

bvkJ.

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

Heft 01/10 - 41. (59.) Jahr - A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Forum:

Schwerpunkt Sport
und Bewegung

Fortbildung:

Pädiatrische Rehabilitation

Berufsfragen:

CIRS – Das neue
Fehlermanagement
für Pädiater

Magazin:

Lockender Lorbeer

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT

BVKJ.



© Tino Hemmann – Fotolia.com

Lockender Lorbeer

Jugend und Sport in der griechisch-römischen Antike

S. 51



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

Inhalt 1 | 10



Forum

- 3 Themenschwerpunkt Sport
Regine Hauch
- 3 Je älter, desto sesshafter
Alexander Woll
- 5 Bewegung und Sport – unverzichtbar für die kindliche Entwicklung
Klaus Bös, Janina Krell
- 6 Jugendleistungssport – Chance und Risiko zugleich
Gerhard Treutlein, Manuel Ruep
- 11 Immer mehr Freizeitsportler dopen
- 12 Prävention von Übergewicht in der Praxis – Bewegung möglich machen
Aloys Berg
- 14 Das Leser-Forum
- 16 Personalia
- 17 Was schützt uns vor der nächsten Influenza-Pandemie?
Christoph Kupferschmid



Fortbildung

- 21 Medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen
Ralph Jäger
- 28 Was kann und muss eine Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen mit schweren Atemwegserkrankungen leisten?
Thomas Spindler
- 33 Der Patient heißt Familie
Sören Riedel
- 34 Consilium Infectiorum: Tetanus-Prophylaxe nach Fahrradunfall
Horst Scholz
- 36 Welche Diagnose wird gestellt?
Sabine Vöhringer, Inken Sommerfeld, Burkhard Püst
- 40 Review aus englischsprachigen Zeitschriften
- 43 Impfforum



Berufsfragen

- 45 Man muss nicht jeden Fehler selber machen, um aus ihm zu lernen!
Dominik Ewald
- 47 Eine Frage an Dr. Andreas Meschke
- 48 Kinderärzte-im-Netz wird mobil
- 49 Nachahmenswert: DMP-Schulungsgemeinschaften/-Schulungsvereine
Rüdiger Szczepanski
- 50 Wichtige Mitteilung
- 50 Wahlergebnis
- 50 Wahlaufruf



Magazin

- 51 Lockender Lorbeer
Olaf Ganssen
- 54 Fortbildungstermine BVKJ
- 55 Dr. Heinz Reiniger ist 65
Bernd Simon
- 55 Dr. Rüdiger Szczepanski ist 65
Frank Friedrichs
- 56 Nachruf zum Tode von Prof. Dr. Johannes Oehme
Günter Mau
- 56 Buchtipp
- 58 Tagungen
- 60 Praxistafel
- 61 Personalia
- 63 Nachrichten der Industrie
- 66 Wichtige Adressen und Impressum

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen in voller Auflage ein Supplement der Firma Wyeth Pharma GmbH, Münster, der Firma Janssen-Cilag GmbH, Neuss, sowie der Flyer Fortbildung im BVKJ 2010 bei.

Als Teilbeilagen finden Sie das Programmheft 33. Pädiatref 2010, Köln, einen Flyer 59. Jahrestagung der NDGKJ 2010, Lübeck, und einen Flyer Jahrestagung Sächsisch-Thüringische Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin 2010, Erfurt.

Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

Medizinische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Von der Kur zur Reha

Früher fuhr man zur Kur.

Mangelhaftes Gedeihen, erhöhte Infektanfälligkeit, sogar der über das gewohnte Maß hinausgehende Alltagsstress waren klassische Indikationen, um den Patienten eine Kur zu gewähren. Eine „Auszeit“, die ihnen die Möglichkeit des Abschaltens und der Erholung bot. Diese Angebote bestehen heute noch, z.B. als Vorsorgeleistungen, die durch die Krankenkassen getragen werden.

Deutlich davon abzugrenzen ist die Rehabilitation als eine in Fachkliniken erbrachte medizinische Behandlung. Auch wenn dieser Begriff inzwischen umgangssprachlich durchaus geläufig ist, wird die Rehabilitation noch oft mit der Kur verwechselt.

Die medizinische Rehabilitation ist bereits seit Anfang des 20. Jahrhunderts gesetzlich verankert und in die sogenannten Säulen des sozialen Sicherungssystems fest integriert. Wenn auch die Rehabilitation historisch aus dem Kurwesen gewachsen ist, hat sie doch mit einer Kur kaum noch etwas gemein. Die Ziele und Inhalte der Rehabilitation sind weitaus anspruchsvoller: Neben der Verbesserung der gesundheitlichen Situation soll auch eine Lebensstiländerung herbeigeführt oder zumindest ausgelöst werden, durch spezielle Schulungsmaßnahmen soll das Verständnis und der Umgang mit der chronischen Krankheit verbessert werden. Hierzu stehen Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung, die sich personell und strukturell auf dem Standard von Fachkliniken befinden.

Die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ist ein fest integrierter Bestandteil der medizinischen Versorgung in Deutschland, und sie ist ein ebenso fest integrierter Bestandteil der Leistungen der Deutschen Rentenversicherung als einem der dafür in Frage kommenden Leistungsträger. Auch wenn die Rehabilitation aus der medizinischen Versorgung in Deutschland nicht mehr wegzudenken ist, ist das Wissen um ihre Bedeutung und die Möglichkeiten ihrer Inanspruchnahme noch nicht allen Ärzten geläufig. Die heute vorhandenen Möglichkeiten werden noch nicht in dem Maße ausgeschöpft, wie es wünschenswert wäre.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes gibt es etwa 15 Millionen Kinder und Jugendliche im Alter unter 18 Jahren in Deutschland. Wie gesund bzw. wie krank diese Kinder und Jugendlichen sind, ist seit 2006 aus den Ergebnissen des Kinder- und Jugendsurveys des Robert-Koch-Instituts (www.kiggs.de) genauer bekannt: Demnach sind 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen zwischen 3 und 17 Jahren übergewichtig und 6 Prozent davon sogar adipös. Das sind 1,9 Millionen übergewichtige Kinder und Jugendliche, 800.000 von ihnen sind adipös. Betrachtet man als Vergleichsperiode den Zeitraum zwi-

schen 1985 und 1990, so hat sich die Zahl der Übergewichtigen und Adipösen in Deutschland verdoppelt.

17 Prozent aller Kinder und Jugendlichen leiden dem Survey zufolge an allergischen Erkrankungen und ebenfalls 17 Prozent der Kinder und Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren sind – nach ihrer Selbsteinschätzung beziehungsweise der der Eltern – psychisch auffällig.

Viele Kinder und Jugendliche glauben zwar, dass sie ausreichend Sport treiben, gleichzeitig sind aber Tendenzen erkennbar, die zeigen, dass mit zunehmendem Alter das körperlich sportliche Bewegungsverhalten stetig abnimmt, insbesondere bei Mädchen.

Die Studie hat auch gezeigt, dass deutlich mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen sich ungesund ernähren.

Diese große Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit chronischen Krankheiten beziehungsweise Folgekrankheiten ist es, der neben der ständigen medizinischen Betreuung durch den Kinder- oder Hausarzt und der Akutversorgung in stationären Einrichtungen durch eine medizinische Rehabilitation geholfen werden kann. Auf die berufliche Rehabilitation soll in diesem Artikel nicht näher eingegangen werden, da sie eine andere Klientel betrifft. Allerdings muss betont werden, dass medizinische Rehabilitationen durch die Rentenversicherung naturgemäß und ihrem gesetzlichen Auftrag entsprechend immer auch mit Beratung und besonderem Augenmerk für die spätere Berufswahl erfolgen.

Für die Durchführung der Rehabilitation stehen moderne Kliniken bundesweit zur Verfügung. Sie sind auf die Behandlung bestimmter Indikationsschwerpunkte spezialisiert und personell und technisch sehr gut ausgestattet (Abb. 1). Die Betreuung der Kinder und Jugendlichen erfolgt durch ein multiprofessionelles Team. Qualifizierte Mitarbeiter betreuen die Kinder und Jugendlichen über einen Zeitraum von vier bis sechs Wochen. Dies ist eine einmalige Chance, ein umfassendes Bild vom Patienten¹ zu bekommen. Umfassend auch deshalb, weil der Patient nicht nur vom Arzt beziehungsweise von den Pflegekräften betreut wird, sondern die Beobachtungen der Erzieher, der Physiotherapeuten und Ergotherapeuten, der Sporttherapeuten oder z.B. auch der Diätassistenten mit einfließen und so ein umfassender Eindruck vom gesundheitlichen Zustand und den Potentialen der Kinder und Jugendlichen entsteht.

Für wen kommen Rehabilitationen in Betracht?

Die gesetzliche Grundlage für die Durchführung von Rehabilitationen ist für die Gesetzliche Rentenversicherung im § 31 Abs.1 Nr.4 SGB VI verankert. Darin sind die



Dr. med. Ralph Jäger

Ein wichtiges Anliegen der medizinischen Rehabilitation ist die Veränderung des Lebensstils

Abb. 1:
Lungen-
funktions-
prüfung in
der Reha



sogenannten sonstigen Leistungen geregelt, die für Angehörige von Versicherten erbracht werden können. Angehörige sind aber nicht nur Kinder und Jugendliche. Auch junge Erwachsene (z.B. Studenten) bis zum 27. Lebensjahr können noch über ihre Eltern versichert sein und sind damit an die gesetzlichen Vorgaben und Verfahrensweisen für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen gebunden.

Für die Erbringung von Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche besteht in Deutschland eine gleichrangige Zuständigkeit der Gesetzlichen Krankenkassen und der Gesetzlichen Rentenversicherung (nach SGB V beziehungsweise SGB VI). Bei beiden Trägern kann somit der Antrag gestellt werden, eine Weiterleitung untereinander ist nicht nötig.

Zuzahlungen seitens der Versicherten werden für Kinder und Jugendliche im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation nicht erhoben.

Nicht nur innerhalb der Deutschen Rentenversicherung, sondern auch bundesweit ist die Deutsche Rentenversicherung Bund (vormals BfA) mit Abstand der größte Träger von Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche: Von den insgesamt ca. 40.000 Rehabilitationen, die die Rentenversicherung jährlich finanziert, trägt die Deutsche Rentenversicherung Bund allein knapp 18.000 (Abb. 2).

