den Keratinozyten. Derselbe Pathomechanismus in Verbindung mit hämatogener Streuung der Exfoliatine liegt auch dem „Staphylococcal scalded skin syndrome“ zu Grunde.

Diagnostik: Es sollte ein Erregernachweis mit Resistenzbestimmung erfolgen. Bei Nachweis von Streptokokken sollte nach drei Wochen eine Urinuntersuchung durchgeführt werden, da es gelegentlich zu Poststreptokokken-Glomerulonephritiden kommt. Differentialdiagnostisch sollte eine Herpesinfektion ausgeschlossen werden.

Therapie: Sie besteht bei einem Befall von >5% der KOF in einer systemischen antibiotischen Therapie mit einem Antibiotikum, welches sowohl Streptokokken als auch *S. aureus* abdeckt (z.B. Cephalosporin der 1. Generation, Ampicillin+ Clavulansäure). Lokal sollten antiseptische Substanzen wie Methylrosanilin 0,1%, Octenisept® (0,1%) oder Triclosan-haltige Cremes (1-2%) angewandt werden.

Akute generalisierte exanthematische Pustulose (AGEP)

Es handelt sich um ein Reaktionsmuster der Haut auf medikamentöse, seltener infektiöse Auslöser. Klinisch



Abb. 7:
Psoriasis
pustulosa

zeigt sich ein plötzliches Auftreten generalisierter, nicht follikulär gebundener Pusteln in Verbindung mit erhöhten Temperaturen. Häufig treten außerdem Gesichtsschwellungen, polymorphe, vesikuläre, bullöse Hautveränderungen sowie Schleimhautläsionen auf. Abheilung innerhalb weniger Wochen unter Schuppung. Histologisch zeigen sich subkorneale und intraepidermale Pusteln, nekrotische Keratinozyten, ein dermales Ödem und perivaskuläre neutrophile Infiltrate.

Häufigste Ursachen: Coxsackie-Virus B4, Beta-Lactam-Antibiotika, Makrolide sowie andere Antibiotika, Hydroxychloroquin, Carbamazepin, Diltiazem, NSAR (10).

Die Therapie beinhaltet das Absetzen des auslösenden Medikaments sowie orale Glucokortikoide für 1-2 Wochen.

Psoriasis pustulosa (Abb. 7)

Jede Form der Psoriasis kann sich auch pustulös manifestieren, es gibt allerdings auch andere, überwiegend mit Pustulation einhergehende Formen. Wie auch für andere Psoriasisformen kommen bei Kindern am häufigsten Infektionen, insbesondere Streptokokken-Infektionen, als Triggerfaktoren in Frage (11).

Die anuläre pustulöse Psoriasis, die die häufigste Form der pustulösen Psoriasis bei Kindern darstellt, ist durch ringförmig angeordneten Pusteln auf erythematösem Grund gekennzeichnet. Bei der generalisierten pustulösen Psoriasis kommt es zu generalisierter Pustelbildung, einhergehend außerdem mit Fieber und Krankheitsgefühl. Therapeutisch kann lokal mit Lotio alba aquosa und Glucocorticoiden der Klasse II, kombiniert mit oraler Gabe von Acitretin behandelt werden. In schweren Fällen kann eine systemische immunsuppressive Therapie notwendig sein (12). Diese Therapie sollte stationär eingeleitet werden.

Tinea corporis (Abb. 8)

Häufigste Erreger sind *T. rubrum* und *T. mentagrophytes*. Die Infektionsursache sind meist Haustiere oder infizierte Kontaktpersonen. Eine Dermatophyten-Infektion manifestiert sich in Form von randständig schuppenden, erythematösen, scharf begrenzten Plaques, die zentral häufig follikuläre Pusteln aufweisen. Die Infektion kann sich über den gesamten Körper ausbreiten und in vielen Fällen besteht gleichzeitig eine Tinea capitis.



Abb. 8: Tinea corporis

Die Tinea corporis manifestiert sich in Form randständig schuppender, erythematöser, scharf begrenzter Plaques

Das klinische Bild der PLEVA ähnelt dem der Varizellen, die Läsionen treten aber nicht im Bereich der Kopfhaut, an Schleimhäuten oder im Gesicht auf

Diagnostik: Die Diagnose wird klinisch und mikroskopisch gestellt, die endgültige Artdiagnose erfolgt durch eine Kultur, diese dauert jedoch bis zu 6 Wochen. Nach ausreichender Hautdesinfektion werden hierfür vom Rand einer Läsion mit dem Skalpell Hautschuppen abgekratzt.

Therapie: Es sollte 2x täglich ein fungizides bzw. fungistatisches Externum (z.B. Ciclopirox, Clotrimazol, Econazol) auf die Läsion und eine angrenzende Randzone aufgetragen werden. Diese Therapie sollte noch zwei Wochen nach Abheilung weiter-

geführt werden. Selten wird bei stark entzündlichen oder hyperkeratotischen Formen eine orale antimykotische Therapie notwendig.

Varizellen

Direkt oder aerogen übertragene Infektion mit VZV. Nach einer Inkubationszeit von 14–16 Tagen treten schubweise unter Beteiligung der Kopfhaut und häufig auch der Schleimhäute Vesikel auf, die sich innerhalb kurzer Zeit in Pusteln und im Verlauf in krustöse Läsionen umwandeln. Die verschiedenen Effloreszenzen bestehen nebeneinander und bilden so das Bild der „Heubner-Sternenkarte“. Komplikationen stellen vor allem bakterielle Superinfektionen, neurologische Komplikationen und Pneumonien dar.

Therapie: Besonders schwere Verläufe zeigen sich bei Patienten über 16 Jahren und im ersten Lebensjahr, daher sollten diese antiviral mit Aciclovir behandelt werden. Bei immungesunden Kindern außerhalb dieser Risikogruppe ist keine Therapie außer einer adstringierenden Lokalthherapie (z.B. mit Gerbstoffen) notwendig. Folgende Patienten sollten zusätzlich innerhalb von 72 Stunden mit Varizellen-Hyperimmunglobulin behandelt werden:

- Neugeborene von Müttern, die 7 Tage vor bis 2 Tage nach der Geburt Varizellen entwickelt haben
- VZV-exponierte Frühgeborene seronegativer Mütter
- VZV-exponierte extreme Frühgeborene (<28. SSW)
- VZV-exponierte seronegative immunsupprimierte Patienten

Herpes zoster

Die Erkrankung entsteht durch Reaktivierung des VZV nach häufig mildem Primärverlauf und geht mit Papeln, Vesikeln und Papulovesikeln einher, die dermatomal verteilt sind und zu ausgeprägtem Juckreiz führen können. Normalerweise heilen die Läsionen innerhalb von 10–14 Tagen ohne Narbenbildung ab. Bei immunsupprimierten Patienten kann es zu sekundärer Generalisierung kommen. Im Gegensatz zu dem Verlauf bei Erwachsenen ist die post-zosterische Neuralgie äußerst selten. Eine Augenbeteiligung birgt die Gefahr von Hornhautnarben, der Zoster oticus kann Schwindel und Hypakusis verursachen.

Diagnostik: Klinisch, Viruskultur oder PCR.

Therapie: Eine antivirale Therapie ist nur bei Abwehrschwäche notwendig. Lokale Therapie mit Gerbstoffen und evtl. Analgesie.

PLEVA

(Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta)

Die Ätiologie ist bisher ungeklärt, es besteht eine Assoziation mit Infektionskrankheiten (EBV, CMV, Streptokokken). Das klinische Bild ähnelt dem von Varizellen, die Läsionen treten gewöhnlicherweise aber nicht im Bereich der Kopfhaut, an Schleimhäuten oder im Gesicht auf. Häufig besteht Juckreiz und gelegentlich zeigen sich brennende Missempfindungen. Die Läsionen heilen nach Wochen bis Monaten unter postinflammatorischer Hyperpigmentierung ab, die nach Sonnenexposition in eine Hypopigmentierung übergeht. Es kann jedoch auch zu einem chronischen Verlauf kommen, wobei die Läsionen dann eher papulös und schuppig imponieren und stammbetont, hautlinienförmig auftreten. Meist kommt es zu einer Spontanheilung nach Monaten bis Jahren, es wurden jedoch einzelne Fälle von einem Übergang in ein kutanes T-Zell-Lymphom berichtet.

Es existiert außerdem eine seltene akute Verlaufsform, die mit Ulzeronekrosen und Hyperthermie einhergeht und immunsuppressiv behandelt werden muss (13).

Diagnostik: Hautbiopsie, bei persistierendem Verlauf bis 2x jährlich, um eine Malignisierung auszuschließen.

Therapie: Lokal Lotio alba, evtl. Glucocorticoide Klasse II, Antihistaminika, bei ausgeprägten Formen Erythromycin p.o. für 4 Wochen.

Herpes simplex

Infektionen mit HSV-1 und HSV-2 werden durch direkten Kontakt mit infizierten Körperflüssigkeiten übertragen. Während perinatale Infektionen lebensbedrohlich verlaufen können und Primärinfektionen häufig eine ausgeprägte klinische Symptomatik zeigen, verlaufen Reaktivierungen normalerweise milde.

Infektionen mit HSV-1 verursachen eine Gingivostomatitis, die sich in Form von enoralen, oft auch perioralen, schmerzhaften Vesikeln, Pusteln und Erosionen äußert. Oft gehen diese mit Fieber einher und führen zu Nahrungs- und Trinkverweigerung; häufige Komplikationen sind bakterielle Superinfektionen und die Keratokonjunktivitis, seltener ein Eczema herpeticatum und sehr selten eine Herpes-Enzephalitis oder -Meningitis. Herpesläsionen können überall auftreten, häufig auch an den Fingern, wo sie oft als bakterielle Infektionen fehl-diagnostiziert werden.

Diagnostik: Tzanck-Test, direkter Fluoreszenztest, serologischer Nachweis von HSV-IgM, kultureller Direkt-nachweis oder PCR.

Therapie: ausreichende Flüssigkeitssubstitution, Schmerztherapie und Mundpflege mit Kamillenextrakt und lokalanästhesierenden Lösungen. In ausgeprägten Fällen, bei immunsupprimierten Patienten oder im Falle von Komplikationen Aciclovir i.v.

Literatur bei der Verfasserin.

Dr. Antonia K. Kienast
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift,
Abt. für Pädiatrische Dermatologie
22149 Hamburg, Lilienconstr. 130
Neue Anschrift: Klinik für Allgemeine Pädiatrie,
Universitätsklinikum Münster

Red.: Riedel

Serie: Vom Symptom zur Diagnose

Hämaturie

Die Mikro- oder Makrohämaturie mit oder ohne assoziierte Proteinurie stellt eine der häufigen Indikationen für die Vorstellung in kindernephrologischen Ambulanzen dar. Meist fällt dieser Urin-Befund erstmalig bei der U-Stix-Untersuchung auf, die bei der U8 durchgeführt wird. Publierte epidemiologische Daten zur Mikrohämaturie gibt es unseres Wissens bisher nicht für Deutschland, aber für Länder mit vergleichbarem Teststreifen-Screening vor Schulantritt wie Japan; dort liegt die Prävalenz bei 1,5–2% (1,2). Eine Makrohämaturie wird als Notfall betrachtet und führt die Patienten prompt zum Arzt.

Ein einfacher Algorithmus kann dem Kinder- und Jugendarzt ein Leitfaden für das diagnostische Vorgehen sein (Abb. 1).



PD Dr. med. Lars Pape

Martin Kreuzer

Dr. med. Thurid Ahlenstiel

Definitionen und Normalwerte

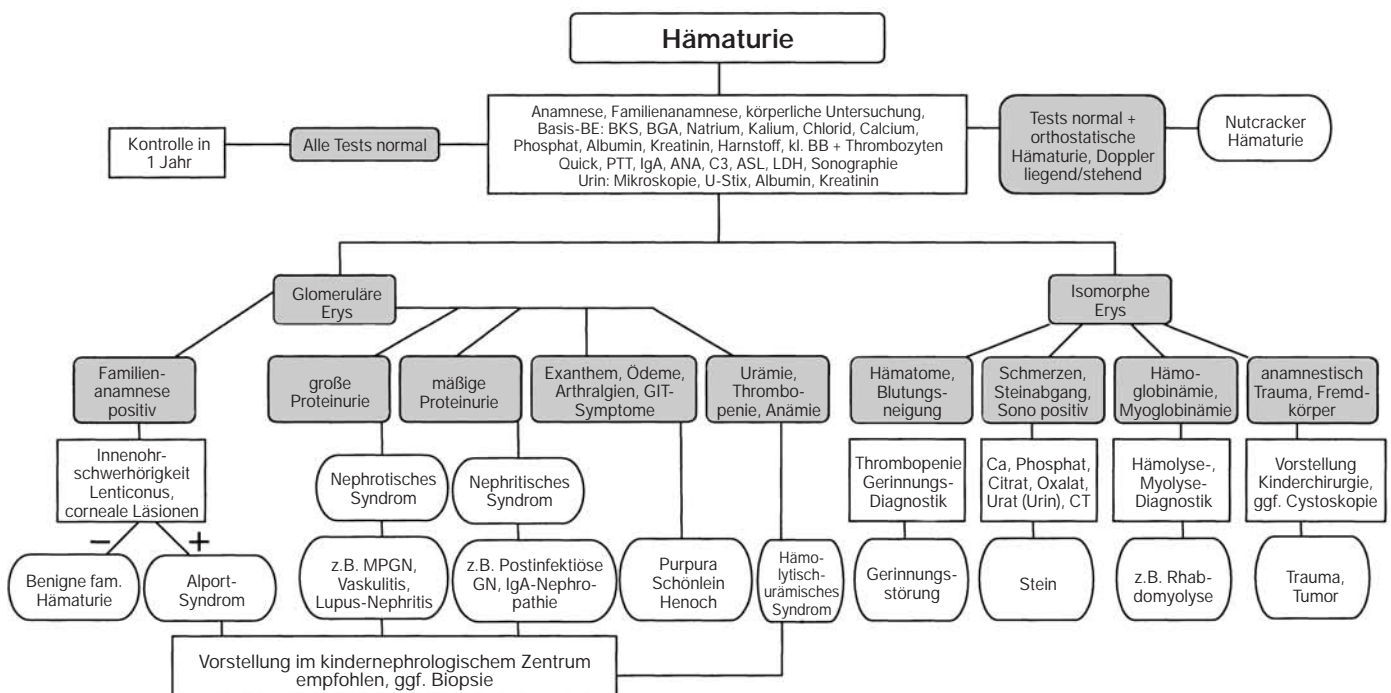
In der klinischen Praxis lässt sich die Mikro- von der Makrohämaturie einfach differenzieren: Während der Urin bei Mikrohämaturie unauffällig aussieht, weist der Urin bei Makrohämaturie eine auffällige Verfärbung von fleischwasserfarben bis tiefrot auf. Eine genauere Differenzierung erlaubt die Urinmikroskopie: Bei mehr als 2000 Erythrozyten/µl Urin liegt eine Makrohämaturie vor.

Eine minimale Erythrozyturie kann auch bei gesunden Kindern vorkommen. Die normale Verteilung ist in Abbildung 2 dargestellt.

Anamnese

In einer ausführlichen Anamnese müssen die Häufigkeit von Makrohämaturieepisodes (infektassoziiert?) sowie die nephrologische Familienanamnese (z.B. Alport) erfragt werden.

Abb. 1: Algorithmus zu Hämaturie



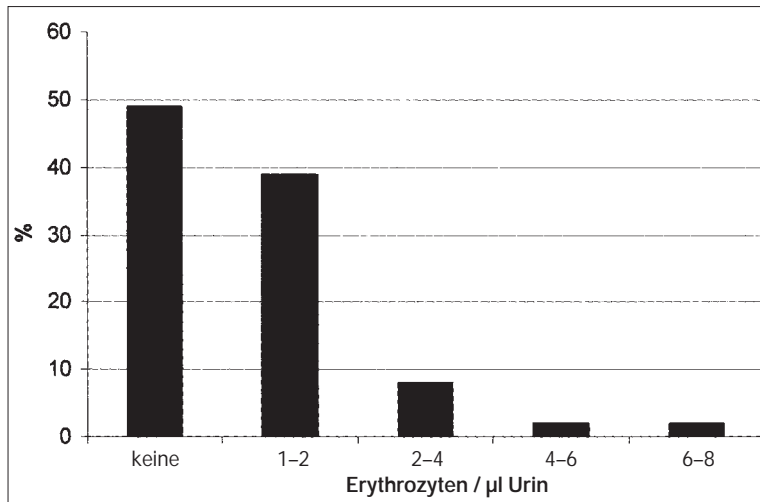


Abb. 2: Erythrozyturie bei gesunden Kindern (Urinmikroskopie)

In der klinischen Diagnostik stehen die Untersuchung des Abdomens sowie die Genital- und Hautinspektion im Vordergrund. Häufig ist eine Hämaturie auch nur Folge von Verletzungen im Urogenitalbereich (eumorphe Erythrozyten). Ein erhöhter Blutdruck deutet auf eine systemische oder renale Grunderkrankung hin.

Erythrozytenzählung und -morphologie

Es stehen folgende Methoden zur Verfügung: Urin-teststreifen, Mikroskop und Automat. Die Teststreifen-diagnostik korreliert gut mit der Urinmikroskopie [3]. Am Beginn der Diagnostik steht in der Regel der Urin-stix. Hierbei ist zu beachten, dass im Stix eine Hämoglobinurie nicht von einer Erythrozyturie zu unterscheiden ist. **Bei positiver Anfärbung des Hämaturiefeldes muss zunächst mikroskopisch eine Erythrozyturie von einer Häm- oder Myoglobinurie unterschieden werden.** Lassen sich Erythrozyten nachweisen, dann sollte eine renale Erythrozyturie (durch den Nachweis von dysmorphen Erys) von einer postrenalen Erythrozyturie (intakte Erys) differenziert werden. Hierfür sind Phasenkontrastmikroskope geeigneter als Standardmikroskope. Allerdings können Geübte auch im Normalmikroskop die dysmorphen Erys bei 400facher Vergrößerung identifizieren. Aufwendige Zählverfahren zur Differenzierung der verschiedenen dysmorphen Erythrozyten sind in der Routine nicht sinnvoll. Der typische dysmorphe Erythrozyt ist der sogenannte „Schnuller-Ery“ oder „Micky-Mouse-Ery“. In der Regel genügt eine Blickdiagnose bei einer ausreichenden Zahl von Erythrozyten (z.B. 200 Erys pro µl Urin), um eine glomeruläre Erythrozyturie zu erkennen. Eine höhere Genauigkeit mit Vorgabe der zu untersuchenden Erythrozytenzahl ist in der täglichen Praxis unnötig. Eine genaue Definition der einzelnen Dysmorphien spielt für die Diagnosestellung der zugrunde liegenden Erkrankung keine Rolle und ist daher entbehrlich. Sinnvoll ist im mikroskopischen Befund lediglich die Angabe, dass „Akanthozyten“ vorliegen, um eine glomeruläre Erythrozyturie zu belegen.

In der Routinediagnostik ist der Nachweis von Erythrozytenzylindern im Urinsediment zur Ausnahme bei unklaren Hämaturiefällen geworden. Eine Quantifizierung mittels Addis-Sediment im 24h-Sammelurin ist aufgrund der Urinsammelfehler und des spontanen Zellerfalls nicht sinnvoll. **Eine Urin-Untersuchung sollte auch bei beiden Eltern (U-Stix) durchgeführt werden, um eine familiäre Erkrankung (z.B. benigne familiäre Hämaturie), die bisher unentdeckt war, auszuschließen.** Ggf. kann auch eine sonografische Untersuchung der Eltern sinnvoll sein.

Weitere Labordiagnostik

Im Rahmen der Urindiagnostik muss außerdem die Bestimmung der Albuminkonzentration erfolgen, um ggf. eine glomeruläre Erkrankung zu diagnostizieren. Hier bietet sich die Bestimmung einer **Urin-Albumin/Urin-Kreatinin-Ratio** an (Norm < 5 mg/mmol Kreatinin). Ein Sammelurin ist nicht notwendig oder sinnvoll.

An die Urinuntersuchung sollte sich eine **Blutdiagnostik** anschließen, die die Nierenfunktionsparameter, ein Blutbild und die Gerinnungsparameter beinhaltet. Zusätzlich ist die Bestimmung des **S-IgA** (Diagnose IgA-Nephropathie) und des **C3-Komplements** (Diagnose Lupus erythematoses) sowie des **ASL** (Diagnose Post-Streptokokken-GN) sinnvoll. Bei Familiarität der Erkrankung kann eine molekulargenetische Untersuchung auf das Alport-Syndrom sinnvoll sein, die in Speziallaboratorien angeboten wird (z.B. www.moldiag.de). Auch ein eindeutiger Nachweis (z.B. per Nierenbiopsie) eines Alport-Syndroms bei einem Elternteil, verbunden mit einem eindeutigen Erbgang, kann zur finalen Diagnosefindung ausreichen.

Im Rahmen einer Nierenultraschalluntersuchung können ggf. Steine als Ursache einer Hämaturie festgestellt werden. Bei wechselnden Makrohämaturien kann es sinnvoll sein, ein „Nutcracker“-Syndrom durch eine Duplexuntersuchung der Nierenvenen und -arterien im Liegen und Stehen auszuschließen (s.u.).