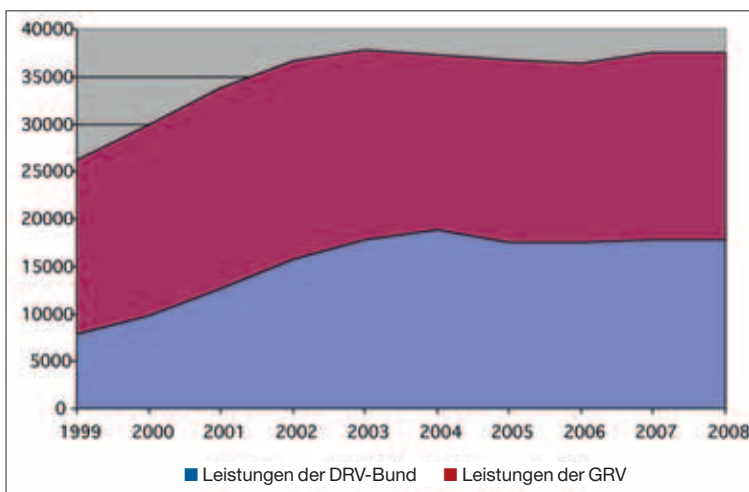


Abb. 2: Anteil der Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche der DRV Bund an den Leistungen der gesamten Gesetzlichen Rentenversicherung seit 1999

Für die Erbringung einer Rehabilitationsleistung sind neben versicherungsrechtlichen auch die persönlichen Voraussetzungen zu prüfen.

- Rehabilitationsbedarf ⇔ wird anhand der medizinischen Unterlagen nach vorgegebenen sozial-medizinischen Kriterien beurteilt
- Rehabilitationsfähigkeit ⇔ Belastbarkeit, Bereitschaft zur Mitarbeit, Integrationsfähigkeit (Gruppenfähigkeit)
- Rehabilitationsprognose ⇔ die Gesundheit muss gebessert oder wiederhergestellt werden können und dies muss Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit haben.

Die medizinischen Voraussetzungen werden durch den sozial-medizinischen Dienst der Träger an Hand der eingereichten Befunde beurteilt. Aus der Gesamtheit der Befunde wird hierbei das Ausmaß einer Funktionsstörung abgeleitet. Dem bio-psycho-sozialen Modell der funktionalen Gesundheit (Stichwort ICF) Rechnung tragend kommen stationäre Rehabilitationsleistungen u.a. in Betracht, wenn

- ambulante ärztliche Behandlung nicht ausreicht, um Schädigungen mit daraus resultierenden Beeinträchtigungen zu beseitigen oder zu vermindern
- krankhafte psychosomatische und psychosoziale Prozesse im familiären und ambulanten Rahmen sich ansonsten nicht wesentlich beeinflussen lassen (Herauslösen des Betroffenen aus dem sozialen Umfeld)
- Familienkonstellation und -atmosphäre dem rehabilitativen Prozess entgegenstehen
- Folgeschäden der Krankheit bzw. Folgekrankheiten drohen oder bereits eingetreten sind
- Leistungen zur Krankheitsbewältigung erforderlich sind
- Patienten im vorgenannten Sinne für ihren weiteren Lebensweg, Schule, Ausbildung und Beruf befähigt werden sollen.

Aus den Formulierungen dieser Anwendungsbereiche ist ersichtlich, dass die Palette der rehabilitationsindizierenden Faktoren breit gefächert ist und darüber hinaus natürlich entsprechender Ermessensspielraum besteht. Sie zeigt aber auch, dass einer Rehabilitation eine ambulante Behandlung vorausgegangen sein soll. Im psychosomatischen / psychotherapeutischen Bereich ist dies leider oft nicht der Fall, was den Träger statt zu einer Bewilligung einer Rehabilitation zu der Empfehlung veranlasst, diese Therapie zunächst einzuleiten.

Wie erfolgt die Antragstellung?

Voraussetzung für die Bewilligung einer Rehabilitationsleistung ist eine Antragstellung. Auf die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen soll hier nicht eingegangen werden, sie werden ohnehin im Rahmen der Antragsbearbeitung durch den Träger überprüft. Die Antragstellung muss zum einen durch die Versicherten erfolgen (die hierfür notwendigen Formulare sind über das Internet unter www.deutsche-rentenversicherung-bund.de abrufbar, s. unten) und zum anderen bedarf es des ärztlichen Befundberichtes. Der ärztliche Befundbericht sollte durch den Arzt erstellt werden, der das Kind

am besten kennt, in der Regel also der Kinderarzt. Aber auch die Spezialisten anderer Gebiete, z.B. Rheumatologen, Onkologen, Orthopäden etc. können diesen Befundbericht erstellen. Im Gegensatz zur Verfahrensweise bei der gesetzlichen Krankenkasse bedarf es ärztlicherseits keinerlei besonderer Qualifikationen, um einen von den Rentenversicherungsträgern im Rahmen der Antragsbearbeitung akzeptierten Befund zu erstellen.

⇒ Je genauer der ärztliche Befundbericht erstellt wird, desto besser und zielgerichteter kann die Zuweisung in eine entsprechende Rehabilitationseinrichtung erfolgen.

Die Anträge werden dann an einen Träger weitergeleitet; in diesem Artikel wird nur auf die weitere Vorgehensweise seitens der Deutschen Rentenversicherung als Träger eingegangen.

Der Träger ist es, der darüber entscheidet, ob Rehabilitationsbedarf vorliegt, und es obliegt ihm auch, Art und Umfang der Rehabilitation festzulegen. Konkret heißt das, dass entschieden wird, ob eine Leistung indiziert ist und wenn ja, wo und wie lange diese durchgeführt wird.

Medizinische Rehabilitationen für Kinder und Jugendliche können für folgende Indikationen erbracht werden:

- Krankheiten der Atemwege
- Hautkrankheiten
- Psychosomatische und psychomotorische Störungen, Verhaltensstörungen
- Neurologische Krankheiten
- Übergewicht in Verbindung mit anderen Krankheiten²
- Entzündliche und nicht entzündliche Krankheiten des Bewegungsapparates
- Herz- und Kreislaufkrankheiten
- Krankheiten der Verdauungsorgane
- Stoffwechselkrankheiten
- Krankheiten der Niere und Harnwege
- Onkologische Krankheiten

Kontraindikationen sind:

- ein akutmedizinischer Behandlungsbedarf
- akute Infektionskrankheiten oder
- fehlende Rehabilitationsfähigkeit, die sich nicht selten aus einer fehlenden Gruppenfähigkeit ableitet.

Auf Grund bestehender gesetzlicher Regelungen bzw. Vereinbarungen übernimmt die Rentenversicherung weiterhin keine Leistungen zur

- ambulanten Rehabilitation
- Rehabilitation im Bereich Sucht / Abhängigkeitskrankheiten
- Anschlussrehabilitation (d.h. im unmittelbaren Anschluss an Behandlung in einem Akutkrankenhaus)
- Langzeitrehabilitation.

⇒ „Die Rentenversicherungsträger erbringen stationäre medizinische Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche, wenn hierdurch voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder

eine beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann und dies Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit haben kann“³.

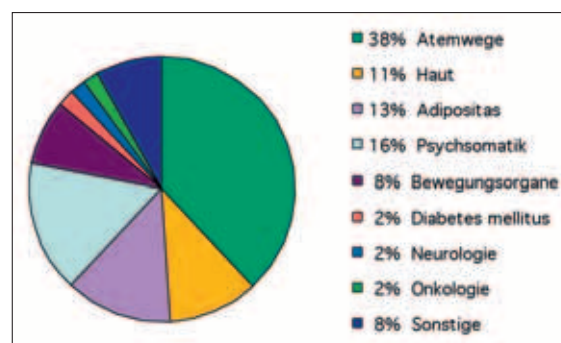
Krankheiten, die die Gesundheit nicht in erheblichem Maß und damit auch die spätere Erwerbsfähigkeit gefährden oder Zustände, die nur vorübergehender Natur sind, stellen somit keine Indikation für Rehabilitationsleistungen dar. So müssen Anträge auf Rehabilitationen, in denen z.B. Infektanfälligkeit oder ein mangelndes Gedeihen als Diagnose genannt werden, abgelehnt werden. Trotzdem ist die Anzahl der Anträge, die diese Diagnosen als rehabilitationsbegründend enthalten, nicht gering. Das zeigt, wie tief der Gedanke an die frühere Kur noch in den Köpfen der ärztlichen Kollegen verwurzelt ist. Rehabilitation dient nicht primär der Erholung des Patienten, für diese Klientel kämen gegebenenfalls Vorsorgeleistungen nach SGB V durch die gesetzliche Krankenversicherung in Betracht.

Auch Herzfehler stellen nicht immer eine Indikation dar; hier ist anhand klinischer Parameter (z.B. hämodynamische Relevanz) der Rehabilitationsbedarf zu prüfen und die Reha-Prognose abzuschätzen. Beispielsweise wird ein hämodynamisch nicht relevantes Vitium cordis auch durch eine Rehabilitation nicht beeinflusst.

Übergewicht und Adipositas sind nur in Verbindung mit einer Folgeerkrankung indizierend für eine Rehabilitation (diese Festlegung ist Konsens der pädiatrischen Expertendiskussion, unabhängig davon, ob man der Adipositas an sich schon Krankheitswert zuordnet oder nicht). Die Wahrscheinlichkeit, dass ein adipöser Patient keine weiteren Symptome aufweist, die auf metabolische Störungen oder organische Veränderungen hinweisen (wie erhöhte Blutfettwerte, Fettleber, Genua-valga-Stellung etc.), ist allerdings gering. Wenn diese Folgeerkrankungen im Befundbericht vermerkt und idealerweise auch nach ICD-10 verschlüsselt wurden, sind damit die medizinischen Voraussetzungen für eine Rehabilitation erfüllt.

⇒ Aus einem Behandlungsbedarf oder einer Langzeitbetreuung lässt sich nicht zwingend ein Rehabilitationsbedarf ableiten. Nicht die Krankheit an sich ist indizierend für eine Rehabilitation, sondern die Funktionsstörung, die sich daraus ableiten lässt und die Einfluss auf die spätere Erwerbsfähigkeit haben könnte.

Für die Deutsche Rentenversicherung Bund verteilen sich die Krankheitsgruppen im Jahr 2008 entsprechend der Graphik in Abb. 3.



Nicht die Krankheit an sich ist indizierend für eine Rehabilitation, sondern die Funktionsstörung, die sich daraus ableiten lässt

Abb. 3: Anteil der Krankheitsgruppen an den Rehabilitationsleistungen der DRV Bund im Jahr 2008

Allein oder mit Begleitperson?

Über den Rehabilitationsbedarf hinaus wird seitens des Leistungsträgers festgelegt, ob eine Begleitung des Kindes oder Jugendlichen notwendig ist. Für Vorschulkinder wird grundsätzlich die Begleitung durch eine Person als erforderlich angesehen. Einer Varianz im Einschulungsalter Rechnung tragend wird durch die Deutsche Rentenversicherung Bund bei jedem Kind bis zum vollendeten 7. Lebensjahr eine Begleitperson bewilligt. Eine Bewilligung über diese Altersgrenze hinaus ist nur sehr wenigen Ausnahmen vorbehalten und muss medizinisch begründet sein. Für Patienten mit Mukoviszidose, onkologischen oder schwerwiegenden kardiologischen Krankheitsbildern gelten Ausnahmeregelungen.

Alleinreisende Kinder und Jugendliche werden umfassend betreut

Die häufig ärztlich attestierten Trennungssängste stellen keine Indikation für die Bewilligung einer Begleitperson dar. Alle Einrichtungen sind personell so ausgestattet, dass eine umfassende Betreuung der Kinder und Jugendlichen gewährleistet ist, und die Praxis zeigt auch, dass Heimweh und Trennungsschmerz in der Regel innerhalb kürzester Zeit durch das Gruppenerlebnis in der Rehabilitationsklinik überwunden werden. Sollte die Eltern-Kind-Beziehung so stark sein, dass eine Loslösung medizinisch nicht vertretbar wäre, muss die Rehabilitationsfähigkeit des Kindes, die eine Gruppenfähigkeit voraussetzt, angezweifelt werden.

Es ist weiterhin ein besonderes Anliegen der Rehabilitation, das Kind / den Jugendlichen aus der familiären Betreuung heraus zu lösen, um damit die Möglichkeit zu geben, seine Selbständigkeit zu erhöhen und zu erlernen, sicherer mit seiner Krankheit umzugehen.

Auch die Mitnahme von weiteren (gesunden) Kindern ist grundsätzlich möglich. Für die Kostenübernahme gelten die Maßstäbe der Bewilligung einer sog. Haushaltshilfe. Die Begleitperson sollte sich aber darüber bewusst sein, dass ihre Anwesenheit in der Klinik in erster Linie der Fürsorge um das kranke Kind gilt. Für die Zeit ihrer Einbindung in den Rehabilitationsprozess (Therapie, Schulungen) werden kranke wie gesunde Kinder durch das Personal der Klinik betreut – in der dazwischen liegenden Zeit ist die Begleitperson für die Betreuung der Kinder zuständig. Die Belastung kann hoch sein.

Wie lange dauert eine Rehabilitation?

Den Besonderheiten des Entwicklungsstandes der Kinder und Jugendlichen Rechnung tragend beträgt die Dauer einer Rehabilitationsleistung grundsätzlich mindestens vier Wochen, für Kinder und Jugendliche ohne Begleitung in der Regel sechs Wochen. Wird das Kind durch eine Begleitperson betreut bzw. handelt es sich um eine Wiederholungsleistung, beträgt die Dauer vier Wochen. Diese empfohlene Dauer stellt einen Richtwert dar, der nach sozialmedizinischer Beurteilung und den Besonderheiten des Einzelfalls angepasst werden muss.

Bis zur Wiederholung einer Rehabilitationsleistung sieht der Gesetzgeber einen Mindestzeitraum von vier Jahren vor. Der Zeitraum kann verkürzt werden, wenn hierzu eine dringende medizinische Notwendigkeit besteht.

Wo und durch wen erfolgt die Rehabilitation?

Für die Durchführung von Rehabilitationsleistungen steht ein Netz qualitätsgesicherter Einrichtungen zur Verfügung, das sich über das gesamte Gebiet Deutschlands erstreckt. Nicht selten handelt es sich um traditionsreiche Häuser, die sich aus einer Behandlungsstätte für Tuberkulosepatienten über das Kurwesen zu einer modernen Rehabilitationsstätte entwickelt haben. Bei den meisten Kliniken handelt es sich um Neubauten, die allen Erfordernissen an eine Rehabilitation auf dem Niveau von Fachkliniken Rechnung tragen. Die Kinder und Jugendlichen werden in maximal Vierbettzimmern untergebracht. Für begleitete Kinder und für Jugendliche stehen inzwischen vielerorts Apartments zur Verfügung (d.h. zwei getrennte Räume für die Kinder und Jugendlichen beziehungsweise deren Begleitperson), hierauf besteht jedoch kein Anspruch. Das Anforderungsprofil an eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ist unter www.deutsche-rentenversicherung-bund.de abrufbar.

Ein besonderes Augenmerk ist auf die personelle Besetzung gelegt: Alle Einrichtungen werden von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin beziehungsweise Kinder- und Jugendpsychiatrie geleitet, die selbstverständlich auch täglich präsent sind. In den Einrichtungen arbeiten – je nach Indikation – Psychologische Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder Diplompsychologen. Die Pflege und Betreuung erfolgt durch Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und speziell ausgebildete Erzieher bzw. Sozialpädagogen. Alle an der Therapie beteiligten Berufsgruppen sind auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen spezialisiert und arbeiten eng zusammen.

Der Deutschen Rentenversicherung Bund stehen bundesweit ausreichend Rehabilitationsplätze für alle Indikationen zur Verfügung. Wenn es dennoch zu Wartezeiten kommt, liegt das darin begründet, dass der Wunsch nach Kliniken in bestimmten geografischen Lagen (Nord-, Ostsee) und zu bevorzugten Jahreszeiten ausgeprägter ist als die Einsicht zur Durchführung einer baldigen Rehabilitation.

Ist der Schulunterricht gewährleistet?

Alle Einrichtungen bieten einen sogenannten Überbrückungsunterricht an. Dieser erstreckt sich auf mindestens zehn Wochenstunden in den Fächern Deutsch, Mathematik und mindestens einem dritten Fach. In vielen Einrichtungen wird aber inzwischen Überbrückungsunterricht wesentlich umfangreicher in allen Klassenstufen bis hin zur Gymnasialstufe in den verschiedensten Fächern angeboten. Da die „Klassen“ nur sehr klein sind, kann eine sehr intensive Betreuung erfolgen und nicht selten ist es so, dass die Kinder und Jugendlichen am Ende der Rehabilitation in der Heimatschule problemlos den Anschluss finden beziehungsweise ihren dortigen Mitschülern sogar im Voraus sind. Die Erteilung von Schulunterricht ist eine Leistung der Länder. Den Ländern obliegen die Schulaufsicht und auch das



Abb. 4:
Sport gehört zum Reha-Programm

Aufstellen des Lehrplanes. Dieser ist eingebunden in das ganzheitliche interdisziplinäre Konzept der Rehaeinrichtung und berücksichtigt die Wechselwirkung von Schule und Krankheit.

Es gelten die Ferientermine des Bundeslandes, in dem sich die Einrichtung befindet.

Der sehr häufig geäußerte Wunsch, die Rehabilitation nur während der Schulferien durchführen zu wollen, ist zwar verständlich, auf Grund der geschilderten Strukturen aber unbegründet.

Neben aktiven und passiven medizinischen Leistungen hat die Wissensvermittlung einen hohen Stellenwert

Schulungen darüber hinaus – wozu?

Hierin unterscheidet sich eine Rehabilitation grundlegend von den ehemaligen Kuren. Neben den aktiven und passiven medizinischen Leistungen hat die Wissensvermittlung als edukative Säule der Rehabilitation einen zunehmend hohen Stellenwert. In zum Teil normierten Schulungsprogrammen (z.B. AGNES für die Patienten mit Neurodermitis) werden den Kindern und Jugendlichen wichtige Informationen sowohl für ihr spezielles Krankheitsbild als auch zu allgemeinen Gesundheitsfragen vermittelt. Diese Schulungen werden oft durch praktische Übungen unterstützt. So wird z.B. das Wissen um eine gesunde Ernährung zunächst in Schulungen und Seminaren vermittelt und anschließend in der Lehrküche oder beim Einkaufstraining praktisch umgesetzt. Sind die Kinder noch zu jung für entsprechende Schulungsleistungen, werden die Eltern als sogenannte Cotherapeuten geschult. Durch dieses sog. Gesundheitstraining soll erreicht werden, dass zum einen das Wissen um die Krankheit vertieft wird, zum anderen sollen aber auch Copingstrategien vermittelt und den Patienten ein besserer Umgang mit ihrer Krankheit ermöglicht werden oder auch eine Korrektur im Umgang mit den Risikofaktoren (Abb. 4).

Ist die Qualität der Rehabilitations-einrichtungen gewährleistet?

Alle Einrichtungen unterliegen einer ständigen Qualitätssicherung. Permanent erfolgen Datenerhebungen durch die Einrichtungen, diese werden dem Träger zugeleitet und im Rahmen der externen Qualitätssicherung ausgewertet und wiederum mit den Einrichtungen diskutiert. Bundesweite Projekte in Zusammenarbeit mit

den Krankenkassen zur Überprüfung der Struktur- und Ergebnisqualität werden gegenwärtig durchgeführt bzw. sind abgeschlossen. Reha-Therapiestandards (analog zu den Leitlinien der AWMF) sind in Arbeit.

Es wird durch die Träger überprüft, ob die vorgegebenen quantitativen und qualitativen Personalschlüssel umgesetzt werden. Wichtiges Instrument der Qualitätssicherung sind die regelmäßigen Visitationen, die durch den Leistungsträger erfolgen und in deren Rahmen sich der Leistungsträger vor Ort ein umfassendes Bild von der Rehabilitationseinrichtung macht.