Invasive Diagnostik

Die Indikation für die perkutane Nierenbiopsie wird heute seltener als in früheren Jahren gestellt, da häufig bereits durch nicht-invasive Diagnostik die Diagnose gestellt werden kann. Sie ist unerlässlich beim akuten nephritischen Syndrom mit Niereninsuffizienz glomerulärer oder tubulärer Genese, d.h. bei Verdacht auf rapid progressive Glomerulonephritis oder tubulointerstitielle Nephritis (Ausnahme: Poststreptokokken-Glomerulonephritis). **Die Indikation zur Nierenbiopsie bei lang anhaltender isolierter Hämaturie ist zurückhaltend zu stellen.** In der Regel sollte eine Nierenbiopsie erst durchgeführt werden, wenn begleitend zu der Erythrozyturie eine Albuminurie mit einer Albumin/Kreatinin-Ratio über 50 mg/mmol Kreatinin über 1 Jahr gemessen werden kann. Die Biopsie sollte vor Initiierung einer antiproteinurischen Therapie mit einem ACE-Hemmer oder einem ATII-Antagonisten, Angiotensin-

Basisdiagnostik

1. gezielte Anamnese: Familiarität, Medikamente, Vor- und Begleiterkrankungen
2. Physikalische Untersuchung: Bauchpalpation, Genital- und Hautinspektion
3. Blutdruckmessung
4. Urinuntersuchung (ggfs. wiederholt): quantitative und qualitative Urinmikroskopie (Zylindernachweis im Sediment und Dreigliäserprobe selten erforderlich)
5. Blutuntersuchung: BKS, Na⁺, K⁺, Cl⁻, Ca²⁺, PO³⁻, Blutbild+Thrombozyten, Harnstoff, Kreatinin, Protein, AST, C3 Komplement, evtl. Serum für weitere Untersuchungen einfrieren.
6. Urin auf Albumin und Kreatinin
7. Sonographie

Erweiterte Diagnostik

1. Blutuntersuchung: Harnsäure, erweiterte immunologische Serumdiagnostik: Immunglobuline, antinukleäre Antikörper u.a.
2. Urin auf Harnsäure, Oxalsäure, Zystin
3. Röntgenuntersuchung bei auffälliger Sonographie: d.h. MCU bei Harnttransportstörung, low dose Nativ-CT bei Steinverdacht (kein Rö-Abdomenübersicht mehr!), i.v. Pyelogramm nur sehr selten indiziert bei Harntwegsanomalien, Uro-MRT
4. MAG3 Szintigraphie bei Harnttransportstörung
5. Konsiliaruntersuchung durch HNO- und Augenarzt zum Ausschluss von Schwerhörigkeit und Sehstörungen
6. Molekulardiagnostische Untersuchung auf Alport-Syndrom bei auffälliger Familienanamnese (z.B. moldiag.de)

Spezielle Diagnostik

1. Zystoskopie bei Makrohämaturie und bei Verdacht auf einseitigen Prozess, Tumor, Fremdkörper
2. Clearance zur Bestimmung der glomerulären Filtrationsrate
3. Perkutane Nierenbiopsie nur bei hinreichendem Verdacht auf glomeruläre Erkrankungen

Tab. 1: Stufen-diagnostik bei Hämaturien

II-Rezeptorantagonist, durchgeführt werden. Im Falle eines molekulargenetischen Nachweises des Alport-Syndroms, ist eine Nierenbiopsie nicht mehr notwendig. Systemische Erkrankungen mit Nierenbeteiligung sollten im Falle des systemischen Lupus erythematoses immer durch Biopsie geklärt werden. **Bei Schönlein-Henoch Glomerulonephritis reduziert sich die Biopsieindikation auf Kinder mit akutem Kreatininanstieg nach Abschluss einer makrohämaturischen Krise.** Bei einer großen Albuminurie (U-Alb > 1000 mg/l) ist in jedem Falle einer Nierenbiopsie indiziert. Die Indikationen für eine weitergehende Diagnostik sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Differenzierung der Hämaturie nach renalem Ursprung und nach Grundkrankheiten

Es werden eine renale von einer postrenalen Hämaturie unterschieden. Bei Verdacht auf eine postrenale Hämaturie steht die Sonografie zur Darstellung eines Steines oder anderer Abflusshindernisse im Vordergrund. Bei zweifelhaften Befunden kann auch ein Stein-CT sinnvoll sein. Bei Steinnachweis sollte die U-Calcium/Kreatinin-Ratio bestimmt werden, und andere Erkrankungen, die zu einer Nierensteinbildung führen (z.B. Hyperoxalurie, Cystinurie, Hypocitraturie) sollten ausgeschlossen werden. Tumoren (z.B. Wilms-Tumor) sollten ebenfalls differentialdiagnostisch bedacht werden. Außerdem darf auch in westlichen Ländern die weltweit häufigste Ursache für die postrenale Erythrozyturie, der Nachweis von Schistosoma haematobium-Eiern, als seltene Differentialdiagnose nicht vergessen werden.

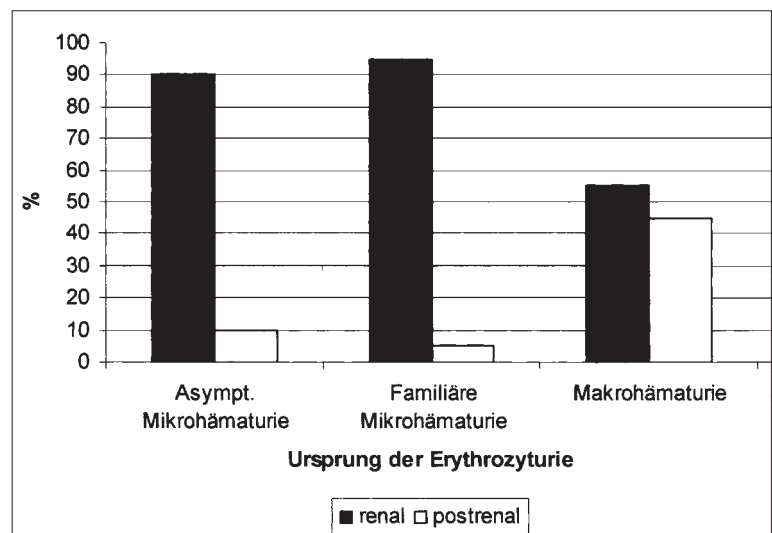
Eine Cystoskopie ist bei Kindern – im Gegensatz zu Erwachsenen – nur in seltenen Fällen indiziert. Hierzu gehört z.B. der Verdacht auf einen Tumor, eine hämorrhagische Zystitis oder ein Blasenhämangiom.

Die meisten Mikrohämaturien sind renal bedingt, während bei Makrohämaturien der Anteil prä- und postrenaler Erkrankungen ungefähr gleich ist (Abb. 3).

Differentialdiagnose

Differentialdiagnostisch ist immer an eine Häm- oder Myoglobinurie zu denken. Durch den mikroskopischen Nachweis von Erythrozyten lässt sich diese sicher ausschließen. Im Fall einer Hämoglobinurie muss die

Abb. 3: Ursprung der Erythrozyturie bei Kindern mit Mikro-/Makrohämaturie



Diagnostik um Hämolyseparameter (z.B. LDH, freies Hb, Haptoglobin, Erythrozytenindices) erweitert werden und auch um seltene Erkrankungen wie die Paroxysmale Nächtliche Hämoglobinurie müssen in Betracht gezogen werden. Außerdem sollten Gerinnungsstörungen ausgeschlossen werden.

Ist die Hämaturie per se schädlich?

Eindeutige Daten zur Beantwortung dieser Fragestellung liegen leider nicht vor. Es ist davon auszugehen, dass eine chronische Mikrohämaturie ohne Albuminurie keinen Progressionsfaktor in eine chronische Nierenerkrankung bildet. **Eine assoziierte Albuminurie hingegen bewirkt den Übergang in eine Niereninsuffizienz.** Eine hämaturische Krise mit Verstopfung der Tubuli durch Erythrozyten (z.B. bei einer IgA-Nephropathie) kann ein akutes Nierenversagen bedeuten und wird mit einer Kombination aus Infusionstherapie und Gabe eines Schleifendiuretikums („Durchspülen der Niere“) behandelt.

Hämaturien mit günstiger Prognose

Viele der der Mikrohämaturie zugrunde liegenden Erkrankungen haben eine günstige Prognose, d.h. sie führen entweder nie oder erst im fortgeschrittenen Erwachsenenalter zu terminaler Niereninsuffizienz. Völlig harmlos sind die „**Nutcracker**“ **Hämaturie**, die durch eine anatomische Besonderheit (Kompression einer Nierenvene im Stehen durch die ipsilaterale Nierenarterie) bedingt ist, oder die **Exercice-Hämaturie** nach sportlicher Betätigung. Die „**Thin membrane disease**“, deren Spektrum von der benignen familiären Hämaturie bis zum Alport-Syndrom reicht, führt im Kinderalter in der Regel nicht zur Nierenfunktionseinschränkungen. Die Progression kann wahrscheinlich durch eine frühzeitige Therapie mit ACE-Hemmer und/oder ATII-Antagonisten deutlich vermindert werden. Eine **renale Hypercalciurie mit Nephrocalcinose** oder ein nephrotisches Syndrom bei **Minimal Change GN** kann in einigen Fällen ebenfalls mit einer harmlosen Erythrozyturie assoziiert sein. Beim nephrotischen Syndrom wird mit der Normalisierung der Complement-Faktoren zumeist auch eine

Remission der Erythrozyturie erreicht. Eine postinfektiöse GN ist ebenfalls mit einer Erythrozyturie assoziiert und heilt häufig komplett aus.

Makrohämaturien, die durch postrenale Probleme bedingt sind (z.B. Steine, Cystitis oder Bilharziose), haben nach urologischer Korrektur bzw. medikamentöser Therapie häufig ebenfalls eine gute Prognose (Tab. 2). Einen Sonderfall stellt die Bilharziose dar, die medikamentös gut zu behandeln ist.

Hämaturien mit ungünstiger Prognose

Das **Alport-Syndrom**, das häufig familiär auftritt und durch verschiedene Erbgänge vererbt werden kann (häufig X-chromosomal), und die **IgA-Nephropathie** führen über die ansteigende Albuminurie häufig in die Niereninsuffizienz. Das Terminalstadium wird aber zumeist erst im Erwachsenenalter erreicht. Eine antiproteinurische Therapie mit einem ACE-Hemmer oder ATII-Antagonisten kann häufig die Progression verlangsamen.

Hämaturien mit variabler Prognose

Die Schönlein-Henoch-Purpura kommt häufig nach einigen Wochen bis Monaten in Spontanremission. In einigen Fällen geht die Albuminurie aber nicht zurück und führt dann langsam zu einer progredienten Niereninsuffizienz. In wenigen Fällen kommt es zu einer assoziierten rapid-progressiven Glomerulonephritis, die schnell zur Dialysepflichtigkeit führen kann und die eine Nierenbiopsie sowie eine aggressive immunsuppressive Therapie erfordert.

Fazit

Zusammengefasst stellt die isolierte Erythrozyturie ein häufiges kindernephrologisches Problem mit nur geringem Krankheitswert dar. Erst bei Auftreten einer signifikanten Albuminurie wird eine weitergehende Diagnostik notwendig. Häufigste Diagnose ist dann die IgA-Nephropathie, die in der Regel mit einem ACE-Hemmer symptomatisch behandelt wird.

Literatur:

- 1 Fitzwater DS, Wyatt RJ. Hematuria. *Pediatr Rev* 15;1994:102-08
- 2 Ueno M. Thin basement membrane disease in patients with asymptomatic hematuria and/or proteinuria: A clinicopathological study. *Nippon Jinzo Gakkai Shi*;1991;33:339-47
- 3 Ehrlich JHH, Ahlenstiel T, Berding G et al. Highlights zur aktuellen Labor-Diagnostik bei Nierenerkrankungen im Kindesalter. *Kinder- und Jugendarzt* 2005;26:583-99
- 4 Braggion F, Rizzoni G. Usefulness of urinary red-cell morphology examination. *Nephron* 1988;48:238

Korrespondierender Autor:

PD Dr. med. Lars Pape
 Abteilung für päd. Nieren-, Leber- und Stoffwechselerkrankungen
 Medizinische Hochschule Hannover
 Carl-Neuberg-Straße 1
 D-30625 Hannover
 Tel. +49-511-532-5706
 FAX +49-511-532-4830
 eMail: larspape@t-online.de

Red.: Christen

Tab. 2:
 Hämaturie
 mit überwiegend guter
 Prognose im
 Kindesalter

Ursprung	Nephro- / bzw. Uropathie
Renal	Glomerulär Postinfektiöse GN IgA-Nephropathie Schönlein-Henoch GN Dünne Basalmembranen
	Tubulointerst. Hypercalciurie Pyelonephritis
Postrenal	Harnwegsanomalien Urolithiasis Hämorrhagische Cystitis Bilharziose

Welche Diagnose wird gestellt?

Anne Ostendorf und Peter H. Höger

Anamnese

Schwangerschaft, Geburt und Neonatalperiode unauffällig. Bisher keine ernsthaften Erkrankungen. Seit drei Tagen Fieber bis 40°C. Am Aufnahmetag fiel eine zunächst leichte Rötung am rechten Unterlid auf. Nach Vorstellung beim Kinderarzt wurde mit einer antibiotischen Therapie mit Cefaclor begonnen. Im Verlauf zeigte sich jedoch eine Ausbreitung der Rötung auf das Oberlid und eine deutliche Schwellung des Ober- und Unterlides rechts.

Untersuchungsbefund

1,6 Jahre alter Junge in reduziertem AZ, rechtes Ober- und Unterlid deutlich geschwollen und gerötet. Augenöffnung stark eingeschränkt, Augenmotilität nicht beeinträchtigt. Trommelfell rechts gerötet. Rachenring leicht gerötet. Übriger körperlicher und neurologischer Untersuchungsbefund unauffällig. Temperatur: 40,1°C.



Abb. 1: Periorbitale Rötung und Schwellung

Wie lautet die Diagnose?

Willi-Heine-Preis 2009

Die Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e.V. (GPGE) schreibt für das Jahr 2009 den Willi-Heine-Forschungspreis aus. Die Fa. Nestlé stiftet den Preis, der mit 2500 € dotiert ist. Ausgezeichnet wird eine Arbeit auf dem Gebiet der **klinischen Ernährung in Schwangerschaft, Stillzeit sowie Säuglings-, Kindes- und Jugendalter**. Die Arbeit muss im Jahre 2007 oder 2008 publiziert oder zur Publikation angenommen worden sein. Die Bewerber/innen sollten in einer Klinik oder Institution im deutschsprachigen Raum tätig oder von dort beurlaubt sein. Sie sollten das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Frauen und Männer, die Elternzeit genommen haben, dürfen die Altersgrenze um die Dauer der Elternzeit überschreiten.

Der Preis wird dem/der Preisträger/in anlässlich der 24. Jahrestagung der GPGE 2009 in Hamburg überreicht. Der/die Preisträger/in soll bei der Verleihung des Preises zugegen sein. In Ausnahmefällen können die Preise auch stellvertretend von Koautor/innen entgegengenommen werden.

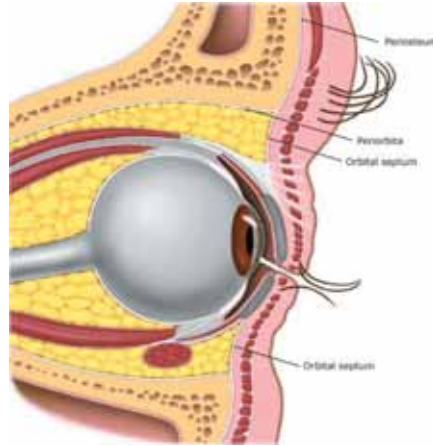
Bewerbungen mit Lebenslauf und der Arbeit (eine Hartkopie und elektronisch) sind bis 15.01.2009 zu richten an:

Geschäftsstelle der Gesellschaft für
Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e.V.
Chausseestr. 128-129
D-10115 Berlin
gpge@snafu.de

Diagnose: Periorbitalphlegmone

Periorbitale Infektionen sind im Kindesalter häufig. Dabei handelt es sich meist um Infektionen des Weichteilgewebes vor dem Septum orbitale (Periorbitalphlegmone) (Abb. 2). Von diesen „präseptalen“ Infektionen sind diejenigen zu unterscheiden, die hinter dem Septum entstehen oder sich dorthin ausbreiten (Orbitalphlegmone).

Abb. 2: Schematische Ansicht des Auges mit Darstellung des Septum orbitale. Beim Septum orbitale handelt es sich um eine faserreiche Gewebeschicht, die am Orbitarand inseriert und dort nahtlos in das Periost bzw. Periorbita übergeht. Es verschließt die Orbita wie eine zirkuläre Membran, die um den Augapfel herumläuft.



Ursächlich sind oft kleine, superinfizierte Verletzungen oder Mückenstiche im Bereich der Lider, aber auch Infekte der oberen Luftwege sowie eine eitrige Konjunktivitis. Seltener kann auch eine Sinusitis der Ausgangspunkt der Infektion sein (1,2). Als Erreger finden sich am häufigsten Staphylokokken oder Streptokokken (3). Viren und Pilze werden nur sehr selten als Ursache einer Periorbitalphlegmone identifiziert.

Klinik

Die Periorbitalphlegmone imponiert klinisch durch einseitige Schwellung und Rötung des Ober- und/oder Unterlides. Die Augenmotilität ist selten eingeschränkt oder schmerzhaft, der Visus nicht beeinträchtigt. Bei sehr starker Schwellung kann die Augenöffnung unmöglich sein. Die Erkrankung geht meist mit Fieber und Abgeschlagenheit einher.

Diagnostik

Zur primären Diagnostik gehört neben Blutbild, CRP und Blutkultur eine Ultraschalluntersuchung des betroffenen Auges und die augenärztliche Untersuchung. Eine weiterführende bildgebende Diagnostik (CT/MRT) sollte durchgeführt werden, wenn Einschränkungen im Visus und der Augenmotilität nicht zweifelsfrei ausgeschlossen werden können sowie bei Säuglingen (1,2).

In unserem Fall zeigten sich stark erhöhte Entzündungszeichen (Leukozyten 20,1/nl, CrP 97,1 mg/l). Im Ultraschall fanden sich keine intraorbitalen Veränderungen und auch das ophthalmologische Konsil erbrachte hinsichtlich Augenmotilität und Visus keine pathologischen Befunde. Auf eine weitergehende bildgebende Untersuchung wurde bei eindeutiger Klinik und unter Therapie mit Cefuroxim i.v. rückläufigem Befund sowie abklingenden Entzündungsparametern verzichtet.

Differentialdiagnosen

Als potentiell gefährliche Differentialdiagnose der (präseptalen) Periorbitalphlegmone ist an erster Stelle die (postseptale) Orbitalphlegmone zu nennen. Sie tritt bei Kindern jedoch wesentlich seltener auf. Klinisch ist eine Unterscheidung zwischen beiden zumindest initial schwierig. Im fortgeschrittenen Stadium kommt es bei der Orbitalphlegmone typischerweise zu einer schmerzhaften Einschränkung der Augenmotilität und/oder Visusminderung. Die Unterscheidung zwischen Orbital- und Periorbitalphlegmone ist extrem wichtig, da bei einer Orbitalphlegmone die Komplikationsrate mit Visusverlust oder intrakraniellen Infektionen (Sinusvenenthrombose) wesentlich höher liegt. Bei der Orbitalphlegmone ist daher nicht selten eine operative Intervention zur Entlastung der Orbita erforderlich. Häufig kommt es nach Insektenstichen zu einer hyperergen Lokalreaktion, die periorbital zu einer deutlichen Schwellung und Rötung führen kann. Sie ist jedoch meist rasch rückläufig und geht nicht mit Allgemeinsymptomen einher, sodass lokal kühlende Maßnahmen zur Behandlung ausreichen.

Als seltene Differentialdiagnose ist bei adolescenten Patienten an den „Pott's-Puffy-Tumor“ zu denken (4); dabei handelt es sich um seltenes Krankheitsbild mit Osteomyelitis und subperiostalem Abszess. Rezidivierendes Auftreten von Periorbitalphlegmonen ist extrem selten und in der Mehrzahl der Fälle durch begleitende Faktoren (anatomische Anomalien, rezidivierende therapiereisistente Sinusitis) bedingt (5).

Therapie und Prognose

Ohne Therapie kann sich die meist bakterielle Infektion auch von präseptal in die Augenhöhle ausdehnen (Orbitalphlegmone). Komplikationen sind dann Meningitis, Enzephalitis und auch Sinusvenenthrombosen. Die unverzügliche antibiotische Behandlung ist daher obligat (6). Bei Patienten mit ausgeprägter Klinik, nicht zweifelsfreiem Ausschluss einer Orbitalphlegmone und Kinder unter einem Jahr sollte i.v.-antibiotisch behandelt werden und eine Bildgebung veranlasst werden. Bei milder und eindeutiger Klinik kann eine ambulante Therapie mit engmaschiger Kontrolle erwogen werden. Zur Therapiedauer liegen keine kontrollierten Studien vor. Derzeitig wird eine antibiotische Therapie über 7–10 Tage empfohlen.

Literatur

1. Uzcategui N, Warman R, Smith A, Howard CW. Clinical practice guidelines for the management of orbital cellulites. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 1998; 35:73
2. Chaudhry IA, Shamsi FA, Elzaridi E, Al-Rashed W, Al-Amri A, Arat YO. In-Patient Preseptal Cellulitis: Experience from a Tertiary Eye Care Center. *Br J Ophthalmol*. 2008 Aug 12.
3. McKinley SH, Yen MT, Miller AM, Yen KG. Microbiology of pediatric orbital cellulitis. *Am J Ophthalmol*. 2007;144:497-501
4. Lamoreau KP, Fanciullo LM. Pott's puffy tumour mimicking preseptal cellulitis. *Clin Exp Optom* 2008 9; 400-2.
5. Sorin A, April MM, Ward. RF Recurrent periorbital cellulitis: an unusual clinical entity. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2006;134:153-6
6. Starkey CR, Steele RW. Medical management of orbital cellulites. *Pediatr Infect Dis J* 2001; 20:1002

Dr. Anne Ostendorf und Prof. Dr. Peter H. Höger
Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Liliencronstraße 130, 22149 Hamburg

Red.: Höger

Dürfen Asthmapatienten Tauchsport betreiben?

Frage: Ist der Tauchsport kontraindiziert für Asthma-Patienten oder gibt es Möglichkeiten, wie diese Erkrankten diese Sportart ausüben können?

Antwort:

Die Frage des Kollegen ist von erheblicher Bedeutung für den praktizierenden Pädiater. Tauchen kann man aktuell als Trendsportart bezeichnen und die Tauchsportverbände fordern eine ärztliche „Taufähigkeitsbescheinigung“. Da dies kein offizielles Dokument ist, kann die Bescheinigung von jedem Arzt ausgefertigt werden und man ist damit immer häufiger mit der Frage der Tauchtauglichkeit konfrontiert.

Tauchen führt zu einer Reihe von Veränderungen der Atemphysiologie – es ist „Schwerstarbeit für die Lunge“. Die meisten Taucher entwickeln unter Wasser eine verlängerte Inspirationsphase mit der Folge einer Druckerhöhung im kleinen Kreislauf. Der Umgebungsdruck unter Wasser führt zu einer deutlich vermehrten Atemarbeit. Ab ca. 25 m Tauchtiefe ist die maximale willkürliche Ventilation dadurch um etwa die Hälfte reduziert. Die körperliche Anstrengung beim Tauchsport lässt besonders sog. „Belastungsasthmatiker“ als gefährdet erscheinen und es bestehen (berechtigt) Bedenken der Auslösung eines Asthmaanfalles. Aus diesen erheblichen Belastungen der Lunge unter Wasser ergibt sich die Notwendigkeit einer sehr differenzierten und tendenziell restriktiven Beurteilung der Tauchtauglichkeit bei Asthma. Über lange Zeit wurde dezidiert das Vorliegen eines Asthma bronchiale als klare Kontraindikation für den Tauchsport gesehen.

Neuere Daten haben dann Zweifel an dieser Haltung aufkommen lassen. So konnte gezeigt werden, dass gut eingestellte Asthmatiker kein höheres Risiko eines Barotraumas beim Tauchen haben. Auch die früher angenommene höhere Rate von Asthmaattacken darf für den „stabil“ behandelten Asthmatiker durch neuere Daten in Frage gestellt werden.

Man kann also zunächst zusammenfassend sagen, dass als absolute Kontraindikation zum Tauchen eine schwere bronchiale Hyperreagibilität („Belastungsasthma“) in Verbindung mit persistierender obstruktiver Ventilationsstörung oder emphysematische Veränderun-

gen der Lunge gesehen werden müssen. Auch Patienten mit durch Kälte auslösbaren Asthmaattacken sollten vom Tauchen ausgeschlossen werden.

Schwieriger ist die Beurteilung von Patienten, die unter regelmäßiger Therapie weitestgehend beschwerdefrei sind und deren Lungenfunktionsmessung Normalbefunde ergibt. Hier ist sicherlich auch schon aus haftungsrechtlichen Gründen Zurückhaltung geboten. (Der die Bescheinigung ausstellende Arzt muss natürlich für sein „Gutachten“ auch haften, falls es doch Probleme gibt!!!). Hier kann jedoch auf individueller Basis eine Tauchtauglichkeit bescheinigt werden.