Alle von der Deutschen Rentenversicherung in Anspruch genommenen Einrichtungen müssen sich an diesem System der Qualitätssicherung beteiligen. Das heißt im Umkehrschluss, dass Kliniken, die nicht zum Netz der qualitätsgesicherten Häuser zählen, nicht belegt werden können, auch nicht auf Wunsch der Versicherten.

Wie erfolgt die Rückmeldung zum behandelnden Arzt?

Die medizinische Rehabilitation wird mit einem ärztlichen Entlassungsbericht zeitnah abgeschlossen, sodass er spätestens zwei Wochen nach Entlassung dem Rentenversicherungsträger vorliegt. Der Entlassungsbericht wird weiterhin allen Ärzten zur Verfügung gestellt, die durch die Versicherten vorher benannt worden sind. Er gibt dezidiert darüber Auskunft, welche Leistungen in welchem Umfang und mit welchem Erfolg durchgeführt worden sind. Darüber hinaus enthält er Empfehlungen für die weitere Therapie durch die behandelnden Ärzte am Wohnort zur langfristigen Sicherung des Rehabilitationserfolges. Er soll Aussagen zur Schulfähigkeit enthalten beziehungsweise bei Jugendlichen Aussagen zur Befähigung oder zumindest zur Beratung hinsichtlich des Berufswunsches. Bei Jugendlichen, bei denen der Eintritt ins Erwerbsleben in Kürze erwartet wird, ist das erwerbsbezogene Leistungsvermögen im Entlassungsbericht darzustellen.

Was bringt die Zukunft?

Der Gesetzgeber sieht für Kinder und Jugendliche zurzeit keine Möglichkeit der ambulanten Nachsorge vor. Das ist zweifelsfrei ein Defizit, welches die Nachhaltigkeit einer Rehabilitation in Frage stellt. Viele Einrichtungen bieten von sich aus für die Zeit nach der Rehabilitation Telefonkontakte oder Internetforen an, um den Kindern und Jugendlichen beratend zur Seite stehen zu können. Entsprechende Bemühungen, die gesetzlichen Grundlagen zu verändern und auch Nachsorgeleistungen für Kinder und Jugendliche durch die Gesetzliche Rentenversicherung zu ermöglichen, sind unternommen und gegenwärtig Inhalte mehrerer Arbeitsgruppen.

Zusammenfassung

Die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ermöglicht eine multiprofessionelle Betreuung auf medizinischem Gebiet, eine umfassende Wissensvermittlung sowohl zum speziellen Krankheitsbild als auch zu allgemeinen Grundsätzen der Gesundheitserziehung und langfristig einen besseren Umgang mit der Krankheit.

Die Antragstellung ist einfach und unbürokratisch, bestimmte fachliche Qualifikationen für die ärztliche Befunderstellung sind seitens der Rentenversicherung nicht gefordert. Medizinische Rehabilitation ist eine gute Investition in die Gesundheit und somit in die Zukunft unserer Kinder und Jugendlichen. Es wäre wünschenswert, wenn noch häufiger auf diese ausgezeichnete Möglichkeit der medizinischen Versorgung unserer Kinder und Jugendlichen zurückgegriffen würde.

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

- 1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei allen Angaben nur die männliche Form gewählt
- 2 hierzu zählen z.B. endokrinologische Krankheiten, Kreislaufkrankheiten, orthopädische Krankheiten (sofern der Zusammenhang mit dem Übergewicht plausibel ist)
- 3 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), Gemeinsames Rahmenkonzept für die Durchführung stationärer medizinischer Leistungen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche, Februar 2008

Dr. med. Ralph Jäger
Deutsche Rentenversicherung Bund – Dez. 8023
10704 Berlin

Red.: Riedel

Hilfreich zu wissen

Formulare für die Antragsstellung können wie folgt herunter geladen werden:

www.deutsche-rentenversicherung-bund.de

⇔ [Formulare und Publikationen](#) ⇔ [Formulare Rehabilitation](#) ⇔ [Antragspaket Kinderrehabilitation](#)

Hier findet man die Antragsvorlagen für die Versicherten, für den ärztlichen Befundbericht, Informationsblätter und auch den Vordruck für die Honorarabrechnung.

Wählt man statt „Antragspaket Kinderrehabilitation“ die Rubrik „Ergänzende Formulare zur Rehabilitation“, werden die Vordrucke z.B. zum Thema Haushaltshilfe / Kinderbetreuungskosten angeboten.

Alle Anträge sollten zusammen mit möglichst aktuellen Befunden an den Träger, in diesem Fall an die Deutsche Rentenversicherung geschickt werden.

Was kann und muss eine Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen mit schweren Atemwegserkrankungen leisten?



Dr. med. Thomas Spindler

Rehabilitation bei schweren Atemwegserkrankungen kann sich nicht auf Klimaänderung mit pädagogischem Gruppenerleben beschränken. Vielmehr sollte durch einen solch längeren Aufenthalt die Chance genutzt werden, ein chronisch krankes Kind und seine Umwelt in seiner Gesamtheit zu erfassen und somit ein umfassendes, auf seine individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten abgestimmtes Therapiekonzept zu erarbeiten. Dies ist nur möglich durch eine klare Zielsetzung **vor** der Rehabilitation und eine Umsetzung während der Maßnahme in möglichst realitätsnaher Abbildung des häuslichen Alltags. Insbesondere bei komplexen Erkrankung wie z.B. der Mukoviszidose oder zusätzlichen Komorbiditäten u.a. aus dem sozialpädiatrischen Spektrum sind hierfür personelle und strukturelle Standards auf hohem Niveau erforderlich.

Die stationäre Rehabilitation in der Kinder- und Jugendmedizin ist ein grundlegender Bestandteil der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit komplexen Atemwegserkrankungen.

Bei den zur Rehabilitation führenden Erkrankungen steht das Asthma bronchiale mit etwa 24,9 Prozent der Fälle (2007) an erster Stelle im Kinder- und Jugendlichbereich. Weitere 7,20 Prozent der Rehabilitationsverfahren erfolgten wegen anderer Erkrankungen des

Atemssystems, darunter die Mukoviszidose und andere schwere Lungenerkrankungen. Die Altersverteilung zeigt einen Gipfel bei den 5–9-jährigen.

Moderne Rehabilitation statt Kur

Sogenannte „Kuraufenthalte“ bei Kindern und Jugendlichen beschränken sich häufig auf Klimaänderung mit pädagogischem Gruppenerleben und medizinischer Begleitung. Mit diesem veralteten Grundverständnis werden leider auch heute immer noch Rehabilitationen beantragt. Die heranwachsende Generation wird durch veränderte äußere Lebensbedingungen belastet (Hurrelmann 1999). Chronische Erkrankungen bedeuten häufig neben den rein somatischen Beschwerdebildern eine erhebliche Beeinträchtigung im umgebenden Sozialsystem mit Störungen im Bereich der sozialen Integration.

Rehabilitation muss deshalb mehr leisten. Durch einen längeren Aufenthalt kann ein chronisch krankes Kind und seine Umwelt als Gesamtheit erfasst und ein umfassendes, individuelles Therapiekonzept erarbeitet werden. Dies ist nur zu erreichen durch Erfahrung eines neuen Alltags mit einer möglichst realitätsnahen Abbildung des zu Hause Umsetzbaren.

Dieser Ansatz ist in der Regel ambulant nicht zu erreichen. Durch eine auf Nachhaltigkeit ausgerichtete Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen mit Atemwegserkrankungen kann dieser Anspruch erfüllt werden. Rehabilitationsmedizin kann somit auch mit dem Begriff „Befähigungsmedizin“ belegt werden (Spindler 2001). Dies erfordert spezifische personelle und medizinische Standards, die eine qualifizierte Klinik erbringen sollte (Tab.1, 2).

Wann ist stationäre Rehabilitation sinnvoll?

Eine stationäre Rehabilitation ist indiziert, wenn trotz Ausschöpfen der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten das Therapieziel nicht erreicht werden kann. Rehabilitation ist nicht möglich bei schwerer geistiger Behinderung oder fehlender Gruppenfähigkeit.

Tab. 1: Notwendige diagnostische und strukturelle Standards einer Rehabilitation bei Atemwegserkrankungen

- Lungenfunktion mit Bodyplethysmographie
- standardisierte Belastung
- medikamentöse Provokation
- Nahrungsmittelprovokation, auch doppelt-blind Plazebo-kontrolliert
- Routinelabor incl. Blutgasanalyse
- komplette Allergiediagnostik
- Röntgen
- ggf. Trennung der Patienten nach bakteriologischem Befund
- Überwachung mit Möglichkeit der dauerhaften Sauerstoff-Applikation
- standardisierte indikationsbezogene Schulung
- indikationsbezogene Ernährungsberatung

Tab. 2: Notwendige personelle Standards einer qualifizierten Rehabilitation bei Atemwegserkrankungen

- CA/OA Kinderpneumologe/Allergologe
- Facharztstandard der Stationsärzte
- mehrere qualifizierte Asthmatrainer im Team (Ärzte/Pflege/Psychologen)
- Psychotherapeuten / Sozialpädagogen
- spezialisierte Ernährungsfachkräfte (v.a. CF, Nahrungsmittelallergie)
- spezialisierte Physiotherapeuten (Sekretmobilisation, Autogene Drainage)
- Schule für Kranke
- Berufsfindung/Berufsberatung bei Jugendlichen

Vor der Reha sollten klare Ziele besprochen werden

Beispiele für eine Rehaindikation können demnach sein:

- Einschränkungen der sozialen Teilhabe
- therapierefraktäre respiratorische Funktionsstörung, therapierefraktäre Beschwerden
- Aufwändige diagnostische Maßnahmen die im familiären Umfeld nicht oder kaum machbar sind (z.B. Nahrungsmittelprovokationen, insbesondere doppelblind)

Faktoren, die die Therapie behindern:

- Unzureichende Krankheitsbewältigung und Therapieakzeptanz
- Somatische Multimorbidität (z.B. Adipositas, Neurodermitis, CF-Diabetes)
- Komorbide psychische Störungen (z.B. ADHS, Störungen des Sozialverhaltens)
- Dysfunktionales bzw. überfordertes soziales Umfeld
- Unzureichendes selbstständiges Krankheitsmanagement

Eine grundsätzliche Motivation und eine gemeinsame Zielabsprache von Kind bzw. Jugendlichen, seiner Familie und dem behandelnden Arzt sind Voraussetzungen für eine erfolgreiche Rehabilitation.

Rehabilitation als „Modell des Alltags“ kann nur nachhaltig sein, wenn die Rehaeinrichtung in der Lage ist, den Alltag des Kindes/Jugendlichen so abzubilden, damit das während des Aufenthaltes Erreichte zu Hause auch umsetzbar ist. Dies erfordert neben einem hohen medizinischen Standard entsprechende psychologische und pädagogische Kompetenz in einem interdisziplinären Team. Nicht zielführend sind rein vorbeugende Maßnahmen, z.B. sog. Kinder-Klimakuren (Berdel et al. 2006).

Rehabilitationskette als Voraussetzung für Nachhaltigkeit

Rehabilitation darf nicht für sich alleine stehen, sondern muss eingebunden sein in eine Vernetzung zwischen niedergelassenen Ärzten, Spezialkliniken/Ambulanzen und Rehaeinrichtungen im Sinne einer „Rehabilitationskette“ (Abb. 1).

Idealerweise sollte der zuweisende Arzt die Rehabilitation vorbereiten durch:

- die Information von Patient und Eltern über die stationäre Rehabilitation,
- die Motivation zur aktiven Mitarbeit von Patient und Eltern,
- die Erarbeitung individueller, realistischer Zielsetzung und

- die Übermittlung von Vorbefunden, Therapie und Rehabilitationszielen.

Die Rehabilitationsklinik muss zur Vorbereitung, Durchführung und Nachsorge der Reha fallweise neben der Familie und dem niedergelassenen Kinder- bzw. Hausarzt bzw. den Spezialambulanzen weitere Hilfsstrukturen (z.B. Jugendämter) einbeziehen. Wichtig ist dabei der enge Informationsaustausch zur gegenseitigen Abstimmung.

Schule ist Alltag

Die Weiterführung der schulischen Ausbildung wird in Form eines Unterrichtes in klinikeigenen Schulen in kleinen Gruppen gewährleistet. Dies dient auch der Aufdeckung von Schulleistungsstörungen und Belastungserprobung.

Berufshinführung

Für Patienten der letzten Schulklassen werden Beratungen angeboten, um über krankheitsbedingte Risiken zu informieren, individuelle berufliche Perspektiven zu ergründen und bei Bedarf medizinisch geeignete Alternativen aufzuzeigen.

Elternarbeit als zentraler Rehabilitationsbestandteil

Je nach Alter und Indikation ist es nicht nur wünschenswert sondern notwendig, die Eltern in die Rehabilitation einzubinden. Insbesondere im Vorschulalter, jedoch auch bei älteren Patienten mit schweren chronischen Erkrankungen, wie z.B. Mukoviszidose, ist die Einbindung des direkten sozialen Umfelds unabdingbar.

Qualitätssicherung

Die Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität sowie altersgerechte Befragungsinstrumente und kindbezogene Eltern- bzw. Angehörigenfragebögen sind in der ersten klinischen Erprobungsphase. Derzeit werden zusätzlich evidenzbasierte Therapiemodule implementiert.

Rechtliche Voraussetzungen

Die Rehabilitation bei Kindern und Jugendlichen wird durch GKV und DRV gemeinsam getragen. Bei der Antragstellung ist auf eine möglichst präzise Darstellung der Indikation und der Zielsetzung zu achten.

Spezielle Rehabilitation bei chronischen Lungenerkrankungen (z.B. Asthma, Mukoviszidose, Zilienfunktionsstörungen)

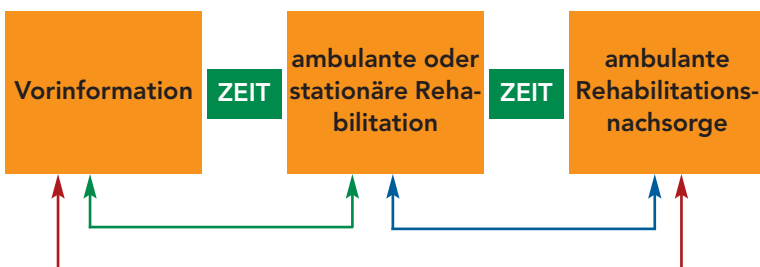
Chronische Lungenerkrankungen sind Erkrankungen des gesamten Familiensystems. Sie betreffen auch den sozialen Kontext des Kindes/Jugendlichen und seiner Familie. Einerseits bestehen auf Grund der häufigen Progredienz der Erkrankung eine zunehmende körperliche Einschränkungen der sozialen Teilhabe, andererseits beansprucht der intensive Therapiebedarf einen erheblichen zeitlichen Rahmen.

Dies steht oft im Widerspruch zur normalen Entwicklung der Autonomie insbesondere bei jugendlichen Patienten.

Einrichtungen, die diese Patienten rehabilitieren, müssen oft der gegensätzlichen Zielsetzungen von Therapeuten/Eltern und Jugendlichen Rechnung tragen. Sie

Vernetzung zwischen betreuendem Arzt und Reha ist unabdingbare Voraussetzung für Nachhaltigkeit

Abb. 1: Rehabilitationskette



müssen einerseits medizinisch alle notwendigen Voraussetzungen einer Versorgung auf höchstem Niveau bieten, andererseits aber auch mit den Patienten und den betreuenden Zentren zu einer gemeinsam akzeptierten Zielsetzung und letztendlich Therapieumsetzung gelangen.

Rehabilitationsbedürftigkeit und Rehabilitationsfähigkeit

Die spezielle Indikation zu einer stationären Rehabilitation bei schweren chronischen Lungenerkrankungen liegt neben den allgemeinen oben genannten Reha-indikationen beispielsweise vor bei:

- fehlender oder mangelnder Beherrschung physiotherapeutischer Techniken,
- unzureichender Gewichtsentwicklung,
- Probleme bei der Krankheitsbewältigung und Durchführung der Therapie und
- Störungen der sozialen Integration.

Rehabilitationsverständnis

Patienten mit schweren chronischen Lungenerkrankungen müssen ihre Krankheit zusammen mit ihren Angehörigen als unverschuldetes Lebensschicksal annehmen. Dies gelingt nur, wenn sie als aktive Subjekte auftreten, nicht als passive Objekte, die einen Teil von sich zur Behandlung abgeben. Die Krankheit gehört zu ihnen, sie „organisieren“ sich ihr Leben mit ihrer Krankheit und beziehen diese in ihre Lebensgestaltung ein.

Nicht alle Patienten/Familien kommen bereits mit dieser Haltung zur Rehabilitation. Ein wichtiger Teil der Arbeit gilt dann der Einstellung der Patienten zu ihrer Krankheit, ihrem Selbstverständnis als Betroffene, der Ausgewogenheit von handeln und behandeln lassen, hinnehmen und kämpfen. Sich zusammen- und auseinanderzusetzen ist ein wesentliches Prinzip der Fürsorge für die Patienten und ihre Familien.

Rehabilitativer Arbeit liegen so neben **medizinischer** Versorgung **psychodynamische und systemisch fundierte** Ansätze zugrunde. Das Zusammenleben in der Gemeinschaft und die Bearbeitung des Erlebten bieten soziale Erfahrungsmöglichkeiten. Der Austausch und die Begegnung mit anderen Betroffenen helfen bei der Weiterentwicklung des Umgangs mit der Krankheit und fördern die Persönlichkeitsentwicklung. Für die Kinder und Jugendlichen soll der Rehabilitationsaufenthalt zum einen eine Pause vom Alltag sein, der neue Erfahrungen ermöglicht und alte Gewohnheiten auflockern hilft.

Zum anderen soll er möglichst alltagsnah ablaufen, damit neue, praktikable Verhaltensweisen entwickelt werden können. In den Alltag werden die spezifischen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen der Medizin, Physiotherapie, Pflege, Psychologie, Diätetik und Pädagogik individuell für die Patienten eingebettet. In der Rehabilitation vorbereitete Veränderungen können nur Bestand haben, wenn sie von den Bezugspersonen mitgetragen werden. Deshalb muss mit den Eltern und den Behandlern am Heimatort ein enger Austausch stattfinden.

Rehabilitationsziele

Das übergeordnete Ziel einer stationären Rehabilitation ist die **Steigerung der Lebensqualität** dieser Kinder und Jugendlichen. Dies hängt von den individuellen Gegebenheiten bei den Patienten ab. Einmal kann es um die Anpassung der medizinischen Therapie an den Gesundheitszustand und die Lebensbedingungen des Patienten gehen, ein andermal um die Frage, welche psychosozialen Blockierungen einer Therapie im Wege stehen. Daher ist die gemeinsame Zielsetzung zu Beginn der Rehabilitation wesentlich für den Erfolg. Ein bedeutsames Erfolgskriterium ist der Zuwachs an **Rationalität und Sicherheit bzgl. der Erkrankung**.