Voraussetzung hierfür ist jedoch eine genaue Kenntnis des Leistungsniveaus der Lunge. Es sollte daher eine Röntgenuntersuchung des Thorax vorliegen, eine Messung der Lungenfunktion mit elaborierten Verfahren wie z.B. der Bodyplethysmographie und eine weitergehende Klärung eventuell hier sich aufzeigender Abweichungen der Lungenfunktion vom Normalen, eine Exercise Untersuchung, eine Methacholinprovokation und gegebenenfalls auch eine Kaltluftprovokation. Die Zusammenarbeit mit einem Lungenfacharzt oder einem pädiatrischen Pneumologen ist damit m.E. unumgänglich. Es kann aber nach Vorliegen dieses Befundes durchaus individuell die Tauchtauglichkeit bescheinigt werden. Diese Maßnahmen, auch wenn aufwändig, sind sicher nachvollziehbar im Interesse des Patienten, wenn man trotz dem Vorliegen einer Asthmaerkrankung eine „Risikosportart“ betreiben will.

Für Erwachsene gibt es Richtlinien und auch spezialisierte Kollegen für diese nicht unkomplizierte Problematik. Für Kinder liegen solche Hilfen nicht vor, so dass mit der Frage konfrontierte Kollegen sich hier behelfen müssen. Im Allgemeinen kann man sagen, das vor dem achten Lebensjahr keine „Taufreife“ erreicht ist und damit die für Erwachsene geltenden Richtlinien zumindest von den Techniken auch für Kinder applizierbar sind.

Literatur bei InfectoPharm

Priv.-Doz. Dr. med. P. Ahrens
Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret
Pädiatrisch pneumologisch-allergologisches Zentrum

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.

CONSILIUM
INFECTORUM

Priv.-Doz. Dr. med.
P. Ahrens



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

House Dust Mite Control measures for Asthma, Systematic Review

Goetzsche P.C., Johansen V.K.; *Allergy* 63:646-659, Juni 2008

Für Kinder mit Hausstaubmilbensensibilisierung und Asthma oder chronisch allergischer Rhinitis wird in der Regel eine Reduktion der Milbenbelastung besonders im Schlafzimmer empfohlen, insbesondere Einhüllen der Matratzen und des Bettzeugs sowie Entfernen von Plüschtieren und Teddys aus dem Bettbereich. Ein Cochrane Collaboration Review hat kürzlich 54 Studien mit insgesamt 3002 Patienten daraufhin überprüft, ob eine signifikante Besserung durch physikalische oder chemische Reduktionsmaßnahmen der Hausstaubmilbe erfolgreich seien. Gewertet wurden Verbesserungen in Asthmasymptomen, Medikamentenbedarf und Lungenfunktionswerte. In diesem systematischen Review konnte kein signifikanter positiver Effekt dieser Maßnahmen festgestellt werden.

Kommentar:

Diese Veröffentlichung ist irritierend, da vor einigen Jahren positive Berichte zu diesem Thema veröffentlicht worden sind, so eine Studie von Morgan et al. 2004 im *New England Journal of Medicine* und eine Arbeit von Halcken et al. 2003 im *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. Allerdings war die erste Studie nicht kontrolliert und wurde an einer sehr schwierigen amerikanischen innerstädtischen Problemgruppe junger Asthmatiker durchgeführt. Bei der zweiten Studie konnte eine Reduktion des inhalierten Steroids um 50 Prozent ermöglicht werden, so dass Custovic und van Wijck in einem Review 2005 für Kinder einen gewissen positiven Nutzen vermutet haben. Möglicherweise ist es nicht allein die Empfehlung des „Encasings“, sondern eine umfangreiche Interventionsstrategie bezüglich Hausstaubmilbenreduktion, die effektiv ist. Wir wissen ja, zumindest in der Primärprävention, dass die Hausstaubmilbendichte mit der Schwere der Sensibilisierung korreliert (Lau et al., *Lancet* 2000). Insofern sollten wir, so wie auch in den meisten internationalen Leitlinien üblich, vorläufig das „Encasing“ bei nachgewiesener Milbensensibilisierung noch empfehlen.

(Frank Riedel, Hamburg)

Spectrum and Frequency of Cardiac Channel Defects in Swimming-Triggered Arrhythmia Syndromes

Choi G. et al, *Circulation*; 110:2119-2124, Oktober 2004

Das Auftreten synkopaler Zustände beim Schwimmen oder Tauchen ist eine wohlbekannte Ursache für Ertrinkungs- oder Beinahe-Ertrinkungsunfälle bei Kindern. Zu den möglichen Ursachen solcher Synkopen zählen auch akute Herzrhythmusstörungen, wie sie beispielsweise im Rahmen des Long QT-Syndroms (LQTS) auftreten können. Das LQTS wird der Gruppe der genetisch bedingten Ionenkanal-Erkrankungen des Herzens zugerechnet. Zu dieser Gruppe gehört auch die catecholaminerge polymorphe ventrikuläre Tachykardie (CPVT, eine Erkrankung, bei der anfallsweise lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen auftreten).

Choi et al. sind der Frage nachgegangen, ob es einen Zusammenhang zwischen Ertrinkungs- oder Beinahe-Ertrinkungsunfällen und den oben genannten Ionenkanal-Erkrankungen geben könnte.

Zu diesem Zweck analysierten sie die Aufzeichnungen von 388 nicht-verwandten Patienten, bei denen aus verschiedenen Gründen ein molekulargenetischer Test auf ein LQTS durchgeführt worden war. Dabei wurden fünf LQTS verursachende Gene und das Gen, das für den Ryanodinrezeptor codiert, der für die CPVT verantwortlich ist, untersucht.

Von den 388 Patienten, deren Daten retrospektiv analysiert wurden, hatten 43 Patienten eine positive Anamnese hinsichtlich eines Ertrinkungs- oder Beinahe-Ertrinkungsunfalls.

Molekulargenetisch wurde bei 28 dieser 43 Patienten (65 %) ein LQTS Typ 1 und bei 9 (21%) ein Ryanodinrezeptordefekt nachgewiesen, der für die CPVT verantwortlich ist. Selten, nämlich bei 2 von 43 Patienten, wurde ein LQTS Typ 2 und bei 4 Patienten ein LQTS Typ 4 molekulargenetisch nachgewiesen.

Die Autoren folgern, dass bei Ertrinkungs- oder Beinahe-Ertrinkungsunfällen eine Diagnostik hinsichtlich des LQTS Typ 1 und der CPVT (Ryanodinrezeptor) vorgenommen werden sollte, weil im untersuchten Kollektiv beide Defekte für insgesamt 86% der Fälle ursächliche Bedeutung gehabt haben können.

Kommentar:

Die Arbeit ist von eminenter Wichtigkeit, weil sie zeigt, dass durch Schwimmen spezifische lebensgefährliche Arrhythmien ausgelöst werden können. Deshalb sollte in der Praxis nach Ertrinkungs- oder Beinahe-Ertrinkungsunfällen eine Diagnostik hinsichtlich des LQTS Typ 1 und der CPVT durchgeführt werden.

Dabei ist zu bedenken, dass ein LQTS nur in etwa der Hälfte der Fälle anhand einer verlängerten QT-Zeit im EKG erkannt werden kann.

Bei den betroffenen Kindern sollte im Sinne einer abgestuften Diagnostik neben der Erhebung des Schwartz-Scores auch ein Suprenintest durchgeführt werden, der eine hohe Sensitivität und Spezivität für das Vorliegen eines LQTS Typ 1 aufweist. Anhand dieser Befunde kann dann eine Betablocker-Therapie rasch eingeleitet werden, ohne dass das Ergebnis der molekulargenetischen Untersuchung abgewartet werden muss.

Die CPVT ist derzeit mit klinischen Methoden nicht fassbar.

Zusammenfassend empfiehlt sich für die Stufendiagnostik nach Ertrinkungs- oder Beinahe-Ertrinkungsunfällen bei Kindern folgendes Vorgehen:

1. Ableitung des Standard-EKG's. 2. Erhebung des Schwartz-Scores. 3. Suprarenintest. 4. Molekulargenetische Untersuchung. Sofern die molekulargenetische Untersuchung für das LQTS negativ ausfällt, sollte der CPVT-Gendefekt molekulargenetisch ausgeschlossen werden.

Zu bedenken bleibt, dass die Ableitung des Standard-EKG's zur Diagnostik des LQTS nicht ausreicht!

(Armin Wessel, Hannover)

Hypothermia Therapy after Traumatic Brain Injury in Children

James S Hutchison, RE Ward, J Lacroix et al. for the Hypothermia Pediatric Head Injury Trial Investigators and the Canadian Critical Care Trials Group. *N Engl J Med*; 358: 2447-2456, Juni 2008

Eine internationale Studiengruppe verglich in 17 Zentren – in Kanada, Großbritannien und Frankreich – bei Kindern mit schwerem Schädel-Hirn-Trauma (Glasgow Coma Scale ≤ 8) den Effekt einer Hypothermie (32.5°C für 24 Stunden), begonnen innerhalb 8 Stunden nach dem Trauma, mit normaler Temperatur (37°C). Der primäre Zielpunkt war der Anteil der Kinder mit ungünstigem Ausgang (schwere Behinderung, persistierender vegetativer Status oder Tod) nach 6 Monaten, bestimmt auf der Basis des Pädiatrischen Cerebral Performance Category Score.

225 Kinder im Alter von 1–17 Jahren wurden randomisiert der Hypothermie- oder Normothermie-Gruppe zugeordnet. Die erreichten Temperaturen lagen im Mittel bei $33.1 \pm 1.2^\circ\text{C}$ und $36.9 \pm 0.5^\circ\text{C}$. Nach 6 Monaten waren in der Hypothermie-Gruppe 33 % der Verläufe ungünstig, verglichen mit 22 % in der Normothermie-Gruppe ($P = 0.14$). In der Hypothermie-Gruppe starben 23 Kinder (21 %), in der Normothermie Gruppe 14 (12 %) ($P=0.06$). Die Kinder in der Hypothermie-Gruppe hatten eine ausgeprägtere Hypotonie ($P=0.047$) und benötigten in der Aufwärm-Phase mehr vasoaktive Substanzen ($P < 0.001$) als die Normothermie Gruppe. Die Dauer des Aufenthaltes auf der Intensiv-Station und des gesamten Krankenhaus-Aufenthaltes sowie andere unerwünschte Ereignisse waren in beiden Gruppen ohne nennenswerten Unterschied.

Die Gruppe kam zu dem Ergebnis, dass eine 24-stündige Hypothermie, begonnen innerhalb 8 Stunden nach dem Trauma, keine Verbesserung der neurologischen Schäden bewirkt und die Mortalität möglicherweise erhöht.

Kommentar:

Die Studie weist einige grundlegende Schwächen auf:

- Die große Altersdifferenz von 1–17 Jahren und die Trauma-Ursachen variieren zu stark um eine homogene Beurteilung zu ermöglichen.
- Der Beginn der Hypothermie „innerhalb 8 Stunden nach dem Trauma“ lässt eine unterschiedliche Hirnschädigung in dieser Zeit nicht bewerten.

- Die unterschiedlichen Strategien in den verschiedenen Zentren und insbesondere in den beteiligten Ländern erlauben keine einheitliche Bewertung.

Zur schlüssigen Bewertung wären Subgruppen verschiedenen Alters, insbesondere der 1–3-Jährigen, der 4–6-Jährigen und der 7–17-Jährigen notwendig, sowie der verschiedenen Trauma-Ursachen und der Maßnahmen bis zum Hypothermie-Beginn, bzw. des Zustandes bei Hypothermie-Beginn jeweils in Relation zur einzelnen Variablen.

(Helmut Helwig, Freiburg)

A Randomized, Controlled Trial of Magnesium Sulfate for the Prevention of Cerebral Palsy

DJ Rouse, DG Hirtz, E Thom et al. for the Eunice Kennedy Shriver NICHD Maternal – Fetal Medicine Units Network. – *N Engl J Med*; 359: 895-905, August 2008

In einer placebo-kontrollierten Multicenter Doppelblindstudie in 20 nationalen Zentren des National Child Health & Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network der USA (Nationales Netzwerk für Kindergesundheit und Entwicklung in Mutter-Kind Gesundheits Einheiten) erhielten Schwangere mit unmittelbar bevorstehendem (2–24 Std.) Entbindungs-Risiko zwischen der 24. und 31. Schwangerschaftswoche infolge Blasensprung in der 22.–31. Schwangerschaftswoche oder wegen vorzeitiger Wehen und einer Muttermunds-Erweiterung auf 4–8 cm bei intakter Fruchtblase oder einer indizierten Frühgeburt, z.B. wegen fetalem Wachstumsstillstand, randomisiert entweder eine Bolusinjektion von 6 g Magnesium-Sulfat gefolgt von einer Dauertropfinfusion mit 2 g/Std. oder eine entsprechende Placebo-Gabe.

Das Endresultat waren entweder Totgeburt oder Tod vor dem Ende des 1. Lebensjahres der Frühgeburt bezogen auf das korrigierte Alter oder mäßige bzw. schwere Zerebralparese (CP) mit 2 Jahren oder später.

Wenn der neurologische Befund mit 1 Jahr als normal und altersgemäß befundet wurde, wurde auf die 2-Jahres-Untersuchung verzichtet, da die CP nicht als progressiv gilt.

Von 9141 Frauen, die die Voraussetzungen zur Aufnahme erfüllten, wurden 6909 ausgeschlossen: 5307 Schwangere, die nicht die Einschlusskriterien erfüllten, deren Entbindung in $< 2\text{h}$ zu erwarten war oder bei denen der Muttermund weiter als 8 cm war (1073), bei Blasensprung vor der 22. GW, fehlende Bereitschaft des Geburtshelfers, im Interesse des Fetus zu intervenieren (204), größere Fehlbildungen oder Tod des Fetus, mütterliche Hypertonie oder Preeklampsie (1678), mütterliche Kontraindikationen für i.v. mg-Sulfat, i.v. Mg-Sulfat-Gabe innerhalb der letzten 12 h (1431). 1602 lehnten die Teilnahme an der Studie ab, 921 gaben andere Gründe an.

Insgesamt wurden von Dezember 1997 bis Mai 2004 2241 Frauen randomisiert. Die Ausgangssituation war in beiden Gruppen vergleichbar. 95 % der Kinder konnten nachverfolgt werden.

Das primäre kombinierte Resultat (Tod oder mittelschwere oder schwere CP) ergab keine signifikanten Unterschiede zwischen der Verum- und der Placebo-Gruppe (11.3% und 11.7 %, relatives Risiko 0.97).

Eine CP wurde bei 41 von 942 Kindern der Verum-Gruppe und 74 von 1002 der Placebo-Gruppe diagnostiziert. Die Diagnose einer CP wurde von einem zertifizierten Pädiater bzw. Neuropädiater gestellt.

In einer präspezifizierten zweiten Analyse traten mäßige oder schwere Zerebralpareesen in der Magnesium-Sulfat-Gruppe bei den überlebenden Kindern signifikant seltener auf (1.9 vs. 3.5 %, relatives Risiko 0.55). Die Mortalität der Säuglinge zeigte keine signifikanten Unterschiede (9,5 % vs. 8,5 %, relatives Risiko 1.12). Bei keiner der Frauen kam es zu einem lebensbedrohlichen Ereignis.

Kommentar:

Durch die verbesserten Überlebenschancen auch sehr unreifer Frühgeborener steigt die absolute Zahl der Cerebralpareesen, die auf eine Frühgeburt zurückzuführen sind.

Magnesium-Sulfat wird Schwangeren zur Verhinderung einer drohenden Frühgeburt seit vielen Jahren und auch weiterhin ver-

breitet appliziert, obgleich in randomisierten Studien kein eindeutiger Wirkungsnachweis erbracht werden konnte.

Die hier untersuchte Wirkung von Magnesium-Sulfat für die Neuroprotektion der Frühgeborenen ist in Übereinstimmung mit 4 früheren randomisierten Studien und zeigte (bei den überlebenden) ermutigende Ergebnisse bezüglich einer Verringerung der schweren und mittelschweren CP.

Beachtenswert ist die große Zahl von Schwangeren, die nicht die Voraussetzungen des Protokolls erfüllten bzw. aus anderen Gründen nicht teilnahmen. Daher kann aufgrund der hier vorgelegten Daten die Mg-Sulfat-Gabe, wie in der Studie durchgeführt, nicht allgemeinverbindlich empfohlen werden.

Der Neonatologe oder Pädiater bzw. Neuropädiater sollte die Daten jedoch kennen, um im interdisziplinären Gespräch bzw. in der Betreuung von Frühgeborenen die Mg-Sulfat-Gabe an die Mütter zu erfragen bzw. zu empfehlen.

(Helmut Helwig, Freiburg)

Arthur-Schlossmann-Preis

Die Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie wird auf ihrer Jahrestagung am 03./04.04.2009 in Dresden erneut den Arthur-Schlossmann-Preis vergeben. Er besteht aus einer Urkunde und einer finanziellen Zuwendung von 1500,00 Euro. Mit dem Preis sollen besonders wissenschaftliche Leistungen auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin ausgezeichnet werden. Die Arbeit braucht noch nicht veröffentlicht zu sein, doch soll ihre Veröffentlichung möglichst bevorstehen. Der Preis wird bevorzugt an den wissenschaftlichen Nachwuchs und an Kinderärzte in freier Praxis vergeben. Es können sich Kinderärzte aus dem deutschen Sprachraum bewerben. Die Bewerber müssen **bis zum 31.12.2008** fünf Exemplare ihrer Arbeit an den

1. Vorsitzenden der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie, Herrn Prof. Dr. Th. Richter, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Klinikum St. Georg gGmbH, Delitzscher Straße 141, 04129 Leipzig, einreichen.

Erratum

Bedauerlicherweise haben sich in Heft 8/2008 Fehler sowohl auf der Titelseite als auch in Tabelle 1 beim Beitrag von Frau PD Dr. med. Annette Pohl-Koppe „Neuroborreliose im Kindesalter“ S. 547, eingeschlichen.

Bei dem Rubrikttitel zur Fortbildung auf der Titelseite muss es natürlich heißen „**Zeckenübertragene Erkrankungen**“ und die Tabelle drucken wir hier noch einmal korrigiert ab.

Tab. 1: Infektionsstadien der Lyme-Borreliose

Stadium	I akut-lokal	II akut-systemisch	III chronisch-systemisch
Inkubationszeit	Tage-Wochen	Wochen-Monate	Monate-Jahre
Organsystem			
Haut	Erythema migrans*	multiple Erytemata migrantia* Borrelienlymphozytom*	Acrodermatitis chronica atrophicans
ZNS		akute Neuroborreliose*	chronische Neuroborreliose
Gelenke		Arthralgien*	akute episodische Mon-/Oligoarthritis* Chronische Arthritis
Herz		Myo-/Perikarditis	
Augen		Konjunktivitis	Uveitis intermedia Keratitis
Sonstiges		Myositis	

* fürs Kindesalter typische Manifestationen



Impfforum

Frühgeborene, Apnoen und Impfen

Sie erinnern sich: auf Wunsch der zentralen europäischen Zulassungsbehörde (EMA) wird neuerdings empfohlen, eine Überwachung der Atmung bei Frühgeborenen (≤ 28 SSW) nach Impfungen im ersten Lebensjahr zu erwägen. Die im letzten Impfforum angekündigte Stellungnahme der „Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen“ der DAKJ ist jetzt fertiggestellt (www.dakj.de) und erscheint in vollem Wortlaut demnächst auch im Kinder- und Jugendarzt. Hier die wesentlichen Auszüge vorab:

Wir empfehlen,

- bei sehr unreifen Frühgeborenen (geboren vor der vollendeten 28. Schwangerschaftswoche) die erste Impfdosis DTPa-HepB-IPV-Hib- und Pneumokokken-Konjugat-Impfstoff ab dem Alter von 2 Monaten unabhängig von Zeichen einer unreifen Atmung in der Vorgeschichte noch *während des stationären Aufenthalts* unter Überwachung der Atmung (und ggf. Herzfrequenz) zu verabreichen, wie dies in vielen Einrich-

tungen bereits gängige Praxis ist,

- sofern nach der 1. Impfung *keine* Apnoen und/oder Bradykardien auftreten und das Kind zum Zeitpunkt der 2. Impfung klinisch unauffällig ist, diese wie üblich ambulant zu verabreichen,
- sofern nach der 1. Impfung erstmals oder erneut Apnoen und/oder Bradykardien auftreten, zur 2. Impfung eine adäquate Überwachung der Atmung (und ggf. Herzfrequenz) für 48–72 Stunden sicherzustellen, vorzugsweise im Rahmen einer vorübergehenden Hospitalisation.

Analog dazu ist das Vorgehen bei der 3. Dosis. Dass diese Empfehlung sinnvoll ist, belegt eine aktuelle Studie aus Genf (Fratz-Jequier A et al. *J Pediatr* 2008; 153:429-31). Die Kollegen überwachten stationär Atmung und Kreislauf von 64 Frühgeborenen (<32 SSW) nach der 2. (!) Kombinationsimpfung (DTPa-IPV-Hib \pm HepB und Pneumokokken-Konjugatimpfstoff). Bei 6 von 33 Kindern, die bereits nach der 1. Dosis Apnoen

und/oder Bradykardien gezeigt hatten, wiederholte sich dies auch bei der 2. Dosis. Jedoch traten bei keinem der 31 Frühgeborenen mit unauffälliger Überwachung nach der

1. Dosis Apnoen und/oder Bradykardien nach der 2. Dosis auf. Sie sind also gut beraten, wenn Sie nach dem oben skizzierten Algorithmus vorgehen.

Mumps

Die USA erlebten 2006 mit 6584 gemeldeten Fällen die größte Mumpsepidemie seit mehr als 20 Jahren (Davan GH et al., *N Engl J Med* 2008; 358:1580-9). Vorwiegend betroffen waren College-Studenten, 85 Patienten mussten hospitalisiert werden. Beunruhigend war, dass von 3115 Erkrankten mit bekanntem Mumps-Impfstatus aus den 8 am stärksten betroffenen Bundesstaaten lediglich 13 % ungeimpft waren, wohingegen 25 % einmal und 63 % zweimal geimpft waren. Hat die Impfung versagt? Ja und nein. Der Anteil Geimpfter im Rahmen einer Epidemie lässt ohne Berücksichtigung der Durchimpfungsrate in der altersentsprechenden Bevölkerungsgruppe keine Aussage über die Impfeffektivität zu: ist eine Impfung nicht zu 100 % wirksam, so steigt mit dem Durchimpfungsgrad in der Bevölkerung unweigerlich auch der relative Anteil von Impfversagern an allen Erkrankten. Im Extremfall, bei 100 % Durchimpfungsrate, erkranken nur noch Geimpfte.