Beispiele für einzelne Ziele aus den verschiedenen Bereichen sind:

- Medizinische Therapie:
 - Anpassung der medikamentösen Behandlung an den gegenwärtigen Gesundheitszustand und die aktuellen Befunde
 - Überprüfung des bisherigen Therapieplans nach ausführlicher Diagnostik
 - Abstimmung wesentlicher Änderungen mit den Behandlern am Heimatort
- Physiotherapie:
 - Vermittlung spezieller Techniken zur Sekretmobilisation
 - Einübung der Inhalations- und Atemtechniken
 - Erhaltung bzw. Verbesserung der Thoraxmobilität
 - Fachinformationen und praktische Anleitungen zum Thema „Physiotherapie“
- Sporttherapie:
 - Handlungskompetenz im Umgang mit Sport erwerben
 - Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit
 - Abbau der Angst vor körperlichen Belastungen
 - Förderung von Selbstvertrauen und Selbstständigkeit
 - Diagnostik und Therapie von motorischen Störungen
 - Vermittlung von Fachinformationen zum Thema „Lungenerkrankung und Sport“
 - Unterstützung und Ergänzung physiotherapeutischer Maßnahmen
- Ernährung:
 - Annäherung des Gewichtes an altersgemäße Normen (i. d. R. Gewichtszunahme)
 - Abstimmung von Ernährung und medizinischer Therapie (z.B. Enzymsubstitution)
 - Umstellung hin zu einer bedarfsgesteuerten Enzymsubstitution
 - Verbesserung des Ernährungsverhaltens
- Krankheitsbezogene Schulung:
 - altersgemäßes Wissen um körperliche Vorgänge der Erkrankung
 - Kenntnisse über die Wirkungsweise der Medikamente
 - Wissen um Infektionsrisiken und prophylaktische Verhaltensweisen

Schwere Erkrankungen der Atemwege erfordern hochspezialisierte Einrichtungen

Rehabilitation hilft, eine geplante Ltx gezielt vorzubereiten

- Sensibilität für körperlich wahrnehmbare Signale über den Zustand der Krankheit, insbesondere bei Verschlechterungen
- Gruppenleben:
 - Altersgemäße und krankheitsangepasste Teilnahme am sozialen Leben
 - Zunahme an Selbstsicherheit und Selbstbewusstsein
 - Akzeptanz gegenüber der Erkrankung
 - Angemessen offensiver Umgang mit der Erkrankung
 - Altersangemessene Eigenverantwortung und Selbstständigkeit bei der Therapie
 - Steigerung der Überzeugung, selbst wirksam sein zu können
- Schulunterricht/Berufsvorbereitung:
 - Erhalt und ggf. Verbesserung des Lern- und Leistungsniveaus
 - Fähigkeit zur Teilnahme am regulären Unterricht
 - Bewältigung von Auswirkungen der Krankheit im schulischen Rahmen
 - Kompensation von Kenntnislücken und Lernverhaltensdefiziten
 - Beratung zu und ggf. Erprobung von geeigneten Berufsfeldern

Rehabilitation hilft im Übergang in den „Alltag“ nach erfolgter Ltx

- Begleitpersonen, Familienleben:
 - Stärkung der Familie im Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen
 - Verringerung der innerfamiliären Belastung
 - Klärung und Verringerung familiärer Konflikte
 - Sicherheit im Umgang mit dem Kind
 - Klärung erzieherischer Fragen und Fragen der elterlichen Verantwortung
 - Erkennen von sekundären Krankheitsfolgen
 - Akzeptanz der Erkrankung durch die Familie
 - Entlastung durch zeitlich befristete Befreiung von Verantwortung für das Kind
 - Fähigkeit zur Mobilisierung von entlastenden Ressourcen im Alltag

Nicht bei allen Patienten sind alle Bereiche bedeutsam. Die Schwerpunkte müssen nach dem besonderen Bedarf der einzelnen Patienten gesetzt werden.

Rehabilitation bei schwersten Lungenerkrankungen (z.B. Transplantations [Ltx] Vor- und Nachsorge)

Die Rehabilitation von dieser Patientengruppe erfordert besondere medizinische, psychologische und pädagogische Rahmenbedingungen (Tab. 3).

Tab. 3: Zusätzliche Standards einer qualifizierten Rehabilitation bei schwerer CF bzw. prae/post Ltx

- Akutmedizinische Versorgung möglich
- i.v.-Therapie während Reha möglich
- leistungsfähiges Notfalllabor
- Möglichkeit der regelmäßigen Medikamentenspiegelbestimmung (z.B. Tacrolimus)
- Möglichkeit intensivmedizinischer Überwachung
- Bronchologie

Patienten **vor** Ltx müssen in einen bestmöglichen körperlichen Zustand gebracht werden. Parallel dazu muss eine intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Transplantation mit Hilfe einer psychologischen Betreuung erfolgen. Außerdem bietet die stationäre Rehabilitation die Chance einer Gesamteinschätzung der Therapietreue und intrinsischen Motivation, ohne die eine Ltx von vorne herein nahezu ohne mittel- oder langfristige Erfolgsaussicht ist.

Dass entsprechende rehabilitative Maßnahmen wirken, zeigen Zahlen, die sich allerdings auf das Erwachsenenspektrum beziehen (siehe Abb. 2).

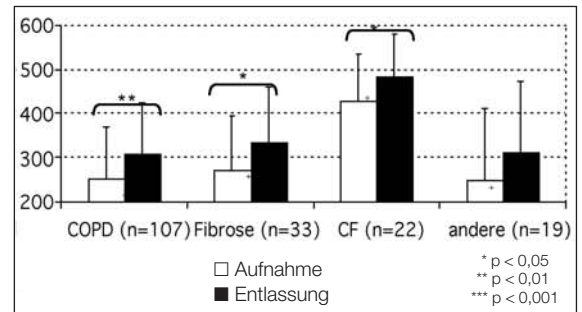


Abb. 2: 6-Minuten-Gehtest vor Ltx prae-post Rehabilitation (n = 181) nach Kenn et al.

Die Zielsetzung bei Patienten **post** Ltx ist eine gänzlich andere. Einerseits erfolgte hier eine enge medizinische Überwachung und Schulung, da insbesondere bei Patienten mit Erkrankungen, die nicht nur das Atemwegssystem betreffen wie die CF nach Ltx, neben der weiterhin notwendigen Mukoviszidose-therapie zusätzlich die medizinische Therapie nach Transplantation mit all ihren Problemen notwendig ist. D.h. die Patienten nach Ltx haben anstatt einer Erkrankung plötzlich noch eine weitere Problematik dazu, die einer genauso intensiven Therapie mit entsprechender Überwachung bedarf.

Andererseits müssen diese Patienten „alltagsfit“ gemacht werden. Dies bedeutet ein langsames Herauslösen aus der über lange Jahre antrainierten Sonderrolle des Fürsorgebedürftigen hin zu eine möglichst normalen Integration in Alltag, Beruf und/oder Schule.

Neben den Strukturvoraussetzungen, die bei anderen schweren Lungenerkrankungen vorzuhalten sind, sind hier weitere Leistungen notwendig (Tab. 3).

Zu klären ist hier allerdings häufig noch die Kostenfrage, da mit den gängigen Tagespflegesätzen einer Kinderrehabilitation die anfallenden Kosten nicht annähernd gedeckt sind. Zu wünschen sind spezielle Sonderpflegesätze, wie sie bei Erwachsenen häufig bereits anzutreffen sind.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Thomas Spindler
 Fachkliniken Wangen, Waldburg-Zeil Kliniken
 Kinderklinik und Rehabilitationskinderklinik
 Am Vogelherd 14, 88239 Wangen/Allg.
 Tel.: 07522 7971211
 Mail: thomas.spindler@wz-kliniken.de

Red.: Riedel

Familienorientierte Rehabilitation in der Kinderkardiologie – Der Patient heißt Familie

In Deutschland werden jährlich 6.000–8.000 Kinder mit einem Herzfehler geboren, das entspricht fast 22 Kindern pro Tag. Etwa 4.500 von ihnen wird jedes Jahr das Weiterleben durch eine Operation am offenen Herzen ermöglicht. Heute erreichen etwa 85 Prozent dieser Kinder das Erwachsenenalter, wenn auch nicht selten mit körperlichen Einschränkungen. Die Patienten brauchen nicht nur eine gute medizinische Versorgung, es muss sich eine ebenso hochwertige Nachsorge anschließen, die neben der körperlichen auch die seelische Betreuung dieser Patienten beinhaltet.

Denn viele Probleme fangen nach der Entlassung aus der Akutklinik erst richtig an: Die immense Anspannung, die einerseits bis nach der Operation auf der ganzen Familie lastet, sie andererseits immer öfter „funktionieren“ ließ, bricht zusammen. Erst jetzt zeigen sich offene Belastungssyndrome, die während der ganzen zurückliegenden Zeit aufgelaufen sind. Hier greift die Familienorientierte Rehabilitation (FOR) helfend und stützend ein. Jedes Familienmitglied wird sowohl als Einzelperson als auch in seinem Familienumfeld in den Therapieprozess einbezogen, um der Familie wieder zu einer Einheit zu verhelfen. Die FOR ist integrierter Bestandteil eines kinder-kardiologischen Behandlungsplanes und beinhaltet die nachhaltige Sicherung des medizinischen Behandlungserfolgs, die Weiterführung einer evtl. medikamentösen Therapie, die Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit und die psychische und physische Stabilisierung des kranken Kindes und seiner Familie.

FOR ist indiziert, wenn die Familie den medizinischen Heilerfolg nicht mehr sichern, dem Patienten keine ausreichende Förderung zukommen lassen kann oder wenn es durch die Erkrankung zu einer Belastung der Familie gekommen ist, die zu medizinischen und psycho-sozialen Komplikationen bei den übrigen Familienmitgliedern führt. Die gesamte Familie wird als System rehabilitiert und die ganzheitliche psychische wie physische Betreuung wirkt präventiv – auch für Eltern und Geschwister in Bezug auf mögliche Folge- oder Begleiterkrankungen. Für die betroffenen Kinder ist es besonders wichtig und dem Heilungsprozess zuträglich, unter möglichst günstigen familiären Bedingungen aufzuwachsen.

Zur Stärkung des familiären Umfelds bietet sich eine vierwöchige stationäre Rehabilitationsmaßnahme (FOR) an. Das herzkranken Kind lernt unter professioneller Anleitung von Sporttherapeuten einen angepassten Umgang mit der Krankheit. Es freut sich über das neugewonnene, wenn auch eingeschränkte Leben und hat die Möglichkeit, Selbstbewusstsein und Vertrauen zu seinem Körper zu entwickeln. Die Geschwister erfahren, dass auch ihre Sorgen und Ängste um den herzkranken Patienten wichtig und berechtigt sind. Schulische Defizite werden aufgearbeitet. Evtl. Entwicklungsrückstände

können diagnostiziert und eine Therapie eingeleitet werden. Auch die Beziehung der Eltern wird wieder in Balance gebracht, vorhandene seelische und körperliche Erkrankungen werden angesprochen und therapiert. Alle Familienmitglieder lernen, mit der neuen Situation zu leben. Sie schöpfen wieder Kraft und Hoffnung für die Zukunft.