Die Wirksamkeit von 1 bzw. 2 Mumps-Impfdosen im Rahmen der Mumpsepidemie wurde jetzt bei Betroffenen aus dem Bundesstaat Iowa analysiert (Marin M et al. *Vaccine* 2008;26:3601-7). Dabei zeigte sich, dass die Schutzrate von 1 und 2 Mumpsimpfdosen gleich war: 84 % (95% Vertrauensbereich: 48-95%) bzw. 80 % (95% VB: 46-93%). Dies stimmt mit vergleichbaren

früheren Untersuchungen überein und liegt deutlich unter der Mumps-IgG-Serokonversionsrate nach Impfung, welche ca. 95 % beträgt (und meist im ELISA bestimmt wird, der nicht notwendigerweise funktionelle, d.h. neutralisierende Antikörper misst). Dass die Schutzrate nach 2 Dosen nicht höher war als nach einer könnte daran liegen, dass bei weitaus den meisten trotz Impfung Erkrankten die 2. Impfdosis 10 Jahre und länger zurücklag. Lässt die durch Impfung induzierte Immunität im Laufe der Zeit nach? Diese Frage konnte in der US-Epidemie nicht schlüssig beantwortet werden und bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten. An unserer Impfstrategie in Deutschland sollten wir festhalten: möglichst alle Kinder ab dem Alter von 11 Monaten zeitgerecht 2 x MMR zu impfen und – wichtig! – Impflücken bei älteren Kindern und Jugendlichen bei jeder sich bietenden Gelegenheit schließen. Dies ist die beste Option, eine hohe Populationsimmunität zu erzielen und Mumpsausbrüche zu verhindern.

Prof. Dr. Ulrich Heininger, Basel

Red.: Christen

Die Zukunft hat schon begonnen

Der Strukturwandel im Deutschen Gesundheitswesen führt zu noch nicht abschätzbaren Veränderungen: 2007 waren 311.000 Ärztinnen und Ärzte berufstätig, davon 136.000 im ambulanten und 148.000 im stationären Bereich, hiervon waren knapp 12.000 Kinder- und Jugendärzte.

Der Gesundheitsmarkt wird attraktiv

Die Gesundheitsausgaben betragen 2007 etwa 239 Milliarden Euro. Auf den Akut-Kliniksektor mit rund 2100 Krankenhäusern und 510.000 Betten entfielen davon 25% der Ausgaben. Im Gesundheitssektor werden in Deutschland mit 3,3 Millionen mehr Arbeitsplätze bereitgestellt als in der Autoindustrie, die mittlerweile überwiegend im Ausland produziert.

Öffentliche Krankenhausträger sind hoch verschuldet, der Investitionsstau wird ständig größer und Gesundheitspolitiker rufen zu mehr Wettbewerb und Wirtschaftlichkeit, zu mehr Transparenz und Qualität auf. Das sind gute Voraussetzungen für private Investoren. Sie sind gewohnt, durch Prozessoptimierung, Standardisierung und Kosteneffizienz die Voraussetzungen für mehr Wettbewerb zu schaffen, um ihren Kapitaleinsatz amortisieren.

Die Investoren stehen bereit

Sie heißen Asklepios, Fresenius-Helios, Rhön, Sana, Mediclin.

Die „Big Five“ betreiben zusammen 299 Einrichtungen mit 70.000 Betten und über 120.000 Beschäftigten. Sie sind gut aufgestellt, so liefert Fresenius-Helios neben medizinischen Bedarf auch Dialyseprodukte. Mediclin verfügt mit Reha-Einrichtungen über ein zweites Standbein.

Der Rhön-Konzern besitzt als einziger eine Universitätsklinik (Gießen/Marburg); auch in der hausärztlichen Versorgung ist er zwischenzeitlich engagiert und will weiter expandieren. Neben Rhön sind auch Fresenius-Helios und Mediclin börsennotierte Unternehmen.

Der deutsche Gesundheitsmarkt ist lukrativ und mit dem schwedischen Unternehmen Capio AB (>1200 Betten, 1560 Mitarbeiter) ist auch der erste ausländische Betreiber im Geschäft.

Neben den privaten Klinikkonzernen und den privaten Betreibern von Reha- und Pflegeeinrichtungen stehen dem ambulanten Bereich als dritte Kraft die gesetzlichen Krankenkassen gegenüber, politisch inzwischen unter einen gemeinsamen Dachverband gezwungen. Auch hier hat ein Konzentrationsprozess stattgefunden. Die Zahl der Krankenkassen ist zwischen 1991 und 2007 von 1200 auf 242 geschrumpft.

Beispiel Hamburg

Wie rasant sich die Versorgungslandschaft verändert hat, soll am Beispiel Hamburgs gezeigt werden.

Der größte Teil der Kliniken des Landesbetriebes (LBK) wurde an Asklepios verkauft, daneben gibt es die Gruppe der Freigemeinnützigen Krankenhäuser sowie Privatkliniken.

Zur Zeit sind 25 MVZ in Betrieb, davon 75% in Hand von Niedergelassenen.

Das jüngste, „AtrioMed“ ist neben Köln die zweite Einrichtung der Technikerkrankenkasse.

Der Aufkauf hausärztlicher Zulassungen zu Höchstpreisen in sowieso schon unterversorgten Regionen und Verlagerung an „lukrative“ Standorte, macht die ganze Problematik deutlich: Sonderbedarfszulassungen müssen errichtet werden, Gesundheits- und Versorgungsziele werden nicht mehr definiert. Statt mit den KVen die Sicherstellung der Versorgung zu betreiben, bewirken diese kassenindividuellen Einrichtungen eine Überversorgung an profitablen Standorten.

KBV versucht gegenzusteuern

Um diesem Wettbewerb noch gewachsen zu sein, haben 40 KV-Vorstände Mitte des Jahres die nicht gemeinnützige Aeskulap-Stiftung gegründet, deren Dienstleistungsgesellschaft „KV-Med GmbH“ ist am Konzern „New Company“ beteiligt.

Die Gesellschaft untersteht damit nicht dem Bundesministerium für Gesundheit, ist eine Aktiengesellschaft, an der die Deutsche Apotheker und Ärztebank 49% Beteiligung hält. Sie soll bundesweit agieren und Unterstützung und Finanzierungshilfe bei Projekten der Niedergelassenen bieten. In Hamburg geschieht das z.Zt. über die MediTool-KV-Beratungsgesellschaft.

Private Träger werden international

Der Wettbewerb im Gesundheitswesen läuft nicht nur auf nationaler sondern auch auf internationaler Ebene ab, das macht die Situation nicht einfacher.

In wenigen Wochen wird in Hamburg die private Medizinische Hochschule 40 Studenten in einem Kooperationsmodell zwischen der Asklepiosklinik St. Georg und der Semmelweis-Universität Budapest ausbilden. Möglich ist dies durch die Europarechtsänderung von 1997, die besagt, dass Dienstleistungen an jedem Ort in der EU erbracht werden können und ein zweiter Niederlassungsort auch von staatlichen Einrichtungen eröffnet werden kann.

Vorbild war die Juristische private Hochschule in Hamburg, die „Burcerius Law School“.

Der Staat zieht sich zurück

Die staatlichen Entscheidungsträger verfügen über wenig betriebswirtschaftlichen und medizinischen Sachverstand und neigen zur bürokratischer Überregulierung. Das macht das System schwerfällig und unflexibel. Die privaten Träger bilden deshalb unter hohen Qualitätsstandards ihre eigenen Führungskräfte aus.

Auch die Pädiater müssen flexibel werden, das heißt, es müssen „Strategische Partnerschaften“ eingegangen werden (mit den Kinderkliniken, mit Konzernen, mit der Stiftung Aeskulap).

Neue Chance für pädiatrische Netze

Die pädiatrischen Netze sind seinerzeit gegründet worden, um auf diese Veränderungen reagieren zu können. Inzwischen sind die Chancen von ärztlichen Gruppen,

eigenständig am Markt zu agieren und zum Beispiel eigene Verträge abzuschließen, deutlich gestiegen.

Pädiatrische Netze sind die Ausgangsbasis für pädiatrische Kompetenzzentren. Um am Markt bestehen zu können, müssen sie sich aber durch Einkauf von externem Management professionalisieren und, konzentriert auf wenige Ziele, die Verbindlichkeit für ihre Mitglieder deutlich steigern.

So hat die ambulante hausärztliche pädiatrische Versorgung eine Chance im Wettbewerb.

Dr. Hannelore Heuchert
Schwanenwik 29
22087 Hamburg

Red.:ge

Betriebswirtschaftliches Denken dringt inzwischen in alle Bereiche der medizinischen Versorgung vor

Die nach Gewinn strebenden Krankenkassen denken an ihren Benefit, um die Beiträge konkurrenzfähig zu halten. Die großen fünf Gesundheits-Konzerne (siehe obigen Beitrag von Hannelore Heuchert) sind wirtschaftlich gut organisierte Unternehmen und gehören mit den weltweit agierenden Pharmafirmen zum umfassenden medizinisch-industriellen Komplex.

Insolvenzen von Apotheken, Krankenhäusern und Arztpraxen werden von Politik und Kassen inzwischen als notwendige Marktberichtigung in Kauf genommen. Die KVen reagieren auf diesen Wandel hilflos. Die Berufsverbände haben die Gefahr oft noch nicht erkannt, sind untereinander zerstritten und damit machtlos.

Ärztinnen und Ärzte in der Patientenversorgung wehren sich bisher am längsten, aber zunehmend vergeblich gegen diesen Wandel. Wobei es innerärztlich Abstufungen gibt: Der Riege der Fachärzte fällt es deutlich leichter, ihr ärztliches Tun unter betriebswirtschaftlichen Aspekten zu sehen. Noch hindert altruistisches Denken die meisten Allgemeinärzte und Pädiater, in ihren Patienten nur noch Kunden zu sehen, die man selbstverständlich für erbrachte Leistungen zur Kasse bitten kann. Aber das sind Rückzugsgefechte, bis auch der Letzte seinen Widerstand aufgibt oder aus dem System aussteigt.

ge

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

Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:

eine
Vertretung

einen
Weiterbildungsassistenten

einen
Nachfolger

einen
Partner

oder suchen Sie als angehender oder ausgebildeter Pädiater:

eine Vertretungsmöglichkeit

eine Weiterbildungsstelle

eine Praxis/Gemeinschaftspraxis
bzw. ein Jobsharingangebot

dann wenden Sie sich bitte an die

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

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

Serie:
**Aus der
Sprechstunde**

Ist es vertragsarztrechtlich zulässig, ein Rezept für ein Medikament ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt auszustellen, wenn der Krankheitszustand der Patientin/des Patienten aufgrund einer eingehenden körperlichen Untersuchung vom Vortag bekannt ist?

Der ärztliche Beruf ist dadurch geprägt, dass der Arzt seine Leistungen grundsätzlich persönlich zu erbringen hat. Das heißt jedoch nicht, dass diese Regel ausnahmslos gilt und jeder Handgriff vom Arzt selbst durchgeführt werden muss.

Für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung gilt, dass der teilnehmende Arzt verpflichtet ist, die

vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben. Persönliche Leistungen in diesem Sinne sind auch Hilfeleistungen nichtärztlicher Mitarbeiter, die der Arzt anordnet und fachlich überwacht, wenn der nichtärztliche Mitarbeiter zur Erbringung der jeweiligen Hilfeleistung qualifiziert ist. Verordnungen dürfen vom Vertragsarzt nur ausgestellt werden, wenn er sich persönlich von dem Krankheitszustand des Patienten überzeugt hat oder wenn ihm der Zustand aus der laufenden Behandlung bekannt ist (§ 15 Abs. 1 und 2 BMV-Ä/EKV-Ä).

Die Verordnung von Arzneimitteln ist aufgrund der erforderlichen besonderen medizinischen Sach-

kunde eine ärztliche Behandlung in diesem Sinne, die damit grundsätzlich durch den Arzt persönlich zu erfolgen hat.

Hat sich der Arzt aufgrund einer eingehenden körperlichen Untersuchung persönlich von dem Krankheitszustand des Patienten – hier unmittelbar am Vortage – überzeugt, kann die Verordnung eines Arzneimittels auch dergestalt erfolgen, dass der Arzt ein durch sein nichtärztliches Hilfspersonal vorbereitetes Rezept unterzeichnet und dieses zur Abholung durch den Patienten/die Eltern bereitgestellt wird. In derartigen Fällen ist ausnahmsweise kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich.

Red: ReH



Gerrit Tigges



Dr. Gottfried
Huss

Jeder Fehler zählt!*

Marvin will nicht mehr schlafen

Was ist passiert?

Es ist Freitag und die Praxis ist voll. Die Mutter des 7-jährigen Marvin, der ein ADHS hat, kommt unerwartet kurz vor 12 Uhr in die Praxis und berichtet weitschweifig von der Sprechstunde beim Kinder- und Jugendpsychiater. Die Medikation-Dosis wurde geändert. Ein Brief von der Sprechstunde oder eine schriftliche Dosisänderung durch den Klinikarzt liegt noch nicht vor. Sie will nicht warten, sondern drängt auf ein neues Rezept. Das gewünschte Rezept wird nach Angabe der Mutter ausgestellt und im Vertrauen rasch unterzeichnet. Wenige Tage später wird die Mutter erneut vorstellig, da Marvin über Schwindel, Herzklopfen klagt und nun gar nicht mehr schläft. Sein Wesen sei verändert. Die Dosis der Verordnung wird mit der inzwischen eingetroffenen Empfehlung verglichen und war doppelt so hoch wie geplant.

Was war das Ergebnis?

Überdosierung von Methylphenidat, keine schwerwiegende Komplikation
Verdross bei allen Beteiligten

Mögliche Gründe

Mangelhafte Mechanismen der kurzfristigen Abstimmung zwischen Klinikprechstunde und Praxis.
Im Vordergrund steht aber die mangelnde Sorgfalt auf der Seite des behandelnden Medizinpersonals.
Leichtfertiger Umgang mit Psychopharmaka – Stimulantien

Wie hätte man das Ergebnis verhindern können?

1. Es sollten zuverlässige Mechanismen der kurzfristigen Abstimmung zwischen Klinikprechstunde und Praxis etabliert sein. Das kann in Papierform (mitgegebene Aufzeichnungen, Kurzbrief von der Klinik, Fax) oder telefonisch geschehen – eigentlich eine Selbstverständlichkeit
2. In der Praxis sollte prinzipiell nur mit einer schriftlichen Dosisanweisung ein neues Rezept im Auftrag eines Dritten ausgestellt werden.
3. Die Klinik-Spezialsprechstunde kann selbst Medikamente verordnen (auch BTM). Das Weiterreichen teurer Verordnungen an die Praxis unter Hinweis auf die Budgets ist nicht rational. Auch die Praxen haben Probleme mit dem Budget und haften im Unterschied zur Klinik persönlich.

Welche Faktoren trugen noch zu dem Fehler bei?

Die Qualität der Kommunikation zwischen Praxis und Klinik
Organisationsniveau in der Praxis, gelebtes Qualitätsmanagement, Fehlermanagement

Wie häufig tritt dieser Fehler auf?

Unbekannt, keine Daten, vermutlich häufiger als vermutet

Redaktion

Dr. Gottfried Huss, Rheinfelden, grhuss@t-online.de, Fax 0762320488

* **Was ist ein Fehler?** Das ist jeder Vorfall, von dem Sie behaupten können „Das war eine Bedrohung für das Wohlergehen des Patienten und sollte nicht passieren. Ich möchte nicht, dass es nochmal passiert“ (Quelle: www.jeder-fehler-zaehlt.de)

Red.: ge

Die Redaktion bittet um weitere lehrreiche Zusendungen nach diesem Schema zur Bearbeitung

BVKJ und BDI im Dialog mit Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt

Am 16.09.2008 fand im Gesundheitsministerium in Berlin ein Gespräch der Bundesministerin für Gesundheit Ulla Schmidt mit dem Berufsverband Deutscher Internisten und dem BVKJ statt. Die beiden Verbände hatten ganz bewusst einen gemeinsamen Termin mit der Ministerin erbeten, um zu dokumentieren, dass die hausärztliche Versorgungsebene nicht allein durch den Hausärzterverband repräsentiert wird und es auch ärztliche Fachgruppen gibt, die sich – trotz gelegentlicher punktueller Interessenskonflikte – bemühen, gemeinsam an der Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens mitzuarbeiten, nicht zuletzt im Interesse der Versicherten und Patienten.



Gesundheitspolitik macht Spaß: Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt mit den Delegationen von BDI und BVKJ

Die Ministerin betonte, dass ihr die Bedeutung von Kinder- und Jugendärzten und hausärztlichen Internisten in der ambulanten Versorgung durchaus bewusst sei und sie auch für sich in Anspruch nehme, dies in ihrem bisherigen Wirken als Ministerin berücksichtigt zu haben, insbesondere was die Kinder- und Jugendärzte angeht.

Kein Problem mit § 73 b?

In ihrem verzweifelten Bemühen, das bayerische Volk vor dem Schicksal zu bewahren, nicht mehr von einer CSU mit absoluter Mehrheit regiert zu werden, hat die bayerische Staatsregierung dem massiven Druck des „Deutschen Hausärzterverbandes“ nachgegeben und wider besseres Wissen eine Gesetzesinitiative zur Änderung des § 73 b des SGB V eingebracht. Käme diese Änderung durch, erhielte der „Hausärzterverband“ faktisch ein Monopol zum Abschluss von Verträgen der hausarztzen-

trierten Versorgung. Im Gegensatz zu den Vertretern von BDI und BVKJ hält es die Ministerin durchaus für möglich, dass sich Internisten und Pädiater mit dem Hausärzterverband über die Inhalte von Verträgen mit den Krankenkassen gütlich einigen könnten. In jedem Fall werde dafür gesorgt werden, dass für Kinder und Jugendliche eine Regelung im Gesetz festgeschrieben wird, die ihnen den direkten Zugang zum Kinder- und Jugendarzt gewährleistet. Es bleibt abzuwarten und zu hoffen, dass die Initiative der bayerischen Staatsregierung nach Abschluss der Landtagswahlen still und heimlich beerdigt wird.

Gleiches Geld für gleiche Leistung?

Entgegen vieler Erwartungen wird es auch 2009 weiterhin erhebliche Unterschiede in der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in den verschiedenen Bundesländern geben. Dr. Hartmann forderte das Ministerium auf, sich hier im Sinne einer Vereinheitlichung einzusetzen, zumal es keine sachlichen Gründe für diese Ungleichbehandlung gebe. Das BMG war hier aufgrund der heftigen Intervention der Ministerpräsidenten aus den reichen Süd-KVen für das Jahr 2009 skeptisch, sah aber sehr gute Chancen zur weitgehenden Nivellierung der Honorare ab 2010.

Kein Grund zur Änderung des § 26?

Während privat versicherte Kinder bis zum 14. Lebensjahr einen Anspruch auf eine jährliche Vorsorgeuntersuchung genießen, sind gesetzlich versicherte Kinder und Jugendliche auf das nach Ansicht des BVKJ lückenhafte Vorsorgeprogramm des Gemeinsamen Bundesausschusses angewiesen. Die Bereitschaft dieses Gremiums, die Vorsorgeuntersuchungen zu reformieren und zu erweitern, hielt sich bisher in sehr engen Grenzen, auch die U7a wurde nur auf Druck des Ministeriums und mit eher fragwürdigen Inhalten eingeführt. Deshalb befürwortet der BVKJ die Änderung des § 26 SGB V dahingehend, dass auch in der GKV versicherte Kinder eine jährliche Vorsorgeuntersuchung in Anspruch nehmen dürfen. Dem möchte das BMG so aber nicht folgen und ist zur Aufnahme weiterer Untersuchungen nur bei Nachweis der Sinnhaftigkeit dieser Maßnahme nach Kriterien der evidence based medicine bereit. Da dieser Nachweis bei Vorsorgemaßnahmen ohnehin nur schwer zu erbringen ist und zudem erhebliche finanzielle Ressourcen verlangt, wird die Einführung weiterer Vorsorgen wohl nur auf dem bisher beschrittenen Wege über Verträge mit Krankenkassen gelingen. Das Ministerium sieht gerade im Grundschulalter immer noch den ÖGD als primären Ansprechpartner. Der BVKJ hat darauf hingewiesen, dass dies den zuständigen Länderministern wohl immer noch

nicht klar sei und die Kinder im Grundschulalter unter diesem Zuständigkeitsstreit zu leiden haben. Der BVKJ wird nicht nachlassen, eine Änderung des § 26 SGB V zu fordern und auch GKV-versicherten Grundschulkindern den Weg zu ergänzenden Früherkennungsuntersuchungen zu ebnen.

Erhalt der Klinikambulanzen

Der EBM 2008 führte zu dramatischen Einnahmehausfällen bei den Klinikambulanzen, die in vielen Krankenhäusern zur Schließung dieser Einrichtung führen werden, falls nicht schnell gegengesteuert wird. Dies würde zu einer deutlichen Verschlechterung der ambulanten kinder- und jugendärztlichen Versorgung führen, die dringend auf die Zusammenarbeit mit den Spezialambulanzen der Kliniken angewiesen ist. Bisher fehlt auf KV-Ebene die Bereitschaft, hier Änderungen vorzunehmen. Die Ministerin machte allerdings unmissverständlich klar, dass man hier die Selbstverwaltung in der Pflicht sieht und gegenwärtig nicht bereit zur Intervention ist.

Zulassung von Kliniken zur ambulanten Versorgung gemäß § 116 b SGB V

Niedergelassene Fachärzte aller Fachgruppen sehen mit einiger Sorge die intensiven Bemühungen von Kliniken, zur ambulanten fachärztlichen Versorgung zugelassen zu werden, wobei sich in manchen Regionen der Bundesrepublik alle Krankenhäuser bewerben, dies sogar in Schwerpunkten, welche eine Klinik bisher gar nicht anbot.

Das BMG hat dieses Problem auch erkannt, möchte aber zunächst die Berichte der für die Zulassung zuständigen Bundesländer abwarten, bevor über Änderungen im Gesetzestext nachgedacht wird.

Sicherung der pädiatrischen Weiterbildung

Seit langem fordert der BVKJ die Aufnahme der Kinder- und Jugendmedizin in das Programm zur Förderung der Allgemeinmedizin, das eine monatliche Unterstützung in Höhe von 2.000 € für Kliniken – aber auch Arztpraxen – enthält, welche angehende Allgemeinmediziner weiterbilden. Bisher waren die Bemühungen des Berufsverbandes nicht von Erfolg gekrönt. Nun aber plant das Ministerium die Gleichstellung aller hausärztlich tätigen Arztgruppen. Falls künftig auch die Weiterbildung von Kinder- und Jugendärzten in Klinik und Praxis auf diesem Wege gefördert würde, stellte dies einen wesentlichen Baustein zur Sicherung einer flächendeckenden pädiatrischen Versorgung auch in Zukunft dar.

Des weiteren will das Ministerium auf dem Wege einer Bonus-Malus-Regelung Kliniken zu verstärkten Weiterbildungsanstrengungen motivieren, zumal ein bedenklicher Trend in manchen Häusern festzustellen ist, nur noch Fachärzte oder fast fertige Weiterbildungsassistenten einzustellen und das aufwendige Geschäft der Weiterbildung den anderen Kliniken zu überlassen.