Die vier FOR-Kliniken im Überblick:

Nachsorgeklinik Tannheim gGmbH

Gemeindewaldstraße 75, 78052 VS-Tannheim
Tel.: 07705 - 9200, Fax: 07705 - 920199
E-Mail: sekretariat@tannheim.de
www.tannheim.de

Kindernachsorgeklinik

Berlin - Brandenburg gGmbH
Bussardweg 1, 16321 Bernau - Waldsiedlung
Tel.: 03338 - 908020, Fax: 03338 - 908039
E-Mail: info@knkbb.de
www.knkbb.de

Rehabilitationsklinik Katharinenhöhe

Oberkatzensteig 11, 78141 Schönwald / Schwarzwald
Tel.: 07723 - 65030, Fax: 07723 - 6503100
E-Mail: info@katharinenhoehe.de
www.katharinenhoehe.de

Kinderhaus Klinik Bad Oexen

Oexen 27, 32549 Bad Oeynhausen
Tel.: 05731 - 5370, Fax: 05731 - 537736
E-Mail: klinik@badoexen.de
www.badoexen.de

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Sören Riedel
Bundesverband Herzkranken Kinder e. V.
Kasinostraße 66, 52066 Aachen
Tel: 0241 - 55 94 69 79, Fax: 0241 - 91 23 33
s.riedel@bvhk.de, www.bvhk.de



Sören Riedel

Tetanus-Prophylaxe nach Fahrradunfall

**CONSILIUM
INFECTORUM**

PD Dr. Horst Scholz

Frage:

Vor drei Tagen, am 04.10., hatte mein 10-jähriger ungeimpfter Patient einen Fahrradunfall und trug dabei multiple, teilweise 2-Euro-Stück-große Schürfwunden im Gesicht und am Körper davon. Die Familie ist daraufhin ins Krankenhaus gegangen, auf Nachfragen nach dem Impfstatus wurde dieser verneint. Der Vater verweigerte daraufhin sämtliche Impfungen, dies ist auch dokumentiert.

Heute nun am 07.10. wurde der Patient bei mir vorgestellt. Sein Zustand ist gut, es gibt keine Wundheilungsstörung, im Vordergrund steht eher eine neurologische Symptomatik mit Kopfschmerzen. Das Angebot einer Tetanusimpfung wurde erneut ausgeschlagen.

Meine Frage ist nun:

- Ist es 72 Stunden nach dem Unfall überhaupt noch sinnvoll, prophylaktische Maßnahmen zu ergreifen?
- In was für einem Zeitfenster kann denn mit prophylaktischen Maßnahmen zugewartet werden?
- Sollte eine nochmalige Ablehnung prophylaktischer Maßnahmen beim niedergelassenen Arzt dokumentiert werden?
- Ist jetzt hier alternativ eine antibiotische Prophylaxe sinnvoll?
- Wie soll in diesem konkreten Fall weiter vorgegangen werden und wie sieht die rechtliche Situation aus?

Antwort:

Nach Schätzungen der WHO sterben weltweit jährlich über eine Million Menschen an Tetanus. In den Industriestaaten Europas und Nordamerikas ist die Tetanusinzidenz dank umfassender Impfungen sowie der verbesserten Lebensbedingungen niedrig. Vorwiegend erkranken hier ältere und nicht ausreichend immunisierte Personen. Die Letalität ist selbst mit moderner Intensivtherapie immer noch hoch und die Überlebenden benötigen oft eine wochenlange stationäre Behandlung und eine längere Rehabilitation.

Eine Sondererhebung durch das *Robert Koch-Institut* hat ergeben, dass in Deutschland für die Zeit von 1991 bis 1995 11–16 Erkrankungen an Tetanus/Jahr gemeldet

wurden. Die Letalität betrug 25 %. Von 26 Erkrankungsfällen lagen nähere Angaben vor. Bei den Verletzungen handelte es sich im Wesentlichen um Riss-, Schürf- und Kratzwunden und um Verletzungen durch Unfälle. Bei 6 Patienten wurden vom Arzt keinerlei prophylaktische Maßnahmen eingeleitet.

Da Tetanussporen ubiquitär vorkommen und jede Wunde mit ihnen inokuliert sein kann und da die Prognose ungünstig ist, sollten die von der STIKO empfohlene Tetanus-Immunitätsprophylaxe unbedingt angeboten werden, d. h. bei dem ungeimpften Jungen mit verschmutzten Wunden sollte unverzüglich Tetanus-Immunglobulin verabreicht und zusätzlich gegen Tetanus geimpft werden. Wenn Letztere von den Eltern abgelehnt wird, ist das unbedingt zu dokumentieren. Gleiches gilt bei Ablehnung der passiven Immunprophylaxe. Der Arzt ist in diesem Fall juristisch abgesichert.

Die Gabe von Tetanus-Immunglobulin nach 72 Stunden nach dem Unfall ist sinnvoll. Die Inkubationszeit beträgt 3 Tage bis 3 Wochen mit Schwankungen zwischen einem Tag und mehreren Monaten. Außerdem ist davon auszugehen, dass im Falle einer Produktion der Exotoxine Tetanospasmin und Tetanolysin diese nicht plötzlich und überfallartig erfolgt. Selbst bei einer verspäteten Gabe ist noch ein Nutzeffekt zu erwarten. Es sei daran erinnert, dass das oberste therapeutische Ziel die Neutralisierung von ungebundenem Toxin durch Tetanus-Immunglobulin ist.

Eine frühzeitige Antibiotikatherapie kann durch Abtöten der Clostridien die Toxinbildung einschränken. Geeignet wären Metronidazol (auch per os) und Penicillin G. Bei dem Jungen ist eine Antibiotikatherapie aber wohl nicht (mehr) notwendig, weil davon auszugehen ist, dass die Wunden im Krankenhaus optimal versorgt worden sind und die Wunden nur bedingt eine Vermehrung von Bakterien unter anaeroben Bedingungen erlauben.

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

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

Welche Diagnose wird gestellt?

Sabine Vöhringer, Inken Sommerfeld und Burkhard Püst

Anamnese

Sechs Jahre altes Mädchen mit seit sechs Tagen bestehenden Rückenschmerzen, die auch nachts auftreten, sowie eingeschränkter Rumpfbeugung und Kribbeln im rechten Bein beim Gehen. In der letzten Zeit sei das Mädchen verhältnismäßig ruhig und müde gewesen.

Zeckenstich vor 4–6 Wochen erinnerlich, jedoch kein Erythema migrans. Kein Fieber, keine weiteren Symptome.

Körperlicher Untersuchungsbefund

Guter Allgemeinzustand, endgradiger Meningismus, diffus eingeschränkte Sensibilität des rechten Beins von inguinal bis zum Sprunggelenk, keine Kraftminderung. Lendenstrecksteife (eingeschränktes Schober-Maß). Muskeigenreflexe seitengleich auslösbar.

Restlicher internpädiatrischer Untersuchungsbefund unauffällig.

Körpertemperatur: 37,6 °C



Diagnostik

Blutwerte: Leuko 10,2/nl, Hb 13,1 g/dl, Thrombozyten 396/nl, CRP < 1 mg/l, Normwerte für Elektrolyte, Harnstoff, Krea, CK und Gesamteiweiß

Liquor: klar, Laktat: 2,3 mmol/l, Glucose 65 mg/dl, Erythrozyten 34/3 Zellen,

Leukozyten 429/3 Zellen, Lymphozyten 96% Monozyten 3 %, Plasmazellen 1 %, Eiweiß 543 mg/l

Wie lautet die Diagnose?

(Auflösung auf Seite 39)

Diagnose: Lymphozytäre Meningoradikuloneuritis (M. Bannwarth)

Die lymphozytäre Meningoradikuloneuritis ist eine Manifestationsform des Stadiums 2 der Borreliose mit den Kernsymptomen radikulärer Schmerzen und/oder Sensibilitätsstörungen. Stadium 1 manifestiert sich als Erythema migrans, Stadium 2 typisch als Neuroborreliose. Bei Erwachsenen kann der Morbus Bannwarth als Leitsymptom dieses Stadiums angesehen werden; bei Kindern tritt häufiger eine akute periphere Fazialisparese oder Meningitis mit milder Symptomatik auf. Typische Erscheinung des Spätstadiums 3 ist die chronische borrelieninduzierte Arthritis.

Ätiologie

Erreger der Erkrankung ist das gramnegative spiralförmige Bakterium *Borrelia burgdorferi*, das durch den Stich infizierter Zecken übertragen wird. Die zunächst geringe Übertragungswahrscheinlichkeit steigt nach 24 Stunden Haftzeit deutlich an.

Klinik

Durch die Entzündung von Hirnhäuten und Nervenwurzeln kommt es zu radi-

kulären Schmerzen sowie Paresen. Typisch ist der Befall der unteren Spinalnerven mit Lendenstrecksteife. Zudem kommt es zur lymphomonozytären Meningitis und Hirnnervenausfällen.

Differentialdiagnosen

Da die Symptome des Morbus Bannwarth vielfältig sind, kommt je nach Manifestationsform eine Reihe von Differentialdiagnosen in Frage. In unserem Fall dachten wir bei Kribbelparästhesien und Rückenschmerzen z. B. an eine Elektrolytstörung oder eine Lumbago.

Diagnostik

Neben der Klinik steht die Liquorpunktion zur Diagnosesicherung an erster Stelle. Hierbei zeigt sich typischerweise eine lymphozytäre Pleozytose mit Eiweiß-erhöhung bei steriler Liquorkultur. Die Bestätigung einer akuten Infektion erfolgt durch Nachweis intrathekal gebildeter spezifischer Antikörper der Klasse M bzw. G im ELISA bzw. Western Blot.

Therapie und Prognose

Die Standardtherapie erfolgt mit Ceftriaxon intravenös (50 mg/kgKG/d) über

insgesamt 14 Tage. Diese verkürzt den klinischen Verlauf und verhindert Komplikationen sowie chronische Verläufe. Der Therapieeffekt kann anhand der klinischen Symptomatik (z. B. Besserung der radikulären Schmerzen) beurteilt werden. Serologische Verlaufskontrollen sind nicht indiziert, da nicht aussagekräftig. Die Langzeitprognose ist gut. Die Infektion hinterlässt jedoch keine bleibende Immunität – eine Reinfektion ist möglich.