Augenärzte: Kritik an neuer Kinder-Vorsorgeuntersuchung U7a

Der Berufsverband der Augenärzte (BVA) hat die Ausgestaltung der neuen Früherkennungsuntersuchung U7a kritisiert. Ohne eine augenärztliche Untersuchung im Alter von circa drei Jahren bestünde die Gefahr, behandlungsbedürftige Kinder nicht zu diagnostizieren, so dass diese keine volle Sehkraft erlangten, sagte der Verbandsvorsitzende Bernd Bertram.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bei der Ausgestaltung der neuen Vorsorgeuntersuchung einen Sehtest bei Kindern zwischen dem 34. und 36. Monat durch Haus- und Kinder- und Jugendärzte vorgesehen. Damit hat er sich der Auffassung des Insti-

tuts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) widersetzt. Dieses hat ein Sehscreening für Kinder vor der Einschulung gänzlich abgelehnt.

Krankheiten wie eine Anisometropie, ein Unterschied in der Brechkraft der Augen, könnten jedoch nur Augenärzte rechtzeitig erkennen und behandeln, argumentiert der BVA. Einen flächendeckenden Sehtest durch Augenärzte im Rahmen der U7a hat der Bundesausschuss aus Kostengründen aber dennoch nicht vorgesehen.

ReH



bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Wahlaufruf für den Landesverband Berlin

Termingerecht findet vom **24.11.2008** bis **15.12.2008** die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Delegierten, der Ersatzdelegierten, der Beisitzer sowie des Schatzmeisters statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum **15.12.2008** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Dr. med. Elke Jäger-Roman, Berlin
Landesverbandsvorsitzende



bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

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

Landesverbandsvorsitzender und 1. Delegierter:

Burkhard Frase, Münster

1. stellv. Landesverbandsvorsitzender und 2. Delegierter:

Dr. Martin Bolay, Münster

2. stellv. Landesverbandsvorsitzender und 3. Delegierter:

Dr. Sigurd Milde, Dortmund

4. Delegierte:

Dr. Mechthild Westermann, Porta Westfalica

5. Delegierter:

Dr. Hermann Kalhoff, Dortmund

Schatzmeister:

Dr. Dieter Göhler, Havixbeck

Vorläufiges Ende eines Mythos

Nach Kündigung des „BARMER-Vertrages“ zum Jahresende

„Lieber ein Ende mit Schrecken, als ein Schrecken ohne Ende“, diese Maxime dürfte die für die Kasse außerordentlich schmerzhafteste Entscheidung bestimmt haben. Sie stellt eine Art Notbremse dar, nachdem das **Bundessozialgericht am 6. Februar** dem Vertrag das Gütesiegel „Integrationsvertrag“ abgesprochen hat. Nach Meinung des Gerichts muss ein Integrationsvertrag nicht nur verschiedene Leistungssektoren oder unterschiedliche Fachgebiete umfassen, sondern er muss auch darauf ausgerichtet sein, **Leistungen der bisherigen Regelversorgung zu ersetzen**. Die Beteiligung der Apotheker an einem Hausarztvertrag entspricht nach Meinung der Kasseler Richter nicht den gesetzlichen Anforderungen an einen Integrationsvertrag. Nach dem Richterspruch war die Kürzung der Gesamtvergütungen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und der Krankenhausrechnungen um 1 Prozent zur Anschubfinanzierung aufgrund dieses Vertrages rechtswidrig. Die BARMER wurde verpflichtet, **Rückzahlungen in der Größenordnung von bis zu 60 Mio. Euro** zu leisten, eine beachtliche Summe, auch wenn die Kasse auf entsprechende **Rückstellungen** für den Krisenfall einer negativen BSG-Entscheidung verweisen konnte.

Die BARMER verfolgt offensichtlich das Ziel, in die **Finanzierungswelt des Gesundheitsfonds** ohne die **Hypothek eines Hausarztvertrages** zu starten, der sich im Vergleich zu den Verträgen der Konkurrenz **als recht kostspielig erwiesen hat**.

Wie geht es weiter bei den Hausarztverträgen? Endet der Mythos des Hausarztes als **„Lotse im Gesundheitswesen“**? Nach der Entscheidung der BARMER wird es den Aufsichtsbehörden sehr schwerfallen, die Kassen, die sich in diesem Bereich zurückhalten und erst einmal die **Evaluation von Modellvorhaben abwarten** möchten, aufsichtsrechtlich zum Abschluss von Verträgen zu zwingen. Im Zeitalter des Wettbewerbs und der Gefahr für die Krankenkassen, einen Hausarztvertrag womöglich **allein aus den Zusatzbeiträgen der Versicherten finanzieren** zu müssen, wird es sich empfehlen, jeder Krankenkasse zunächst die Entscheidung zu überlassen.

Es bleibt abzuwarten, ob die **Verhandlungen der BARMER** zu einem „echten“ Hausarztvertrag nach § 73b SGB V – mit dem **Ausstieg aus dem Kollektivvertragssystem** und der „Bereinigung“ der Gesamtvergütung – führen werden. Offen ist auch, ob eine Hausarztvertrag **ohne üppige finanzielle Anreize** zur Beteiligung bei den Versicherten Akzeptanz finden wird. Eine spannende Sache wird auch die **Bereinigung der Gesamtvergütungen**, bei der die KVen **um jeden Euro und Cent kämpfen** werden. In diesen Bereichen wird die AOK Baden-Württemberg erste Erfahrungen sammeln.

Das Vorgehen der BARMER ist im übrigen **keine singuläre Entscheidung**. Nach den Verlautbarungen verschiedener Kassenmanager haben derzeit die „Controller“ der Kassen Hochkonjunktur und stellen die bisher abgeschlossenen Verträge **auf den Prüfstand einer harten Kosten-Nutzen-Prüfung**. Eine „Marktbereinigung“ vor dem Start des Gesundheitsfonds erscheint hier nicht als ausgeschlossen.

Mit freundlicher Genehmigung: gid 2008 / ge



Gesundheit *First Class* in Deutschland



Kurkliniken · Kur- und Wellnesshotels · Kurbäder

SCHMIDT
RÖMHILD

Kurkliniken · Kur- und Wellnesshotels · Kurbäder

Gesundheit *First Class* in Deutschland

Der neue Bildband „Gesundheit First Class in Deutschland“ bietet in luxuriöser Ausstattung ein einzigartiges Panorama der Kur- und Wellness-Angebote in Deutschland. Er versammelt die wichtigsten, schönsten, exklusivsten Adressen, gegliedert nach den Regionen

- Nordsee
- Ostsee
- Mecklenburgische Seenplatte
- Zwischen Maas, Mosel und Weser
- Harz
- Deutschlands Osten
- Nahe, Saar und Pfälzer Wald
- Rhön-Region
- Schwarzwald
- Bodensee und Allgäu
- Oberbayern
- Donautal, Niederbayern, Bayerischer Wald

208 Kunstdruckseiten, durchgehend farbige Abbildungen, Großformat 23 x 26,5 cm, Kunstledereinband mit Goldprägung, ISBN 978-3-7950-7047-2, € 28,20

Ausgewählte Hotels, die das ganz Besondere bieten, sind hier ebenso zu finden wie renommierte Kliniken in den traditionsreichen Kur- und Badeorten. Das Autorenteam vom Redaktionsbüro Lück, München, hat Wert auf das Exklusive gelegt und jene Wellness-, Fitness- und Freizeitangebote dokumentiert, die einen Kur- und Wellness-Aufenthalt zu einem unvergesslichen Erlebnis machen. Umfassend wird der Leser über Kontaktadressen, Internet-Anschriften, Service, Preise u.v.m. informiert. Sport- und Freizeit-Tipps von Nordic Walking über Bergsteigen bis Drachenfliegen runden das Angebot dieses ebenso nützlichen wie ästhetischen Bildbandes ab.

Zahlreiche Farbabbildungen, wertvolle, exklusive Informationen und nicht zuletzt die edle Ausstattung heben diesen Bildband von den üblichen Kur-Ratgebern ab. Das Buch macht Lust darauf, die Kur- und Badeorte selbst einmal kennen zu lernen.



Erhältlich im örtlichen Buchhandel oder direkt beim Verlag.

**SCHMIDT
RÖMHILD**

DEUTSCHLANDS
ÄLTESTES VERLAGS-
UND DRUCKHAUS
SEIT 1579

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

Eine unsittliche Geschichte



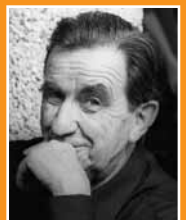
... aber beim Vorlesen wurde es mir, offen gestanden, ein bißchen schwül. Die Kinder waren mäuschenstill, sagten garnichts und haben auch das Thema gestern und heute nicht wieder berührt.

Finden wir soviel vorurteilsfreie Familien, welche wagen, ihren Kindern ein solches Buch in die Hand zu geben? – fragte der Kölner Verleger Hermann Schafstein am 3. September 1902 den damals hochberühmten Dichter Richard Dehmel. Der Herausgeber des geplanten Kinderbuchs mit dem Titel „Der Buntscheck“, das alle Vorstellungen der Reformpädagogen mit Dichtung und Malerei vereinigen sollte, hatte keine Bedenken. Er hatte ganz bewusst seine (von ihm damals schon getrennt lebende) Ehefrau Paula angeregt, eine Reihe von Geschichten von Erlebnissen eines kleinen Mäd-

chens namens Singine für diesen ambitionierten Sammelband zu verfassen und sie dabei auch gedrängt, eine Erzählung zum Thema „Aufklärung“ zu schreiben. „Wie wär’s denn, wenn Du das Kind – das würde durchaus zu ihrem eigensinnig sinnierenden Seelchen stimmen – eine Betrachtung anstellen ließe, wo die kleinen Kinder herkommen?“

Paula zögerte zunächst, aber dann schrieb sie die Geschichte von der Geburt eines Kälbchens. Die kleine Singine fragte die Magd, wo das Kalb hergekommen sei, fragte den Knecht und zu guter Letzt den Vater. „Der saß in der Laube beim

Kaffetrinken. Vati bitte sag mir, von wo kommen die kleinen Kinder? Da hat mich Vater ernst angesehen und mir dann ein sehr schönes Märchen erzählt.“ Paula Dehmel sparte dieses Märchen nicht aus – und das war der Stein des Anstoßes in einer immer noch von Prüderie weitgehend beherrschten wilhelminischen Gesellschaft. „Wenn Eltern sich lieb haben, sendet Gott ihnen manchmal zwei gute Geister, den Engel der Fruchtbarkeit und die Fee des Gedeihens. Der Engel der Fruchtbarkeit wohnt im Vater, die Fee des Gedeihens in der Mutter und beide sehnen sich nacheinander. Und der Engel der



Dr. Roland Stark



Fruchtbarkeit senkt einen Keim tief in den Schoß der Mutter hinein, dass weder Luft noch Sonne ihn trifft; aber die Fee des Gedeihens pflegt ihn und schützt ihn, sodass er Luft und Sonne nicht braucht. Der Engel der Fruchtbarkeit geht zurück zu Gott, die Fee aber bleibt noch und behütet den Keim. Der Keim wächst wie die Blume im Erdboden wächst und gedeiht und wird ein kleiner Mensch. Und an dem Tage, da er seine Augen aufschlagen will, um endlich doch die Sonne zu sehen, trägt ihn die Fee des Gedeihens aus dem Mutterleib hinaus in die Welt; dann kehrt auch sie zu Gott zurück. An dem Tage sagen wir: Es ist ein Mensch geboren, Singine“.

Eben diese Geschichte hatte Hermann Schaffstein beim Vorlesen bedenklich gestimmt und ihn den Staatsanwalt fürchten lassen. Aber Richard Dehmel beruhigte ihn: „Über das Märchen vom Kinderkriegen brauchen Sie sich meines Erachtens keine geschäftliche Besorgnis zu machen. Mir haben zwei Hamburger Lehrer sogar gesagt, dass man gerade diese Geschichte in pädagogischen Kreisen dankbar begrüßt.“ Er sollte sich irren. Hermann Schaffstein in-

formierte ihn von den Reaktionen der Lehrerschaft: „Von zwei Prüfungskommissionen haben wir schon schriftliche Mitteilung: Singinens Geschichte stößt auf starken Widerspruch, ich habe das nicht geglaubt, da in den Lehrerzeitungen wiederholt für die Aufklärung plädiert wurde. Man hält es für zu „gefährlich“. In einer Versammlung von 50 Lehrern wurde das Buch einstimmig abgelehnt.“

Doch nicht nur die (angeblich progressiven) Pädagogen, auch der Sortimentsbuchhandel verweigerte sich. Schaffstein berichtete: „Viele Sortimenter sind, wie wir auf unseren Geschäftsreisen hören mussten, bei ihren Kunden böse angelaufen wegen Singinens Geschichten und schimpfen daher weidlich, dass wir so etwas in einem Kinderbuch brächten.“ Die wirtschaftlichen Konsequenzen blieben nicht aus. Am 1. Februar 1906 beklagte sich Schaffstein über die Umsätze des so großartig angekündigten Buchs bei Dehmel: „Der Absatz des Buntscheck war in diesem Jahr unglaublich niedrig, es sind das ganze Jahr ungefähr 200 Stück verkauft und muss unbedingt etwas getan werden, damit sich der Absatz hebt. Wie der diesjährige Absatz zeigt, ist das Buch geradezu unverkäuflich und bitten wir freundlichst, Frau Paula Dehmel zu veranlassen, die Änderung in gewünschtem Sinn vorzunehmen.“ Von 1500 000 Exemplaren hatte der Herausgeber bei der Abfassung des Verlagsvertrages geträumt – und nun verweigerte das Lesepublikum sogar die für den Verkauf der gedruckten 10 000 Stück notwendigen Umsätze. Hermann Schaffstein kam zurück auf seinen Vorschlag: „Das Blatt heraus schneiden und durch einen anderen Text ersetzen und dann als neue Auflage herausbringen.“ So geschah es. Paula Dehmel schrieb eine andere Geschichte, der Verlag tauschte die Seiten 45–46 bei den noch ungebundenen 6 000 Exemplaren aus. Am 31.8.1906 schrieb Hermann Schaffstein erleichtert: „Die Reinigung des Buntscheck scheint etwas geholfen zu haben. Die Sortimenter weigern sich bei unseren Geschäftsbesuchen nicht mehr, we-

nigstens ein Stück auf Lager zu nehmen.“

Die neue Erzählung handelte von einem Wassermann, den eine Jungfrau küsst, um für ihre Hochzeit Gold von ihm zu bekommen. Das Ergebnis dieses Kusses ist tragisch, sie bekommt ein hässliches Froschmaul und ihr Bräutigam verlässt sie: „Ihr Bräutigam entsetzte sich so vor ihr, dass er zu Schiff ging und nach Amerika auswanderte; und sie hat ihn nie wiedergesehen. Sie ließ sich ein großes steinernes Haus bauen, von dem noch die Ruinen am Birkenhang stehen, und lebte darin mit ein paar grauen Katzen, bis sie endlich starb.“ Diese Geschichte akzeptierte das Publikum, obwohl sie tragisch und sehr viel grausamer als die beanstandete Erzählung war. Hauptsache, es gab keine sittliche Entrüstung. Der Buntscheck, der trotz dieser Affaire das berühmteste Kinderbuch im 20. Jahrhundert werden sollte, hat sich auch weiterhin nur schleppend verkauft. Die Ansprüche von Richard Dehmel waren zu hoch gewesen – sowohl bei den Dichtertexten als auch bei den avantgardistischen Bildern junger deutscher Maler – überstieg er die Aufnahmebereitschaft des Publikums. Hermann Schaffstein resümierte in einem Brief vom 30. April 1912, dass ihm das Buch mit seinem immensen Herstellungsaufwand einen Verlust von 20 000 Goldmark gebracht habe.

Wüsste der Verleger, was heute im Antiquariatshandel für das Buch gezahlt wird, das er zuletzt für 1,- Mark verramschte, er würde nicht wissen, ob er lachen oder weinen sollte.

Die Verlegerbrüder Hermann und Friedrich Schaffstein schrieben sich bis 1904 nur mit einem F.

Dr. Roland Stark
Silcherstraße 21
71686 Remseck

Red.: ge

Fortbildungstermine des BVKJ

November 2008

1. November 2008

Jahrestagung des LV Niedersachsen

des bvjk e.V., Verden

Auskunft: Dr. Tilman Kaethner, Tel. 04731/80016, Fax 04731/80018 ③

14.–15. November 2008

Pädiatrie zum Anfassen

des bvjk 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 bvjk 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

2009

Januar 2009

28.–30. Januar 2009

Seminar für Klinikärzte

des BVKJ e.V. in Altötting

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

März 2009

6.–8. März 2009

15. Kongress für Jugendmedizin

des bvjk e.V., Weimar

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

20.–22. März 2009

Pädiatrie zum Anfassen

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

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

April 2009

18. April 2009

Pädiatrefest 2009

des bvjk e.V., LV Nordrhein, Köln

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

23.–26. April 2009

6. Assistentenkongress

des bvjk e.V., Nürnberg

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

Mai 2009

15.–17. Mai 2009

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

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

16.–17. Mai 2009

Pädiatrie zum Anfassen

des bvjk e.V., LV Thüringen, Erfurt

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

Juni 2009

13.–14. Juni 2009

Pädiatrie zum Anfassen

des bvjk e.V., LV Baden, Freiburg

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

19.–21. Juni 2009

Kinder- und Jugendärztetag 2009

39. Jahrestagung des bvjk e.V., Berlin

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

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

20.–21. Juni 2009

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

in Berlin

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

27. Juni 2009

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

in Worms

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

September 2009

26.–27. September 2009

12. Seminartagung des LV Hessen

des bvjk e.V., Bad Nauheim

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

Oktober 2009

11.–16. Oktober 2009

37. Herbst-Seminar-Kongress

des bvjk e.V., Bad Orb

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

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

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

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

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

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

110 Jahre nach der Geburt von Helen Taussig

Die Retterin der „blauen Kinder“



Eileen Saxon war elf Monate alt. Sie wog 4,5 Kilo und lebte in einem Sauerstoffzelt. Bei kleinster Anstrengung fiel sie aus Mangel an Sauerstoff in Ohnmacht. Am Morgen des 29. Novembers 1944 wurde dieses bläuliche Bündel Mensch mit seinen spitz hervorstehenden Rippen auf den Operationstisch gelegt.

„Es schien unmöglich, dass ein erwachsener Mann in das offene Brustkörbchen eines wie ein Vöglein winzigen Geschöpfes greifen könnte, zarte Blutgefäße herausnehmen und sie zusammennähen könnte. So eine Leistung der manuellen Geschicklichkeit konnte er nur durch seine Selbstsicherheit, außergewöhnliche technische Gewandtheit und unendlichen Glauben in die Gunst des Glückes wagen“, schreibt ein Zeitgenosse über diesen Meilenstein der Heilkunst, als zum ersten Mal ein Mensch eine angeborene Herzanomalie behob. Paradoxerweise um den Preis, eine weitere Anomalie zu schaffen.

Verurteilt zum Ersticken

„Bei der Geburt und im Verlauf des ersten Lebensjahres war das Kind absolut normal. Dann erschien die dunkle Farbe“ schreibt der niederländische Arzt Eduard Sandifort in seiner Schrift aus dem Jahr 1761. Danach beschrieb er, wie der Knabe mehr und mehr blau wurde, hauptsächlich nach Anstrengungen. Als er ihn zur Ader ließ, um die Atemnot zu beheben, sah er, dass auch sein Blut blauverfärbt und außerdem sehr dick war. Der Junge starb mit zwölf Jahren und der renommierte Sandifort wurde um seine Obduktion gebeten. Weil das Kind bei der Geburt normal war, erwartete man den Befund einer erworbenen Störung, vielleicht hervorgerufen durch Rauch aus dem Ofen oder Ähnliches. Der Blick des Sezierers in die Brust aber zeigte, dass die Arterie, die das Blut aus der rechten Herzkammer in die Lungen leitet, an ihrem Austritt aus dem Herzen sehr verengt war.



Das Kind, das an einer angeborenen Fallot'schen Tetralogie litt, hatte als eines der Ersten Glück im Unglück – es wurde an der Baltimore Klinik der Pädiatrischen Kardiologie von Doktor Taussig behandelt.

Außerdem war im Septum, das die rechte und linke Herzkammer voneinander trennt, eine Öffnung. Das hieß, dass in die Lungen nur ein kleiner Teil des Blutes zum Oxydieren gelangte und der Rest des nicht oxydierten Blutes statt in die Lungen nun durch die Öffnung im Septum von der rechten in die linke Kammer und von dort über die Aorta zurück in den Kreislauf floss.

Später wurde dieser angeborene Herzfehler nach dem französischen Pathologen benannt, der herausfand, dass diese zwei Fehler noch mit zwei anderen verbunden sind.

Die Fallot'sche Tetralogie machte sich durch bläuliche Verfärbung der Haut aufgrund von Sauerstoffmangel im Gewebe optisch bemerkbar, so dass man die Betroffenen „blaue Kinder“ nannte.

Obwohl sie aus vollen Lungen atmeten, würgten sie bei kleinster Anstrengung. Logischerweise steigerten sich ihre Beschwerden mit dem Alter, da der wachsende Organismus immer mehr Sauerstoff brauchte. Und so konnten die Ärzte nur passiv zusehen und raten, ob der kleine Patient eher erstickte oder am Kollaps des verzweifelt pumpenden Herzen starb.

Eine wahnsinnige Idee – und eine rettende

Helen Taussig (geboren am 24. Mai 1898 im amerikanischen Cambridge als Tochter eines Professors für Ökonomie) wollte schon von klein auf Ärztin werden. Das aber war in dem damaligen und relativ liberalen Amerika an der Mehrheit der Universitäten nicht möglich. Am Ende schloss sie ihr Studium an der Universität von Kalifornien ab (in Berkeley hatte man sie vorher abgewiesen). Der aufgeklärte Dekan erkannte ihre Fähigkeiten und empfahl sie zum weiteren Studium an die berühmte John Hopkins Universität in Baltimore, wo sie (obwohl Frau und Jüdin, was sie beides nach den damaligen Regeln von einer akademischen Laufbahn disqualifizierte) im Jahre 1927 ihre Dissertation verteidigte. An der dortigen neuen Klinik für Pädiatrische Kardiologie blieb Helen Taussig dann ihr ganzes Berufsleben: von 1930 an als

Leiterin der kardiologischen Abteilung, ab 1959 als Professorin für Pädiatrie).

Es war eine Arbeit nur für starke Naturen: Das Wartezimmer war immer voll von unterentwickelten fast tintenblauen Kindern, die nur imstande waren, ruhig zu liegen, und die bei kleinsten Anstrengungen in Ohnmacht fielen. Verzweifelte Eltern begleiteten sie. Für sie war die Klinik die letzte Hoffnung.

In Laufe der Zeit bemerkte Helen Taussig, dass Kinder die außer dem „Fallot“ auch noch einen offenen arteriellen Kanal hatten, weniger litten. Bei Fallotikern diente diese Verbindung anders als noch in der Gebärmutter dazu, das Blut von der Aorta in die Lungenarterien durchzulassen. Dadurch erhöhte sich der Blutdurchfluss in die Lungen zur Oxydation.

Genau so eine Verbindung müsse man bei den blauen Kindern künstlich schaffen, schlug Helen Taussig vor.

Zur Verwirklichung ihres Planes suchte sie sich den Chefchirurgen der Hopkins-Universität, den ehrgeizigen Alfred Blalock, und seinen zwar nicht akademisch gebildeten, aber äußerst geschickten afroamerikanischen technischen Assistenten Vivian Thomas als Mitstreiter aus.

Als sie irgendwann im Verlauf des Jahres 1943 mit ihrem Plan zu ihnen kam, waren beide entsetzt. Dann aber begriffen sie das Angebot als eine Herausforderung und begannen, sich auf „das Meisterwerk der experimentellen Installateurskunst“, wie es später Blalock in seiner Autobiographie beschrieb, vorzubereiten.

Kinder wieder rosig

Die künstliche Verbindung sollte von der linken A.subclavia in die linke A.pulmonalis führen. Die Technik der Operation entwickelte Thomas zunächst an Tieren. Doch auch Versuche an zweihundert Hunden garantierten nicht die Funktion beim Menschen. Den Nachweis konnte nur eine Operation am Menschen geben.

Als Taussig Eileen Saxon vorschlug, antwortete Blalock: „Ja, das ist genau der Typ eines Kindes an dem man es versuchen sollte. Eine neue Operation macht man nicht an jemanden, der noch relativ gut dran ist – eine neue Operation macht man an einem Patienten, der ohne sie eine Nullchance zum Überleben hat“.

Die erste Operation eines angeborenen Herzfehlers führte Blalock mit Hilfe zweier seiner erfahrendsten Kollegen und erfahrendsten Anaesthesisten durch. Während der Operation stand Thomas stets dicht hinter Blalock, wie ein Falke beobachtete er jede seiner Bewegungen am pulsierenden Herzchen. Einige Male machte er seinen Chef darauf aufmerksam, dass er seine Naht um Haaresbreite neben die optimale Stelle gesetzt hat, ständig kontrollierte er, ob die Naht optimal festgezogen war.

Der Zustand der Patientin blieb kritisch, erst am Ende der zweiten postoperativen Woche wurde es klar, dass das Mädchen über die Runden kommen würde.

„Als man mir zum ersten Mal erlaubte, Eileen zu besuchen, war das wie ein Wunder ... Niemals vorher hatte sie eine rosige Farbe. Genau so wie andere Kinder ... Ich war ganz außer mir vor Freude!“ erinnerte sich die Mutter an den Moment als sie ihre Tochter zum ersten Mal nach der Operation sah.

Bis zum 1. November 1945 unterzogen sich der Blalock-Taussig Operation bereits 55 Patienten, im Verlauf der weiteren fünf Jahre waren es schon 1.037. In dieser Zeit fiel die Mortalität von 20% auf 5%.



Immer aber ging es „nur“ um die gangbarste Art, das Blut in die Lungen zu bekommen. Die komplette chirurgische Lösung der Fallot'schen Tetralogie ermöglichten erst nach Einstieg des extrakorporalen Kreislaufes in den 50er Jahren Operationen am stillgelegten und offenen Herzen.

Als erste Kinderärztin und erste Frau wurde Helen Taussig im Jahre 1965 Präsidentin der Amerikanischen Herzassoziation. Nach ihrem Pensionierung um 1980 lebte sie ledig, kinderlos, im Seniorenheim in Crossland unweit von Philadelphia.

Am 21. Mai 1986 – drei Tage vor ihrem achtundachtzigsten Geburtstag, lud sie einige Mitbewohner des Seniorenheims in ihren Wagen und fuhr sie zu Wahlen. Dabei prallte ein anderer Wagen von der Seite auf ihren Wagen. Niemandem geschah etwas, nur die Fahrerin überlebte den Unfall nicht.

Mit freundlicher Genehmigung:
MEDICAL TRIBUNE CZ, IV. Jahrgang, Nr. 16 vom
26. Mai 2008 B6

Autor: František Houdek

Übersetzung aus dem Tschechischen:
Dr. med. Dimitrij Pick
Arzt für Chirurgie
Thomas-Mann-Str. 2
40699 Erkrath
02104 4 37 33

Red: ReH

Wir gratulieren zum Geburtstag im November 2008

65. Geburtstag

Frau Dr. med. Insa *Neumann-Kiesel*, Boostedt, am 01.11.
 Herr Dr. med. Dr. habil. Ulrich *Schneider*, Waiblingen, am 01.11.
 Herr Dr. med. Hubert *Franke*, Mainz, am 04.11.
 Herr Peter *Lochner*, Murnau, am 04.11.
 Frau Karin *Schwenski*, Lichtenstein, am 07.11.
 Herr Dr. med. Volker *Heckel*, Erlangen, am 10.11.
 Frau Dr. med. Brigitte *Deneke*, Tostedt, am 12.11.
 Frau Dr. med. Katharina *Dittmer*, Wedel, am 12.11.
 Frau Dr. med. Heidemarie *Hafften*, Rostock, am 13.11.
 Frau Dr. med. Sabine *Larisch*, Berlin, am 14.11.
 Frau Silvia *Braband*, Glienicke, am 16.11.
 Herr Dr. med. Rüdiger *Fett*, Schwarzenbek, am 16.11.
 Herr Dr. med. Udo *Reiser*, Fritslar, am 18.11.
 Herr Dr. med. Klaus *Runge*, Remscheid, am 19.11.
 Herr Dr. med. Norbert *Stockmann*, Lippstadt, am 20.11.
 Herr Dr. med. habil. Hans Jürgen *Pfeifer*, Essen, am 21.11.
 Herr Dr. med. Burkhard *Spreter v. Kreudenstein*, Schülpl, am 24.11.
 Frau Eva Maria *Hemforth*, Burladingen, am 27.11.

70. Geburtstag

Herr Dr. med. Hans Eberhard *Goeke*, Eggenstein-Leopoldshafen, am 01.11.
 Frau Dr. med. Barbara *Priesemann*, Schwerin, am 03.11.
 Frau Dr. med. A.-O. *Binder-Popescu*, Mülheim, am 06.11.
 Frau Dr. med. Diethild *Voigt*, Stralsund, am 06.11.
 Herr Dr. med. Jörg *Niederle*, Geldern, am 17.11.
 Herr Dr. med. Hans-Georg *von Dehn*, Wuppertal, am 18.11.
 Herr Prof. Dr. med. Peter *Emmrich*, Baldham, am 21.11.
 Herr Prof. Dr. med. habil. Siegwart *Bigl*, Chemnitz, am 23.11.
 Herr Dr. med. Max *Schmidt*, Nürnberg, am 25.11.

Herr Dr. med. Dieter *Himmelreich*, Bad Wimpfen, am 29.11.
 Frau Dr. med. SR Ingrid *Arnold*, Plau am See, am 30.11.

75. Geburtstag

Frau Dr. med. Erika *Qual*, Heilbronn, am 04.11.
 Herr Dr. med. Werner *Hoedt*, Berlin, am 08.11.
 Frau Dr. med. Hildegard *Pelkmann*, Mülheim, am 10.11.
 Herr Dr. med. Christoph *Atzler*, Nittendorf, am 12.11.
 Frau SR Erna *Schäffer*, Wesenberg, am 15.11.
 Herr PD Dr. med. Klaus *Witzel*, Düsseldorf, am 16.11.
 Herr Dr. med. Claus *Hager*, Ingolstadt, am 25.11.

80. Geburtstag

Herr MR Dr. med. Johannes *Ziesche*, Königswartha, am 02.11.
 Herr Dr. med. Reinhart *Gidion*, Hamburg, am 30.11.

81. Geburtstag

Frau Dr. med. Agnes *Bohmert*, München, am 04.11.
 Herr Dr. med. Kurt *Weimar*, Wiesbaden, am 07.11.
 Herr Dr. med. Harald *von Zimmermann*, Köln, am 10.11.

82. Geburtstag

Frau Dr. med. Margot *Puschmann*, Tönisvorst, am 12.11.
 Frau Dr. med. Hanne-Lore *Karch*, Berlin, am 30.11.

83. Geburtstag

Frau Dr. med. Ursula *Schmitz*, Gelsenkirchen, am 02.11.
 Herr Dr. med. Günter *Kretzschmar*, Traunreut, am 11.11.

85. Geburtstag

Frau Dr. med. Irmgard *Holzer*, Baden-Baden, am 06.11.
 Frau Dr. med. Silvia *Koch*, Hemer, am 17.11.
 Frau Dr. med. Christiane *Klein*, Essen, am 22.11.

86. Geburtstag

Frau Dr. med. Anne *Rieder*, Mannheim, am 09.11.
 Herr Dr. med. Karl-Ernst *Sudhoff*, Leer, am 14.11.

Herr Dr. med. Heinz *Schmidt-Rohr*, Wiesloch, am 27.11.

87. Geburtstag

Frau Dr. med. Hildegard *Schneider*, Edingen-Neckarhausen, am 05.11.
 Frau Dr. med. Irmgard *Bohe*, Warder, am 28.11.

88. Geburtstag

Herr Prof. Dr. med. Heinrich *Rodeck*, Recklinghausen, am 01.11.
 Frau Dr. med. Gisela *Kaselowsky*, Gütersloh, am 04.11.
 Herr Dr. med. Günter *Lampe*, München, am 11.11.
 Herr Dr. med. Jürgen *Rosenthal*, Lohr, am 18.11.
 Herr Dr. med. Heinz *Scheurer*, Lüdenscheid, am 21.11.
 Frau Dr. med. Liselotte *Wilbers-Seyfarth*, Oberhausen, am 23.11.
 Herr Dr. med. Hans-Ernst *Körner*, Sasbachwalden, am 24.11.

89. Geburtstag

Frau Dr. med. Elisabeth *Härtel-Bothe*, Hannover, am 01.11.
 Herr Dr. med. Burckhardt *Knaut*, Lage, am 20.11.
 Herr Dr. med. Karl Bernd *Starke*, Essen, am 24.11.

94. Geburtstag

Frau Dr. med. Erika *Böhm*, Weißenburg, am 09.11.
 Frau Dr. med. Eughenia *Popovici*, München, am 16.11.
 Frau Dr. med. Irmgard *Dorn*, Dortmund, am 30.11.

97. Geburtstag

Frau Dr. med. Jutta *Büren*, Krefeld, am 13.11.
 Frau Dr. med. Christa *von Hattingberg*, Eckelsheim, am 20.11.

Wir trauern um:

Herr Dr. med. Dieter *Klebe*, Oberursel
 Herr Dr. med. Ulrich *Narloch*, Waltenhofen
 Frau Dr. med. Nataly *Proksch*, Bergisch Gladbach
 Herr Dr. med. Peter *Winterstein*, Göppingen

Als neue Mitglieder begrüßen wir

Landesverband Baden-Württemberg

Herrn Dr. med. Christof *Wettach*
Herrn Dr. med. Wilfried *Diener*

Landesverband Bayern

Frau Dr. med. Margarete *Giesen*
Frau Dr. med. Angelika *Krost*
Frau Andrea *Hoffmann-Kuhnt*
Herrn Jörg *Blume*

Landesverband Berlin

Frau Dr. med. Christiane *Planke*
Herrn Dr. med. Joao *Da Palma*
Frau Sebnem *Celik-Bilgili*

Landesverband Hamburg

Herrn Ralf *Alberti*

Landesverband Hessen

Frau Sigrid *Wambach*
Frau Bianca *Deventer*
Herrn Dr. med. Harry *Hoske*
Frau Heike *Großmann-Damm*

Landesverband Niedersachsen

Frau Ulrike *Rötgers*

Landesverband Nordrhein

Herrn Univ.-Prof. Dr. med. Horst
Schroten
Frau Dr. med. Gabriele *Zell*

Landesverband Rheinland-Pfalz

Herrn Michael *Razen*

Landesverband Sachsen

Frau Dr. med. Ines *Stegner*
Frau Dipl.-Med. Sieglind *Dörffel*

Landesverband Schleswig-Holstein

Frau Jana *Jantzen*
Frau Dr. med. Mirjam *Fliedner*

Landesverband Thüringen

Frau Friederike Freiin *von Dobeneck*

Landesverband Westfalen-Lippe

Herrn Dr. med. Stefan *Bittmann*
Herrn Dr. med. Andreas *Winkhaus*

Gemeinnützige
Betreuungsgesellschaft für
Soziale Einrichtungen mbH (BsE)



Fachärztin/Facharzt für Kinderheilkunde

Die gemeinnützige Betreuungsgesellschaft für soziale Einrichtungen mbH (BsE) sucht für ihr Mutter-Kind-Kurzentrums **Carolinensiel**, ostfriesische Nordseeküste, zum nächstmöglichen Termin eine/einen **Fachärztin/Facharzt für Kinderheilkunde**.

Die nach § 111a anerkannte Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung ist spezialisiert auf die Behandlung von Müttern mit Kindern/Vätern mit Kindern. Der therapeutische Schwerpunkt liegt bei den erwachsenen PatientInnen im Bereich psychosomatischer Erkrankungen und Adipositas. Bei den Kindern handelt es sich vorwiegend um Atemwegs- und Hauterkrankungen, Adipositas, Verhaltensauffälligkeiten und AD(H)S. Die Einrichtung hat eine Kapazität von 122 Betten.

Wir erwarten:

- Fachkompetenz bzgl. vorgenannter Indikationen
- Erstellung individueller Therapiepläne unter Einbezug der Eingangs- und Verlaufsdagnostik, Ergebniskontrolle
- Durchführung von Schulungen und Vorträgen
- Mitwirkung bei Projekten zur Weiterentwicklung der Klinik, Aufgeschlossenheit für Teamarbeit
- die Bereitschaft zur Teilnahme an der ärztlichen Rufbereitschaft

Wir bieten:

- ein gutes Betriebsklima
- einen vielseitigen und interessanten Arbeitsplatz
- teamorientiertes Arbeiten
- Vergütung nach dem DRK-Reformtarifvertrag
- Hilfe bei der Wohnungssuche

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung. Bitte richten sie diese mit den üblichen Unterlagen an:

Deutsches Rotes Kreuz · Gemeinnützige Betreuungsgesellschaft für soziale Einrichtungen mbH (BsE)
Postfach 25 01 63 · 40093 Düsseldorf
Ihre Ansprechpartnerin: Frau Jordan, Tel.: 0211 3104-228

● Tagungen

12. November 2008

Siegen

6. Siegener Fachtagung „Dauerbeatmete Kinder und Jugendliche“

Info: ellen.koenig@gkind.de

15.–16. November 2008

Koblenz

Jahrestagung des BOD 2008

Info: bod.orthoptistinnen@gmx.de

19.–21. November 2008

Frankfurt/Main

53. Tagung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft in der Pädiatrischen Hämatologie und Onkologie (PSAPOH)

Info: www.kinderkrebsinfo.de/psapoh

21.–22. November 2008

Heidelberg

Kongress „ADHS – Kritische Wissenschaft und therapeutische Kunst“

Info: info@syshd.de, www.erfindungsgeist.de

22.–23. November 2008

Wangen/Allgäu

Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer 2008

Info: www.aabw.de

6.–7. Dezember 2008

Wangen/Allgäu

Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer 2008

Info: www.aabw.de

12.–13. Dezember 2008

Tübingen

Symposium Tübinger Kinderchirurgie

Info: www.conventus.de/tks2008

17. Januar 2009

Berlin

Pädiatrische und kinderchirurgische Notfälle in Klinik und Praxis

Info: http://ohc-charite.de/fw/shtml

20.–21. März 2009

Neu-Ulm

23. Jahrestagung der Vereinigung für Kinderorthopädie

Info: info@kmb-lentsch.de,
www.kinderorthopaedie.org

1.–4. April 2009

Hamburg

24. Jahrestagung der GPGE

Info: k.muenzberg@uke.de

15.–17. Mai 2009

Karlsruhe

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

Info: Digel.F@t-online.de

19.–20. Juni 2009

Mannheim

28. Jahrestagung der Sektion Kindertraumatologie in der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.

Info: www.conventus.de/skt2009

● Praxistafel

Kinderärztin/Kinderarzt als Teil-/Vollzeitkraft in gut gehender Kinderarztpraxis in Köln gesucht. Spätere Praxisübernahme möglich.

Zuschriften unter Chiffre 1752 KJA 10/08 an den Verlag erbeten.

Pädiatrie / Nördl. von Hamburg

zentrale Lage, ausbaufähig.

Zuschriften unter Chiffre 1769 KJA 10/08 an den Verlag erbeten.

Sehr gut gehende Praxis, Sperrgebiet Harz, zum Anfang 2009 abzugeben.

Zuschriften unter Chiffre 1771 KJA 10/08 an den Verlag erbeten.

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

Die Welt der Kinder im Blick der Maler

Dieses Familienporträt erregt unsere Aufmerksamkeit durch die lebendige Darstellung der Familie bei einer Mahlzeit, die ungezwungene Fröhlichkeit der beiden Geschwister in der Mitte und den Reichtum der Details. Jedes Familienmitglied weist ganz charakteristische, individuelle Züge auf, was hinsichtlich der Entstehungszeit des Gemäldes recht außergewöhnlich ist. Der gebildete Haarlemer Bürger Foppeszoon war als Freund und Förderer des jungen Malers bekannt. Er wird uns hier in würdiger Haltung vorgestellt. Die Gesichtszüge des fröhlichen Jungen weisen eine deutliche Ähnlichkeit mit denen des Vaters auf, ebenso liegt eine Ähnlichkeit zwischen dem Mädchen und der Mutter vor. Der nackte Knabe auf dem Schoß der Frau, der das Kreuz des Rosenkranzes ergriffen hat, lässt an das Jesuskind auf dem Arm der Madonna denken. Aber daneben gibt es eine Fülle weiterer Gegenstände zu betrachten, die uns etwas erzählen wollen. Nur ist uns deren Sprache in den vergangenen Jahrhunderten verloren gegangen. Also: das Weinglas, das der pater familiae erhoben hat, weist mit dem dabei liegenden Brot auf die Eucharistie hin. Der Apfel erinnert an den Sündenfall, die Nüsse an das Kreuzesopfer, die Kirschen symbolisieren die Hoffnung auf das ewige Leben, der Käse die Tugend der Mäßigung. Eigenartig ist auch der helle Himmel mit



Heemskerck, Maarten van (1498–1574). „Familienbild“, vor 1532. Oel auf Eichenholz, Kassel, Staatliche Kunstsammlungen.

Foto: akg-images

seinen interessanten Wolkenformationen anstelle einer Zimmerrückwand. Vielleicht soll dadurch die Bedeutsamkeit der dargestellten Szene besonders hervorgehoben werden. Wir sollen uns nicht an den Augenblick verlieren, sondern an die Ewigkeit denken.

Die Früchte, Gefäße, Messer und sonstigen Gegenstände auf dem Tisch stellen zugleich wichtige Vorstufen der späteren niederländischen Stillebenmalerei dar.

Heemskerck war ein bedeutender Vertreter des niederländischen Romanismus, der sich an der italienischen Hochrenaissance orientierte. Wie sein Lehrer Jan van

Scorel studierte er antike Bau- und Bildwerke in Rom und setzte sich mit den Werken von Michelangelo und Raffael auseinander. Seine Zeichnungen nach antiken Denkmälern und italienischen Bauten haben neben dem künstlerischen auch einen dokumentarischen Wert, weil sie historische Denkmäler präzise wiedergeben. In seinen Porträts vermied er eine zu weitgehende Idealisierung und arbeitete die individuellen Merkmale heraus.

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

Red.: ge

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

Buchtipp

Rupert Dernick und Werner Tiki
Küstenmacher

Topfit für die Schule durch kreatives Lernen im Familienalltag



München 2008, 192
Seiten, Kösel-Verlag,
15,95€

ISBN: 978-3466307777

„Topfit für die Schule“
– und für noch viel
mehr.

Noch ein Eltern-Rat-
geber mit aufgewärm-
ten Tipps wie Rituale,
Grenzen setzen und
vorlesen? Ganz sicher
nicht! Die Hinweise

zum kreativen Lernen im Famili-
enalltag bestechen durch strikte
Anwendbarkeit. Sie sind prak-
tisch, handfest und gut umsetz-
bar.

Der niedergelassene Kinder- und
Jugendarzt Dr. Rupert Dernick
und der bekannte Illustrator Werner
Tiki Küstenmacher haben ein
sehr kurzweiliges und dennoch
nachdenkliches Buch geschrie-
ben, das geprägt ist vom Glauben
an die Fähigkeiten und Mög-
lichkeiten jedes Kindes.

Hauptanliegen ist nicht die ge-
zielte Förderung von Entwick-
lungsdefiziten, sondern die Lern-
offenheit und Neugier der Kinder
für eine gesunde Entwicklung so
zu nutzen, dass spielerisch, quasi
anstrengungslos und nebenbei
wichtige Vorläuferfunktionen für
den Schulalltag erworben wer-
den.

Den Eltern wird stets Mut ge-
macht, ihrem Kind mehr zuzu-
trauen und in die täglichen Auf-
gaben im Familienalltag liebevoll
einzubeziehen.

Das Buch ist übersichtlich in drei
größere Abschnitte gegliedert:
Im ersten Teil „Was sollte ein
Kind vor der Schule können?“
werden wichtige Entwicklungs-
voraussetzungen in der Grob-
und Feinmotorik bewusst ge-
macht, und kognitive Kompeten-
zen wie Mengen, Reihenfolgen
und zeitliche Abläufe in den Mit-
telpunkt gestellt. Die wichtigen

sprachlichen und sozialen Fer-
tigkeiten werden besonders be-
achtet, damit Selbstständigkeit
und Integration gut gelingen
können.

Der zweite Teil „Der richtige
Zeitpunkt – Wann sollen Kinder
was lernen?“ ist die conse-
quente Fortsetzung und Erweite-
rung der von Dr. Dernick entwik-
kelten „FamilienErgo“ und be-
ginnt mit der Erziehung zur
Selbstständigkeit im Alter von
0–3 Jahren. Der Autor stellt er-
frischend althergebrachte Volks-
meinungen auf den Prüfstand,
z.B. dass ein Kind viel trinken
sollte, Fieber gesenkt werden
muss oder die Mutter etwas Fal-
sches gegessen hat, wenn der
gestillte Säugling schreit. Das
nimmt Stress aus jungen Fami-
lien!

Das Anziehtraining ist ein schö-
nes Beispiel wie mit wenig Auf-
wand das Kind selbstständiger
und selbstbewusster wird und
die Eltern entlastet werden. Über
die aktive Mitwirkung im Haus-
halt mit ihren vielfältigen Mög-
lichkeiten wird der Weg zur
Schulreife bereitet.

„Schwierigkeiten überwinden“
heißt der 3. Teil, indem die Hür-
den erstmal entdeckt und be-
nannt werden. Z.B. landen Eltern
aus Liebe und Fürsorge oft
schleichend in der Verwöhnungs-
falle: Über 40% der 4^{1/2} bis 5-Jäh-
rigen werden noch angezogen.
Bei den 5^{1/2} bis 6-Jährigen
schmieren nur 22% gelegentlich
und 13% fast nie ihr Brot selbst.
Wenn Eltern für ihre Kinder Auf-
gaben erledigen, die sie selber
machen könnten, dann ist das
nicht hilfreich, sondern macht ab-
hängig und unselbstständig. Kin-
dern, auch solchen mit Entwick-
lungsstörungen, sollte nur das
abgenommen werden, was sie
selbst noch nicht können. Aus lie-
bevoller Unterstützung und Unsie-
cherheit im Umgang mit Behin-
derungen wird manchem Kind
zuviel abgenommen und damit
um eigene Erfahrungen ge-
bracht. Irgendwann setzen diese
Kinder verständlicherweise ihr
Handicap auch zur eigenen Er-
leichterung ein.

**Entwicklungsbedingungen
sind durch Eltern beeinfluss-
bar!** Diesen Spielraum einfühl-
sam und mutig voll zu nutzen und
zu erweitern ist das elementare
Anliegen der Autoren. Dazu ge-
ben sie reichlich Hinweise, um
Alltagshürden wie Zeitmangel
oder den dominanten Fernseher
zu überwinden.

Von den Eltern können die bei-
gefügteten Leuchtsterne zur Be-
lohnung für einen gelungenen
Entwicklungsschritt vergeben
werden.

Im Anhang werden gezielte Hil-
fen bei Entwicklungs- und Wahr-
nehmungsstörungen mit dezi-
dierten Hinweisen zur Übung im
Alltag benannt.

Eine Liste mit weiterführender Li-
teratur und Adressen für Eltern-
schulungen runden das Buch ab.
In einer neuen Auflage könnten
die Seitenzahlen besser außen
platziert werden (jetzt unten in
der Mitte am Buchfalz).

„Topfit für die Schule“ kann allen
Eltern von Klein- und Vorschul-
kindern sowie deren Großeltern
uneingeschränkt empfohlen wer-
den. Dem Kinder- und Jugend-
arzt bietet es viele wertvolle An-
regungen für fundierte Ber-
atungsgespräche.

Eckhard Ziegler-Kirbach
Am Alten Hafen 117
27568 Bremerhaven

Red.: ge

Pädiatrie Grundlagen und Praxis

(Eds.): M. J. Lentze; J. Schaub;
F. J. Schulte; J. Spranger

Springer Medizin Verlag Heidel-
berg, 3. Auflage 2007, ISBN
978-3-540-71895-6, 1.949 Seiten,
teilw. in Farbe, 189,95 €

Das von den Herausgebern M. J.
Lentze, J. Schaub, F. J. Schulte,
J. Spranger im Jahr 2000 zum
ersten Mal aufgelegte Fachbuch
„Pädiatrie – Grundlagen und Pra-
xis“ sollte ursprünglich die Lücke
zwischen den Lehrbüchern der
Kinderheilkunde für Studenten
und den angloamerikanischen
Textbooks für Fachärzte schlie-
ßen. Damit wurde es so erfolg-

reich, dass es nun in einer vollständig überarbeiteten und erweiterten dritten Auflage erschienen ist. Hierbei standen den Herausgebern mehr als 200 weitere Fachkollegen und Kollegen aus anderen Fachgebieten aus dem deutschsprachigen Raum als Autoren zur Verfügung.

Auf knapp 2000 Seiten versuchen die Autoren, das aktuelle Wissen in der Kinderheilkunde in einem Lese- und Nachschlagewerk für Ärzte in der Facharztausbildung, Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Chefärzte, Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst und niedergelassene Kinderärzte umfassend und prägnant darzustellen. Dabei haben nicht nur neue Erkenntnisse der Molekularbiologie oder Pathophysiologie dazu beigetragen, dass sich der Umfang des Buches seit der ersten Ausgabe erheblich vergrößert hat. Neue Arbeitsfelder der Kinder- und Ju-

gendmedizin haben neue bzw. ausführlichere Kapitel notwendig gemacht, z.B. „Krankheitsprävention“, „Kind und Gesellschaft“, „Impfungen“, „Pränatale Medizin“ oder auch „Seelische Entwicklung und ihre Störungen“. Die klassischen Themen der Kinderheilkunde wie z.B. Infektions-, Stoffwechsel- oder neurologische Krankheiten werden übersichtlich und kompetent von der Definition über Ätiologie und Pathogenese, Klinik, Diagnostik und Differentialdiagnose bis hin zur Therapie und Leitlinien von Disease Management Programmen dargestellt. Dabei kommt der Übersichtlichkeit der Verzicht auf allzu viele bunte Bildchen zugute. Statt dieser enthält das Buch hervorragende Tabellen. Knappe Literaturangaben am Ende der Kapitel bleiben auf die wichtigsten Übersichtsarbeiten beschränkt. Am Ende des Buches steht ein

großer und wichtiger Anhang mit Referenzwerten und deren Quellenangaben.

Braucht der niedergelassene Arzt für Kinder- und Jugendmedizin in Zeiten von Internetforen und DMPs noch ein solch dickes Buch für seine Arbeit? Wenn wir die Augen und Ohren

auch für den besonderen Fall offen halten, den seltenen und arbeitsintensiven Patienten nicht nur an die Spezialambulanz der großen Kliniken abgeben wollen, wenn wir uns auch über den alltäglichen Fall besser informieren wollen, dann kommen wir in Deutschland an diesem „Standardwerk“ nicht vorbei.

Michael Hauch

Red: ReH



Inhaltsangabe Heft 10/08

Chronisch kranke Kinder
Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter

Interview
Warum schauten alle weg?

Ehrungen
So sehen Sieger aus

Sozialpädiatrie
Frühkindliche Entwicklung und Störungen der Verhaltensregulation

Erfahrungsberichte
Erfahrungsbericht einer Mutter und Kinderkrankenschwester

Aus Wissenschaft und Forschung
Arbeitsbelastung und Infektionsrisiko auf Intensivstationen

Ernährung
Mahlzeit und guten Appetit!



Verbandsmitteilungen
Qualitätsmanagement macht den Kopf frei

Berufs- und Rechtsfragen
Arbeitszeugnisse im Streit

Ferner: Aktuelles, Hinweise, Bücherhinweise, Terminkalender und Stellenmarkt

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

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

VORSCHAU

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

Klinische Fortbildung
Toxoplasma gondii, ein ungewöhnlicher Organismus mit dem Menschen als „Zwischenwirt“

Psychotherapie
Psychotherapeutische Hilfe für junge Darm-erkrankte?

Kind und Gesellschaft
Zur Entwicklung der kindlichen Persönlichkeit

Aus Wissenschaft und Forschung
Medikamentendosierung in der Pädiatrie

Klinische Fortbildung
Ein Plädoyer für mehr Lange-Weile

Kind und Gesellschaft
Rechnen, Schreiben, Joghurt essen – Mit Down-Syndrom durch den Alltag

Nachruf auf Dr. med. Dieter Klebe

Am 03. September 2008 ist mit Herrn Dr. med. Dieter Klebe, geboren am 26. November 1918, ein Mitbegründer unseres Berufsverbands nach langer, mit großer Geduld ertragener Krankheit gestorben.

Dr. Dieter Klebe war Ehrenmitglied des BVKJ und Träger des August-Steffen-Preises. Viele Jahre war er bis 1985 als Kinderarzt in eigener Praxis und Leiter einer Belegabteilung in Frankfurt tätig. Anschließend versorgte er seine Patienten noch in einer Privatpraxis in Oberursel.

Neben seiner umfangreichen ärztlichen Tätigkeit hatte er Zeit für wissenschaftliche Arbeiten und trug ganz wesentlich zur Entwicklung des Gelben Vorsorgeheftes bei und arbeitete im Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung maßgeblich an seiner ständigen Weiterentwicklung mit. Er entwickelte eine Drehscheibe zur Ermittlung der korrekten Vorsorgetermine. Zuletzt war er wesentlich beteiligt an der Gestaltung und Einführung der U9. Sein besonderes Augenmerk galt der Früherkennung von Seh- und Hörstörungen. Lange hat er auf Kongressen des BVKJ Seminare zur Durchführung entsprechender Testuntersuchungen in der pädiatrischen Praxis geleitet. Die Entwicklung der Ewing-Rassel ist seiner Initiative zu verdanken. Auch an den „Hinweisen zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern“ war er maßgeblich beteiligt. Bereits 1991 hatte er eine U10 mit 8 Jahren und eine U11 mit 12 Jahren entworfen.

Als wissenschaftlicher Mitarbeiter der Nestlé-AG redigierte er viele Jahre die all-

seits beliebten Annales Nestlé. In Frankfurt organisierte er frühzeitig den ärztlichen Notfalldienst über die Bezirksärztekammer. Er war Delegierter der Landesärztekammer in Hessen über mehrere Legislaturperioden und Vorstandsmitglied der Bezirksärztekammer in Frankfurt. Ebenso war er Mitglied der Weiterbildungskommission der Landesärztekammer Hessen, Mitglied des Prüfungsausschusses für Arzthelferinnen, Sektionsvorstandsmitglied der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung, Fach Kinderheilkunde, der Landesärztekammer in Hessen, Leiter des ärztlichen Katastrophenschutzdienstes in Frankfurt, 20 Jahre Vertreter in der Vertreterversammlung der KV Hessen und Mitglied des Geschäftsausschusses der KV Hessen.

Wegen seiner besonderen Verdienste um die Belange der Ärzteschaft in Hessen erhielt er 1971 die Richard-Hammer-Medaille durch die Landesärztekammer. 1973 wurde ihm wegen seiner großen Verdienste das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen.

Von 1968 bis 1979 war Herr Klebe Obmann in der Abteilung für Berufsfragen der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde, aus der der Berufsverband hervorgegangen ist.

Von 1969 bis 1978 war er erster Vorsitzender des Vereins Frankfurter Kinderärzte e. V. und 1970 eines der sieben Gründungsmitglieder des Berufsverbandes der Kinderärzte, dem er bis zu seinem Tod treu verbunden war. Von 1970 bis 1991 war er



Aufnahme aus dem Jahr 1989

Delegierter, dem Vorstand gehörte er von 1983 bis 1987 an. Von 1980 bis 1991 war er Vorsitzender des Ausschusses Prävention und Frühtherapie und von 1979 bis 1988 Vorsitzender des Landesverbands Hessen.

Neben seinem umfangreichen beruflichen Engagement fand Herr Klebe noch Zeit zum Malen und Fotografieren. Er malte nahezu 100 Bilder, die er teilweise als Mitglied des Frankfurter Kunstvereins auch bei Ausstellungen „Arzt und Kunst“ der Öffentlichkeit vorstellte. Viele werden sich noch an seine Fotografien der Mitglieder der Delegiertenversammlung in unserer Verbandszeitschrift erinnern.

Herr Kollege Klebe hinterlässt einen Sohn und eine Tochter sowie drei Enkelkinder. Der Berufsverband trauert um einen hoch verdienten Pionier der deutschen Kinder- und Jugendmedizin, der seiner Zeit immer weit voraus war, und wird ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

Dr. Wolfram Hartmann, Präsident BVKJ

Red.: ge

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.

Enuresis Nocturna

Zeckentest

Sehtest

Praxiseinrichtungen

Ratgeber

Mehr Sicherheit für Kinder im Straßenverkehr



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

Bestellen Sie jetzt!

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

**SCHMIDT
RÖMHILD**

Umfassende Analyse: Equasym® Retard unter Routinebedingungen

Retardiertes Methylphenidat bessert ADHS-Symptomatik und steigert die Lebensqualität

Die Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) wirkt sich nicht nur auf die betroffenen Kinder selbst aus, sondern auch Ärzte, Lehrer und Eltern sind beteiligt: All diese Akteure wurden erstmals gemeinsam in eine Praxis-Studie einbezogen, um Daten zur Wirksamkeit und Verträglichkeit von Equasym® Retard im gesamten Tagesverlauf sowie zur Lebensqualität der Patienten zu gewinnen.

Die unter wissenschaftlicher Leitung von Prof. Manfred Döpfner, Köln, und Prof. Aribert Rothenberger, Göttingen, realisierte Anwendungsbeobachtung OBSEER¹ zeichnet sich durch ein innovatives Design aus. Denn erstmals wurden die Perspektiven der unterschiedlichen, an der Betreuung von Kindern mit ADHS beteiligten Gruppen berücksichtigt, sodass ein vollständiges Tagesprofil der ADHS-Symptome aufgezeigt werden kann.

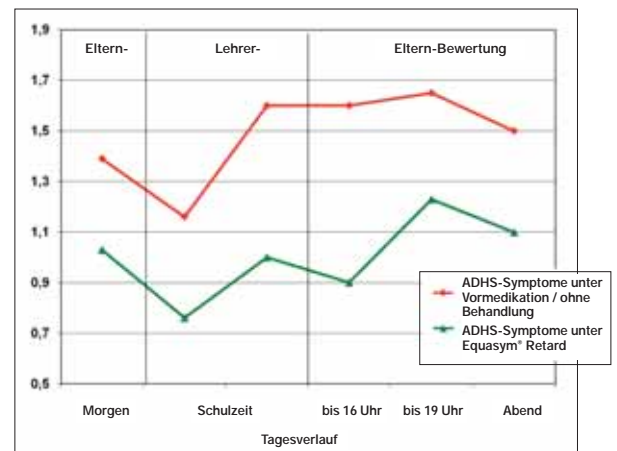
An der Untersuchung nahmen 852 Patienten mit ADHS im durchschnittlichen Alter von zehn Jahren teil, wobei die meisten Kinder bereits vorbehandelt waren. Drei Viertel (75%) wurden direkt von einem kurzwirksamen Methylphenidat (MPH-IR), einem anderen Retardpräparat oder Atomoxetin auf Equasym® Retard umgestellt. Häufige Gründe für die Umstellung waren eine unzureichende Wirkstärke der Vormedikation, eine zu kurze Wirkdauer oder Complianceprobleme.

Um den Therapieerfolg umfassend beurteilen zu können, wurde zur Evaluation durch die Ärzte die globale Beurteilungsskala ADHS-CGI (ADHS-Clinical Global Impression) eingesetzt. Während des Schulvormittags bzw. während des Nachmittags und Abends beurteilten die Lehrer und Eltern die Wirksamkeit mittels der von Manfred Döpfner entwickelten Wochenbeurteilungsbögen (ADHS-TAP). Die Lebensqualität der Kinder wurde mithilfe des KINDL (Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen) evaluiert.

Nachhaltige Verbesserung der ADHS-Symptome

Nach der Ein- oder Umstellung auf Equasym® Retard haben sich die ADHS-Symptome deutlich vermindert. Zu diesem einstimmigen Schluss kommen sowohl die Ärzte, Eltern und Lehrer als auch die Kinder selbst. Nach dem Urteil der Ärzte hat Equasym® Retard eine hohe Wirksamkeit sowohl bei zuvor unbehandelten als auch bei vorbehandelten Kindern: Acht von zehn Ärzten (79%) bewerteten sie als „sehr gut“ oder „gut“. Waren die Kinder zuvor nicht medikamentös behandelt, erfolgte diese positive Bewertung der Wirksamkeit noch häufiger

¹ Observation of Safety and Effectiveness of Equasym Retard in Routine Care



(84,8%). Das Urteil der Eltern und Lehrer belegt zudem, dass die Wirkung im Tagesverlauf anhält und zwar vom frühen Morgen (Wecken, Anziehen) über den frühen und späteren Vormittag in der Schule und den frühen Nachmittag bis zum Abend (Hausaufgaben, Freizeit, Abendessen). Verglichen mit der jeweiligen Vormedikation attestierten Eltern und Lehrer Equasym® Retard einstimmig eine deutlich bessere Wirksamkeit.

Mehr Lebensqualität für Kinder mit ADHS

Sehr positiv sind auch die Ergebnisse zur Lebensqualität in allen KINDL-Subgruppen. Sowohl das körperliche als auch das psychische Wohlbefinden, das Selbstwertgefühl als auch die Situation in der Familie, im Freundeskreis und in der Schule wurden nach Einstellung auf Equasym® Retard signifikant besser bewertet ($p < 0,0001$). Besonders ausgeprägt verbesserte sich die Lebensqualität bei Kindern, die zuvor nicht medikamentös behandelt wurden.

Quelle: Döpfner M, Rothenberger A, Gaida-Schmidt G: Evaluation of Equasym XL throughout the day under routine conditions – comprehensive assessment by physicians, teachers, parents and children. Posterpräsentation im Rahmen des 18th World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP) in Istanbul/Türkei am 2. Mai 2008

Nach Informationen von
signum[pr
GmbH, Köln

Winterzeit ist Rotaviruszeit –

ein Interview mit Priv.-Doz. Dr. Markus Rose



Winterzeit ist nicht nur Grippezeit – auch für Rotaviren wird ein Erkrankungsgipfel im Herbst und Winter beobachtet. In der Akutphase der Erkrankung werden die Viren nicht nur fäkal-oral, sondern auch über die Atemwege ausgeschieden und verbreitet. Das macht sie besonders im Winter so gefährlich, wenn sich die Menschen vermehrt in geschlossenen Räumen aufhalten. Gerade in kinderbetreuenden Einrichtungen wie Kinderkrippen und Kindergärten kommt es daher oft zu Epidemien. Von großer Bedeutung sind auch die immer wieder auftretenden Rotavirus-Ausbrüche in Krankenhäusern und auf Früh- oder Neugeborenenstationen.

• Herr Dr. Rose, welche Möglichkeiten der Prophylaxe gibt es?

Eine Impfung ist die effektivste Methode, um eine Erkrankung durch Rotaviren zu verhindern. Es gibt zwei Schluckimpfstoffe, die säuglingsgerecht verabreicht werden können. Beide zur Verfügung stehenden Schluckimpfstoffe können bereits ab der vollendeten sechsten Lebenswoche eingesetzt werden, also in dem Alter, in dem Säuglinge besonders durch Austrocknung gefährdet sind. Rotarix® wird in zwei Dosen gegeben, der Fertigschluckimpfstoff RotaTeq® in drei Dosen. Zwischen den einzelnen Impfungen ist bei beiden Impfstoffen ein Abstand von 4 Wochen einzuhalten. Durch gleichzeitige Verabreichung mit dem Sechsfach- und Pneumokokken-Konjugatimpfstoff ist eine problemlose Integration in den Impfkalender der STIKO möglich.

• Wie wichtig ist ein möglichst früher Schutz?

Ein möglichst früher Schutz ist sehr wichtig, denn v.a. bei Säuglingen und kleinen Kindern kommt es zu schweren Verläufen durch Exsikkose. Durchfälle mit bis zu 20 wässrigen Stühlen pro Tag führen zu starkem Wasser- und Elektrolytverlust, so dass häufig eine Krankenhauseinweisung zur Infusionsbehandlung nötig wird. Im Gegensatz zu anderen Erregern akuter Gastroenteritis führen Rotaviren signifikant häufiger zu unstillbarem Erbrechen, was die empfohlene orale Rehydratation unmöglich macht. Dementsprechend müssen Kinder mit Rota-Gastroenteritis fünfmal häufiger stationär behandelt werden als bei anderen Erregern. Je jünger das betroffene Kind, umso größer ist das Risiko für einen solchen Verlauf. Und außerdem: Vor allem in den ersten beiden Lebensjahren ist das Risiko, sich zu infizieren besonders hoch!

• Der erste orale Impfstoff wurde bereits 1998 in den USA zugelassen und ein Jahr später wieder wegen Nebenwirkungen vom Markt genommen. Wie ist die Sicherheit der zwei neuen Rotavirus-Impfstoffe, die für die Impfung von Säuglingen zugelassen sind, einzuschätzen?

Für beide Impfstoffe liegen umfangreiche Zulassungsstudien mit jeweils mehr als 60.000 Probanden vor, um genau dieses Risiko einer Invagination auszuschließen. Für beide Vakzine wurde auch unter Post-Marketing-Bedingungen in vielen Ländern das gute Sicherheitsprofil bestätigt. So gibt es für beide zugelassenen Impfstoffe mittlerweile Erfahrungen mit jeweils mehreren Millionen Dosen, wobei auch bei Anwendung in der täglichen Praxis die aus Studien bekannte gute Verträglichkeit wiedergefunden wird.

• Wo sehen Sie die Vorteile der RV-Impfung?

Wirksamkeitsstudien ergaben, dass die Schluckimpfung etwa 96 Prozent der Kinder vor schweren Verläufen von Rotavirus-

Gastroenteritiden schützt. Krankenhauseinweisungen wurden sogar zu 100 Prozent verhindert. Außerdem zeigten die Ergebnisse von Studien, dass die Rotavirus-Impfung breiten und lang anhaltenden Schutz bietet: Geimpfte Kinder waren über zwei Winter hinweg vor Rotavirus-Infektionen geschützt (Vesikari et al., The Lancet; 2007). Allerdings können die Wirksamkeitsdaten der beiden zugelassenen Impfstoffe nicht verglichen werden, da mit unterschiedlichen Skalen gemessen wurde. Für Rotarix® wurde die Skala nach Vesikari verwendet, für RotaTeq® die Skala nach Clark.

• Es gibt bei Rotaviren verschiedene Serotypen – welche Serotypen sind in Deutschland relevant?

In der Tat variieren Rota-Serotypen regional und über die Zeit. Europaweit sind derzeit die fünf häufigsten Serotypen G1, G2, G3, G4 und G9, wobei G1P[8] am häufigsten vorkommt. Wie letztes Jahr auf der Jahrestagung der European Society for Paediatric Infectious Diseases (ESPID) in Porto vorgestellt, dominiert G1P[8] neben Deutschland auch in Frankreich und England, während G9P[8] in Spanien vorherrscht. In Italien sind G1P[8] sowie G4P[8] die am häufigsten auftretenden Serotypen.

• Ist mit beiden Impfstoffen ein Schutz vor diesen 5 wichtigsten Serotypen zu erreichen?

RotaTeq® enthält die Serotypen G1, G2, G3, G4 und P1A[8] und hat seine breite Schutzwirkung inklusive für G9 in zahlreichen Studien bewiesen. Auch für Rotarix® mit dem häufigsten Serotyp G1P[8] gibt es eine aktuelle europäische Studie, die Schutz vor den fünf wichtigsten Serotypen G1, G2, G3, G4 und G9 belegt (Vesikari et al., The Lancet; 2007).

• Würden Sie sagen, dass also eine Impfung sinnvoll ist, auch wenn keine allgemeine STIKO-Empfehlung vorliegt?

Ich erachte die Impfung durchaus für sinnvoll. Seit der europäischen Zulassung der Rota-Vakzine haben sich die Ständige Impfkommission und die Deutsche Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DAKJ) positiv zur Rotavirus-Impfung geäußert bzw. sich für die RV-Impfung ausgesprochen. Auch namhafte internationale Experten der ESPID und ESPAGHAN befürworten eine breite Impfung aller Kinder in Europa. Seit Anfang des Jahres empfiehlt auch die Sächsische Impfkommission (SIKO) eine generelle Impfung aller Säuglinge in Sachsen. Die SIKO begründet ihre Entscheidung mit der hohen Krankheitslast für Kinder bis zum fünften Lebensjahr: Im Jahr 2006 wurden im Freistaat Sachsen 10.273 Rotavirus-Gastroenteritiden gemeldet, davon 67 Prozent bei Kindern unter fünf Jahren. Bei erkrankten Kindern unter zwei Jahren mussten 50 Prozent wegen der Schwere der Krankheit hospitalisiert werden.

Wir Kinderärzte sollten diese wirksame und gut verträgliche Schluckimpfung auch jetzt schon unseren jüngsten Patienten zukommen lassen!

Zwei-Komponenten-Dimeticongemisch

Kopfläuse sicher und effektiv ersticken

Kopfläuse sind derzeit wieder ein aktuelles Thema, und damit auch die Frage, welches Pedikulozid der pädiater bedenkenlos einsetzen kann – bei effektiver Wirkung. Eine spezielle Zwei-Komponenten-Dimeticonrezeptur in Nyda L führt aufgrund einer besonderen Kriech- und Spreitfähigkeit zu der effektiven Verdrängung des Sauerstoffs aus dem Tracheensystem der Laus, so dass diese irreversibel erstickt.

Herbstsaison – in der pädiatrischen Praxis häufen sich derzeit nicht nur die Erkältungsfälle, der Kinder- und Jugendarzt wird auch vermehrt mit unangenehmen Gesprächen konfrontiert: Pediculus humanus capitis ist wieder auf dem Vormarsch. Da hilft auch die Botschaft an die Eltern nicht viel, dass der Kopflausbefall nichts mit fehlender Hygiene zu tun habe. Eine rasche Abhilfe mit einem Pedikulozid ist hier gefordert.

Traditionell angewendete Pedikulozide enthalten als Wirkstoff neurotoxisch wirksame Insektizide, wie z.B. Pyrethrum, Allethrin und Permethrin. Diese Läusemittel sind gesundheitlich nicht unbedenklich, es wurde öfters über Hautirritationen, Allergien, Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen und Atembeschwerden berichtet, so Privatdozent Dr. Wolfgang Böckeler, Kiel, auf einem Symposium von Pohl-Boskamp in München.

Es gibt jedoch auch gut verträgliche Präparate ohne Resistenzrisiko, wie zum Beispiel die physikalisch wirkenden Kopflausmittel auf Basis von Dimeticon: Dimeticone sind synthetische Silikonöle, atoxisch und in pharmazeutischen und kosmetischen Produkten seit langem bewährt. NYDA® L beispielsweise bekämpft den Kopflausbefall durch seine spezielle Rezeptur über das Wirkprinzip des Erstickens.

Der Laus geht die Luft aus

Kopfläuse weisen 14 Atemöffnungen auf, die sich seitlich an ihrem Körper befinden. Diese versorgen sie über ein fein verzweigtes Tracheensystem mit Sauerstoff, im Sinne einer passiven Diffusion. Hier genau ist der Ansatzpunkt für physikalisch wirksame Pedikulozide.

Das Pedikulozid von Pohl-Boskamp enthält ein dünnflüssiges, auch bei Raumtemperatur leicht flüchtiges sowie ein viskoses, schwer flüchtiges Dimeticon. Aufgrund dieser speziellen Zwei-



Abb. 1b: REM-Aufnahme einer thorakalen Atemöffnung nach Behandlung mit Prüfpräparat

Komponenten-Dimeticonrezeptur ist das Präparat 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 (Abb. 1). Durch diese Verdrängung der gesamten Sauerstoffvorräte innerhalb einer Minute, das auch die zum Kopf führenden Tracheen betrifft, die das Zentralnervensystem der Laus mit Sauerstoff versorgen, verfallen die Läuse sofort in Bewegungslosigkeit. Dieses führt schließlich zum endgültigen Tod der Läuse [1].

Andere Dimeticone sowie pflanzliche Öle wie Kokosnussöl oder Anisöl hingegen weisen weitaus niedrigere Spreiteigenschaften auf, erklärte Böckeler.

Die Anwendung für Ihre Patienten in Kürze

Seit dem Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses in diesem Sommer ist Nyda® L nun auch bis zum 12. Lebensjahr auf Kassenrezept zu verordnen.

Der Haaransatz wird gründlich mit dem Pumpspray eingesprüht, einmassiert und sollte dann 30 Minuten einwirken. Nach 30 Minuten werden die Haare mit dem Läusekamm sorgfältig ausgekämmt, um die toten Läuse und Larven zu entfernen. Das Präparat sollte mindestens 8 Stunden oder über Nacht einwirken können, um auch die hartnäckigen Nissen zu ersticken. Danach können die Haare mit einem normalen Shampoo ausgewaschen werden. Neun Tage (+/- 24 Stunden) nach der ersten Behandlung sollte die Anwendung unbedingt ein zweites Mal wiederholt werden.

Literatur:

[1] Richling I., Böckeler W. (2008): Arzneimittelforschung 58(5), 248-254

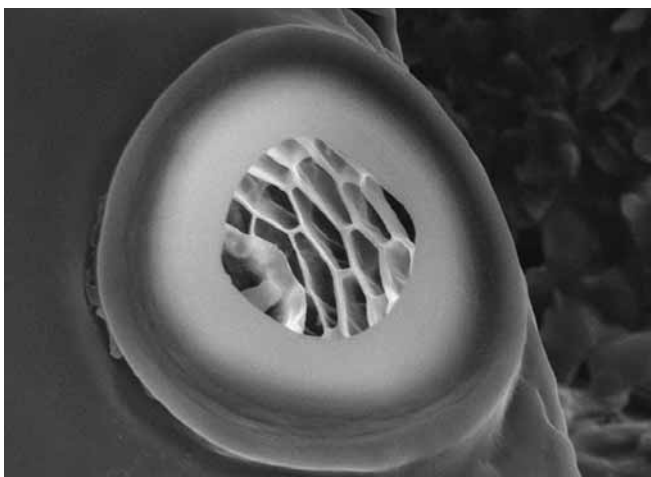


Abb. 1a: REM-Aufnahme einer thorakalen Atemöffnung (Stigma)

Akute Otitis media

Kann ein neuer Pneumokokken-Konjugatimpfstoff die Krankheitslast weiter reduzieren?

Jeder Pädiater sieht täglich mindestens eine akute Otitis media (AOM) in der Praxis, in den Kliniken bereiten Pneumonien bei den Kleinsten den behandelnden Ärzten große Sorgen. Unter dem Vorsitz von Prof. H. I. Huppertz, Bremen, diskutierten namhafte Experten anlässlich der 57. Jahrestagung der Norddeutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin in Greifswald aktuelle Daten zur Krankheitslast durch Pneumokokken. Die Referenten gaben der Hoffnung Ausdruck, dass ein neuer Pneumokokken-Impfstoff die Kleinsten künftig noch besser schützen könne – vor allem vor den in Europa verbreiteten Serotypen.

Streptococcus pneumoniae ist normalerweise im oberen Respirationstrakt des Menschen zu finden. Die grampositiven Kokken sind von einer Kapsel umgeben. Diese Kapsel enthält Polysaccharide, deren chemische Struktur eine Differenzierung in verschiedene Serotypen erlaubt und die eine entscheidende Rolle für die Pathogenität spielen. Bisher werden mehr als 90 Serotypen unterschieden, von denen nur acht bis zehn invasive Erkrankungen verursachen. „Pneumokokken sind charakterisiert durch ihre dicke Polysaccharidkapsel, die die grampositiven Diplokokken vor Phagozytose schützt und gleichzeitig einen starken Virulenzfaktor darstellt“, erklärte Dr. W. Wiebicke, Bremen, auf einem von GlaxoSmithKline unterstützten Symposium in Greifswald. Die bislang bekannten Serotypen werden in 40 Gruppen unterteilt, die alle eine unterschiedliche Virulenz haben. Als natürliche Besiedlung werden Pneumokokken im Nasopharynx von 60 % der gesunden Schulkinder und bei bis zu 30 % bei älteren Kindern und Erwachsenen beobachtet, was eine Diagnose oftmals erschwere. „Jeder dieser Serotypen kann eine eigenständige Infektion auslösen, aber ein kleines, spezielles Spektrum – acht bis zehn – verursacht allein 85 Prozent der schweren, da invasiven Pneumokokken-Infektionen (IPD) bei Kindern wie Sepsis und Meningitis oder Waterhouse-Friedrichsen-Syndrom. Es gibt eine altersabhängige Empfindlichkeit: Besonders Kinder unter zwei Jahren sowie ältere Erwachsene sind besonders gefährdet für invasive Infektionen, so Wiebicke. Interessant seien auch die geografischen Unterschiede in der Serotypenverteilung. In Europa dominieren beispielsweise andere Serotypen als in den USA.“

Krankheitsbilder

„Die durch Pneumokokken ausgelösten Krankheitsbilder sind Ihnen aus Ihrer täglichen Praxis geläufig: Vor allem Pneumonien oder Meningitis als schwere Form der IPD sind nicht zu vernachlässigen.“ In diesem Zusammenhang plädierte der Bremer Pädiater dafür, wie in England oder Kanada, bei jedem Kind, das mit hohem Fieber unklarer Ursache (FUO) in die Klinik eingeliefert werde, erst einmal eine Blutkultur anzulegen. So könne man nicht nur dem Patienten zielgerichteter helfen, sondern hätte auch aussagefähige Daten zur Epidemiologie der Pneumokokken-Infektionen oder anderer Keime. „In Deutschland haben wir glücklicherweise ein sehr gutes Melderegister, welches in Zusammenarbeit mit dem Nationalen Referenzzentrum für Pneumokokken und dem Robert Koch-Institut entstand: Ziel des neuen Laborsentinals (1) ist es, die Fallzahl bzw. Inzidenz von IPD bei Personen

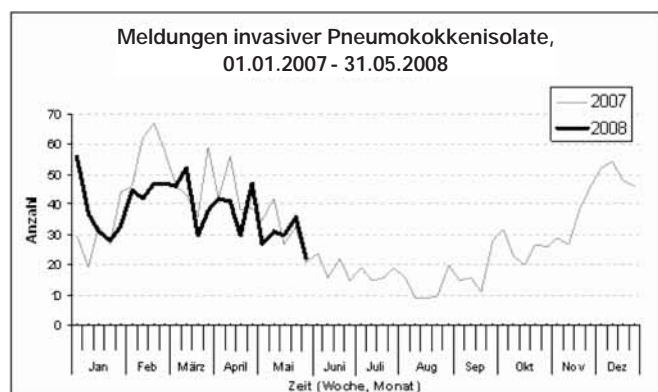


Abb. 1: Meldungen invasiver Pneumokokken-Infektionen im Laborsentinel Pneumoweb vom 01.01.2007 bis 31.05.2008 nach Wochen (Stand: 20.07.08). Das Jahr 2007 ist durch die dünne graue Linie dargestellt (Quelle: rki)

aller Altersgruppen abzuschätzen, die Serotypenverteilung zu erfassen sowie ihre Entwicklung zu verfolgen.“ Die aktuellen Zwischenergebnisse des Sentinals werden monatlich aufbereitet und über Internet (www.rki.de) zur Verfügung gestellt. So sehe man an der Übersichtsgrafik über das Jahr sehr deutlich die typische Häufung von Pneumokokken-Infektionen in den Wintermonaten. „In diesen Monaten erleichtern virale Infekte den Pneumokokken den Zugang.“

Welche Serotypen überwiegen in Deutschland?

Auch die Serotypenverteilung sei am Laborsentinel gut abzulesen: „Schaut man sich die Erreger genauer an, so erkennt man beispielsweise sehr deutlich, dass einige wichtige Serotypen bei uns in Deutschland durch den derzeit verfügbaren 7-valenten Pneumokokken-Impfstoff nicht abgedeckt werden, nämlich die Serotypen 1, 5 und 7F. Diese drei Serotypen sind jedoch gerade mit schweren Verläufen von IPD bei Kindern unter fünf Jahren assoziiert. Dies könnte ein neuer Impfstoff mit weiteren Serotypen ändern“, so Wiebicke. Der derzeit zur Zulassung bei der EMEA (European Medicines Agency) eingereichte 10-valente Kandidatimpfstoff von GlaxoSmithKline enthalte neben den im 7-valenten Impfstoff enthaltenen Serotypen nämlich genau die drei zusätzlichen Serotypen 1, 5 und 7F. Die Kombination dieser zehn Serotypen würde bis zu 84 % der relevanten Pneumokokken-Serotypen in Europa abdecken.

Bedeutung der NTHi-Stämme bei akuter Otitis media

Die Otitis media ist multipathogen. Zusammen mit *S. pneumoniae* gelten unbekapselte, nicht-typisierbare Stämme von *Haemophilus influenzae* (NTHi) als häufigste Verursacher akuter bakterieller Mittelohrentzündungen. Beide Pathogene sind am Entzündungsprozess beteiligt. Gerade die zirka 50 bis 80 unbekapselten Stämme von Hi jedoch seien die Hauptverursacher für akute Otitis media (AOM) im Kleinkindalter sowie für Exazerbationen der chronischen Bronchitis bei Erwachsenen. Der Pneumokokken-Kandidatimpfstoff wurde mit dem Ziel entwickelt, einen breiten Schutz gegen akute Mittelohrentzündungen, verursacht durch *S. pneumoniae* und NTHi zu erreichen. Dafür wurde eine neue Protein-D-Konjugat-Technologie verwendet, die einen dualen Ansatz ermöglichen soll (Abb. 2). Man erhoffe sich von dem neuen dualen Ansatz der Kandidatvakzine doppelten Schutz, sowohl gegen die wichtigsten pädiatrischen Pneumokokken-Serotypen als auch gegen NTHi-Stämme.

AOM – die tägliche Herausforderung

„Jeder von Ihnen sieht mindestens einmal pro Tag eine akute Mittelohrentzündung in der Praxis“, so Wiebicke. „Die Hib-Impfung schützt dagegen überhaupt nicht.“

Er präsentierte abschließend eine von Prymula im Lancet publizierte Studie, in der ein 11-valenter Vorläufer des neuen Kandidat-Impfstoffs auf seinen Schutz vor AOM geprüft wurde: Der duale Ansatz führte zu einer 34%igen Reduktion der AOM über einen Zeitraum von zwei Jahren. Jede dritte akute Mittelohrentzündung konnte also vermieden werden. (2)

Die Diagnose einer AOM ist in der Regel nicht einfach, so Prof. H. Scholz, Berlin, einleitend. Man sollte sich deshalb nach folgenden Kriterien richten:

- Akuter Beginn
- Nachweis der Mittelohrentzündung durch Entdifferenzierung des Trommelfells oder Otalgie
- Bestätigung eines Mittelohrergusses (Vorwölbung des Trommelfells, verringerte Trommelfellbewegung, aufsteigende Luftblasen hinter dem Trommelfell oder das Auftreten einer Otorrhoe innerhalb der letzten 24 Stunden).

„Drei erfüllte Kriterien bedeuten eine sichere Diagnose, nur zwei Kriterien sind eher fragwürdig“, erklärte Scholz. Es könne sich hierbei ebenso gut um eine Atemwegsinfektion handeln. Der Berliner präsentierte eine Studie der Arbeitsgruppe um Winther (3), die 60 gesunde Kinder über sieben Monate beobachtete, täg-

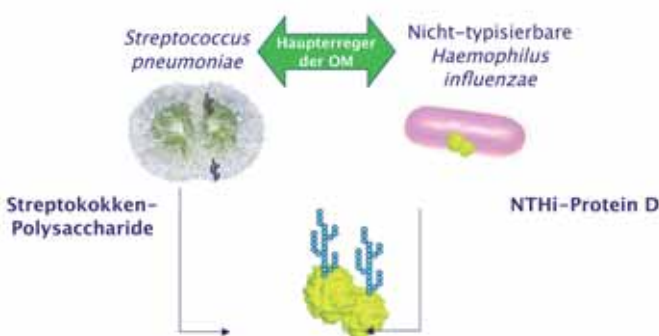


Abb. 2: Konjugation der Polysaccharide von *S. pneumoniae*-Serotypen an Protein D von NTHi. Dieser Ansatz soll einen breiten Schutz über Pneumokokken hinaus erzielen.

lich die klinischen Symptome dokumentierte und zusätzlich Otoskopie und PCR einsetzte. Eine respiratorische Infektion führte bei 33 Prozent der Kinder auch zu einer AOM. Wenn eine AOM vorlag, konnte in 70 Prozent der Fälle zusätzlich auch eine Atemwegsinfektion detektiert werden. „Allerdings fand man bei 30 Prozent der Kinder auch nur eine AOM, sie waren ansonsten gesund!“

Auch das Lebensalter spielt bei einer AOM in Zusammenhang mit Virusinfektion der oberen Atemwege eine Rolle: Neue Daten von Revai (4) weisen ein 36-prozentiges Risiko im zweiten Lebenshalbjahr (6-12 Monate) nach. Im zweiten Lebensjahr liegt das Risiko, im Rahmen eines viralen Infektes der Atemwege eine AOM zu bekommen bei 29 Prozent, im dritten nur noch bei 15 Prozent.

Für die Entstehung einer AOM ist ausschlaggebend, welches Virus die Ursache der Atemwegsinfektion war: Laut Daten von Chonmaitree (5) aus dem Jahr 2008 sind Adenovirus und RSV jeweils mit 47 Prozent beteiligt, gefolgt von Rhinovirus mit 30 Prozent. Bei der bakteriell bedingten AOM spielen natürlich *Streptococcus pneumoniae* eine wichtige Rolle. „Doch eines darf man bei der AOM nicht vergessen: die knapp 80 unbekapselten Stämme von NTHi, gegen die ja auch keine Hib-Impfung schützt“, bestärkte Scholz seinen Vorredner. Auch er setzt auf den zur Zulassung eingereichten Kandidat-Impfstoff von GSK, da der duale Ansatz genau vor diesen NTHi schützen könne.

Abschließend fasste Scholz wichtige Daten und Empfehlungen zur Antibiotikatherapie bei AOM zusammen: Bislang habe man die Bedeutung einer beidseitigen AOM oft unterschätzt. In einer Studie von Leibowitz (6) zeigte sich jedoch, dass von 1026 Kindern im Alter von drei bis 36 Monaten 61 Prozent eine beidseitige AOM aufwiesen. Bei beidseitigem Befall konnten mit 83 Prozent signifikant häufiger Bakterien nachgewiesen werden (im Vergleich zur einseitigen AOM mit 67 Prozent), unbekapselte *H. influenzae*-Stämme traten mit 63 Prozent versus 42 Prozent ebenso signifikant häufiger auf. „Dies bestärkt unsere Empfehlung, bei Kindern unter drei Jahren auf jeden Fall ein wirksames Antibiotikum wie Amoxicillin einzusetzen“, so Scholz als federführendes Mitglied der DGPI. Wir empfehlen den Einsatz von Antibiotika bei

- schwerer AOM (Fieber > 39 Grad in den letzten Stunden und/oder starker Otalgie sowie deutlich reduziertem Allgemeinzustand),
- bilateraler AOM < 3 Jahre,
- AOM mit Otorrhoe,
- Kindern mit Risikofaktoren,
- grundsätzlich bei Kindern von null bis fünf Monaten.“

Scholz gab abschließend seiner Hoffnung Ausdruck, dass der neue Kandidat-Impfstoff das halte, was die Studie von Prymula zeigte. „Und dann werden wir nach der Zulassung irgendwann sehen, was mit der akuten Otitis media wird!“

1 PnuemoWeb, Laborsentinel zur Erfassung invasiver Pneumokokken-Infektionen

2 Prymula, Lancet 2006;367:740-748

3 Winther, Pediatrics 2007; 119: 1069-75

4 Revai, Pediatrics 2007; 119: e1408-12

5 Chonmaitree, CID 2008; 46: 815 - 23

6 Leibowitz, PIDJ 2007; 26: 589-92

Quelle: 57. Jahrestagung der Norddeutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, Greifswald, 16.-18. Mai 2008. Mit freundlicher Unterstützung von GlaxoSmithKline.

Autor: G. Fischer v. Weikersthal

InfectoPedicul® + Nissenkamm – Nissenkamm erstmals erstattungsfähig

Aus eigener Tasche mussten Patienten mit Lausbefall bislang einen Nissenkamm bezahlen – mit mindestens 10 € für ein vernünftiges Modell für viele kein Pappenspiel. Seit 15. September dieses Jahres, rechtzeitig zum Start der Läusezeit, löst ein neues Kombinationspräparat das Problem auf elegante Weise: InfectoPedicul® + Nissenkamm (100 ml InfectoPedicul Lösung mit InfectoPedicul Nissenkamm, PZN 6679809). Die Packung enthält neben dem von Kinderärzten meistverordneten Läusemittel InfectoPedicul® einen hochwertigen Nissenkamm! Die Anwender müssen diesen Kamm nicht mehr selber bezahlen, denn diese Kombination aus Arzneimittel und Kamm ist erstattungsfähig für Kinder bis 12 Jahren.

Dabei bleibt die Qualität des Kammes nicht etwa auf der Strecke, im Gegenteil: Der InfectoPedicul®-Nissenkamm erfüllt kongenial alle Kriterien, die ein erfolgreiches Entfernen von Nissen garantieren: Er besitzt abgerundete Metallzinken mit einem Zinkenabstand von nur 0,1 Millimeter. Zudem wird durch die seitliche Lagerung der Zinken ein Durchrutschen der Nissen effektiv verhindert. Der ergonomische Griff ermöglicht das Entfernen von Nissen auch direkt am Haaransatz. Beste Voraussetzungen für Betroffene, die fest am Oberkopf klebenden Eihüllen sicher loszuwerden.



Nach Informationen von InfectoPharm Arzneimittel, Heppenheim

Neu: Der 1 A Pharma-Ratgeber zum Thema Antibiotika

Der neue Patientenratgeber zum Thema „Antibiotika“ von der 1 A Pharma GmbH behandelt ausführlich Themen wie z.B. Was sind Antibiotika und wie wurden diese entdeckt? Wie werden Antibiotika hergestellt? Die wichtigsten Antibiotika-Gruppen und wie wirken sie? Zudem informiert der Ratgeber Ihre Patienten über die richtige Einnahme, eventuell auftretende Wechselwirkungen und mögliche typische Begleiterscheinungen bei einer Antibiotika-Therapie.



Der Ratgeber kann kostenlos im Internet unter www.1apharma.de oder telefonisch unter 0 800-6 12 11 11 bei der 1 A Pharma GmbH bestellt werden.

Wichtige Telefon- und Telefax-Nummern

www.kinderaerzte-im-netz.de

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mitgliederverwaltung

Kongressabteilung

Präsident

Dr. med. Wolfram Hartmann

Vizepräsident

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Ulrich Fegeler

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Christen

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

Prof. Dr. med. Frank Riedel

Dr. med. Wolfgang Gempp

Regine Hauch

Honorar Ausschuss

Dr. med. Roland Ulmer

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

DISA / DISU

Beratungsstellen der Kinderumwelt gGmbH der DAKJ

Richtlinien für Autoren abzufordern unter:

Elektronisches Archiv „Kinder- und Jugendarzt“:

E-mail: bvkj.buero@uminfo.de

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

Tfx.: (02 21) 68 32 04

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

Tfx.: (02 21) 6 89 09 78

Tel.: (0 27 32) 76 29 00

Tfx.: (0 27 32) 8 66 85

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

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

Tel.: (0 30) 3 62 60 41

Tfx.: (0 30) 3 61 17 13

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

Tfx.: (05 11) 81 15-3325

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

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

Tfx.: (0 75 31) 69 07 85

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Tfx.: (0 91 23) 97 70 45

PädInform: Ulmer_Lauf

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

(Betreff bitte BVKJ)

Tel.: (0 30) 40005880

Tfx.: (0 30) 40005888

Tel.: (05 41) 97 78-900

Tfx.: (05 41) 97 78-905

Tel.: (02 01) 81 30-104

Tfx.: (02 01) 81 30-105

PädInform/Archiv

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

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

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

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

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

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

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

Druckauflage 11.267

lt. IVW I/2008

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft
Kommunikationsforschung im
Gesundheitswesen



LA-MED

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

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

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

Anzeigenpreisliste: Nr. 41 vom 1. Oktober 2007

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

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

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