Weiterer Verlauf bei unserer Patientin

Nachweis borrelienspezifischer Antikörper der Klasse M in Liquor und Serum. Deutliche Besserung der klinischen Symptome bereits wenige Tage nach Beginn der antibiotischen Therapie mit Ceftriaxon.

Dr. Sabine Vöhringer
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Abt. Allgemeine Pädiatrie
Liliencronstr. 130
22149 Hamburg

Red.: Höger

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

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



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Nephrotisches Syndrom – Neue Therapieoption bei Steroidabhängigkeit

Single Dose of Rituximab for Refractory Steroid-Dependent Nephrotic Syndrome in Children

Kamei K, Ito S, Nozu K, Fujinaga S, Nakayama M, Sako M, Saito M, Yoneko M, Iijima K. *Pediatr Nephrol*, 24:1321-1328, Juli 2009

In einer prospektiven, multizentrischen Studie wurden Wirksamkeit, Sicherheit und Pharmakokinetik einer Einzeldosis von Rituximab (375 mg/m²) für die Behandlung des refraktären, steroid-abhängigen nephrotischen Syndroms untersucht. Bei allen 12 Kindern konnte nach einem Median von 74 Tagen nach Rituximab-Gabe die Steroid-Therapie beendet werden. Die Anzahl an Rezidiven konnte signifikant vermindert und die von steroid-freien Phasen signifikant verlängert werden. 9/12 Patienten hatten ein Rezidiv des nephrotischen Syndroms im Median 129 Tage nach Rituximab-Behandlung. Bei 7 Patienten musste die Rituximab-Gabe bei erneuter Steroidabhängigkeit wiederholt werden. Die meisten Rezidive traten parallel zum Wiederauftreten der B-Lymphozyten im peripheren Blutbild auf. Kein Patient hatte lebensbedrohliche Nebenwirkungen. Fazit: Eine Einzeldosis Rituximab ist effektiv, Rezidive eines steroidabhängigen nephrotischen Syndroms für ca. 6 Monate zu verhindern, allerdings traten bei der Mehrheit der Patienten nach diesem Zeitraum wieder Rezidive auf.

Kommentar

Eine einmalige Therapie mit Rituximab, die zu einer lang anhaltenden Remission bei einem steroidabhängigen nephrotischen Syndrom führt, erscheint attraktiv. Allerdings zeigen die vorliegende wie auch andere publizierte Studien, dass die Mehrheit der Kinder nach ca. 1/2 Jahr bei Wiederauftreten der B-Lymphozyten auch wieder Rezidive entwickelt. Eine erneute oder sogar wieder-

holte Rituximab-Therapie kann notwendig werden. Das Sicherheitsprofil von Rituximab ist für die meisten Kinder gut, allerdings gab es in Einzelfallberichten auch lebensbedrohliche Komplikationen. Zusätzlich ist von einem Publikations-Bias auszugehen, so dass „Misserfolge von Rituximab“ ggf. nicht publiziert worden sind. Aufgrund dieser Problematik ist eine Rituximab Therapie nur für Kinder mit steroidabhängigem nephrotischen Syndrom als Rescue-Therapie zu empfehlen, die unter dauerimmunsuppressiver Therapie mit einem Calcineurininhibitor und Mycophenolat-Mofeteil steroidabhängig sind, um bei diesen Kindern schwerste Steroidnebenwirkungen zu verhindern.

(Lars Pape, Hannover)

Untere Atemwegsinfekte durch Rhinoviren

Rhinovirus Associated with Severe Lower Respiratory Tract Infections in Children

Louie JK et al., *Pediatr Infect Dis J*: 28:337-339, April 2009

Rhinovirus ist die häufigste Ursache eines banalen Schnupfens, aber auch von virusinduzierten Asthmaexazerbationen, bei schweren unteren Atemwegserkrankungen wurde dieser Virus bisher noch nicht in größerem Umfang diskutiert.

In dem California Department of Public Health in Richmond, Kalifornien/USA, dem Referenzlabor für den Staat Kalifornien, wurde ein Projekt mit dem Children's Hospital and Research Center in Oakland zur Ursache von schweren unteren Atemwegserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, die auf eine Kinderintensivstation aufgenommen wurden, durchgeführt. Während einer Periode von neun Monaten (Februar bis Oktober 2007) wurden in 43 Fällen Sekretproben auf 11 respiratorische Viren sowie Mykoplasma pneumoniae mit einer PCR-Technik untersucht. Ein Infektionserreger konnte in 70% der Fälle identifiziert werden, wobei Rhinovirus der am häufigsten nachgewiesene Erreger (in 21 Fällen entsprechend 49%) war. Außerdem wurden 4 Fälle von Humanem Metapneumovirus, 3 Fälle von Parainfluenza 3-Virus sowie ein Fall eines RS-Virus und ein Fall einer Mykoplasma pneumoniae-Infektion identifiziert. Die mit Rhinovirus infizierten Patienten waren jung (im mittleren Alter 1,4 Jahre) und wurden wegen Pneumonie aufgenommen. Viele hatten eine chronische zugrunde liegende Erkrankung, sowie ein pathologisches Röntgenbild und benötigten eine mechanische Beatmung, die Krankenhausverweildauer betrug im Mittel 7 Tage. Ko-Infektionen mit anderen Viren oder Bakterien waren zwar häufig, aber in über der Hälfte der Fälle konnte das Rhinovirus als einziger Infektionserreger nachgewiesen werden. Hieraus schlossen die Autoren, dass das Rhinovirus auch schwere untere Atemwegsinfektionen im Kindesalter auslösen kann, besonders in der Sommerzeit, in der nicht Influenzaviren oder RS-Viren dominieren.

Kommentar

Rhinoviren haben immer mehr in der pädiatrischen Pulmologie an Bedeutung gewonnen, sie können nicht nur Asthma auslösen, sondern erzeugen auch langwirksame bronchiale Hyperakti-

vität und werden diesbezüglich auch schon in die Nähe des RS-Virus gerückt. Jetzt wissen wir auch, dass sie schwere untere Atemwegsinfektionen mit Intensivpflichtigkeit auslösen können, eine Impfung gegen Rhinoviren ist noch nicht in Sicht.

(Frank Riedel, Hamburg)

Neues Gen bei Noonan-like Syndrom

Mutation of SHOC2 Promotes Aberrant Protein N-Myristoylation and Causes Noonan-Like Syndromes with Loose Anagen Hair

Cordeddu V, Di Schiavi E et al. Nature Genetics 41:1022-1026, September 2009

Zusammenfassung

Die Autoren beschreiben die Entdeckung eines „neuen“ Gens, das in Veränderung zu einem Noonan-Syndrom ähnlichen Phänotyp führt. Ähnlich wie die bisher bekannten 4 Gene, die für das Noonan-Syndrom verantwortlich sind (PTPN11; KRAS; SOS1, RAF1) ist auch dieses Gen in den Signalweg des RAS-Proteins eingeschaltet. Die in dem Artikel beschriebenen 25 Patienten tragen alle dieselbe heterozygote Punktmutation, alle haben zusätzlich zu den Symptomen des Noonan-Syndroms noch deutliche Auffälligkeiten im Kopfhhaarwachstum, sogenanntes Anagenhaar. Bei allen ist die Mutation de novo entstanden.

Kommentar

Dysregulationen des RAS-MAPK Signaltransduktionspathways sind die molekulare Ursache für die Gruppe von Syndromen, die besonders im englischsprachigen Raum nun als „Neuro-cardio-facial-cutaneous family“ zusammengefasst werden. Dazu gehört im Einzelnen das häufig vorkommende Noonan-Syndrom und die eher seltenen Syndrome, CFC- und Costello-Syndrom. Diese drei Syndrome sind zwar distinkt, es gibt aber zwischen ihnen Überlappungen im Phänotyp, die im Einzelfall eine Zuordnung zu dem einen oder anderen Syndrom schwierig machen können. Nun wurde ein weiteres Gen identifiziert, das in Veränderung zu einem Noonan-Syndrom ähnlichen Phänotyp führt, das SHOCs Gen. Patienten mit heterozygoten Mutationen in diesem Gen haben typische Symptome des Noonan-Syndroms wie Kleinwuchs, Ptosis und nach unten außen ausgerichtete Lidachsen. Sie haben aber auch „untypische“ Symptome, die die Zuordnung zum Noonan-Syndrom schwieriger machen können und eher zum CFC oder Costello-Syndrom passen wie eine deutliche mentale Beeinträchtigung, die ansonsten bei Kindern mit Noonan Syndrom nicht so typisch ist, eine Hyperaktivität, eine hypernasale Sprache, Hautveränderungen (Ekzem) und sehr spärliches Haar. Das jetzt kürzlich nachgewiesene Gen und die mit Mutationen in dem Gen verbundenen Symptome zeigen wieder einmal ein schon öfter beschriebenes Phänomen, dass Grenzen zwischen einzelnen Syndromen verschwinden, Syndrom-Definitionen schwieriger werden und die Molekulargenetik dafür Erklärungen bereit hält. Für den klinisch-genetisch interessierten Kinderarzt

empfiehlt es sich, bei V.a. Noonan-Syndrom mit „seinem“ Humangenetiker zu sprechen und ihm ggf. Fotos und Befunde zukommen zu lassen, damit er mitentscheiden kann, welches Gen bei der Fragestellung zunächst untersucht werden sollte. Durch die nachgewiesene Assoziation von heterozygoten Mutationen in den genannten 5 Genen ist beim molekulargenetischen Nachweis eine Sicherheit von mehr als 80% gewährleistet.

(Stephanie Spranger, Bremen)

Krebs bei Kindern: Säuglinge mit lokalisiertem Neuroblastom benötigen meist keine Chemotherapie

Localized Infant Neuroblastomas Often Show Spontaneous Regression: Results of the Prospective Trials NB95-S and NB97

Hero B, Simon T, Berthold F et al., Journal Clinical Oncology, 26,1504-1510, März 2008

Die exzellente Prognose von lokalisierten Neuroblastomen im Säuglingsalter sowie die 2–3-fache Überdiagnose von Neuroblastomen, die im Rahmen eines Screening von Neugeborenen gefunden wurden, veranlassten die Teams mehrerer deutscher onkologischer Kinderzentren zu einer Wait- and Watch Studie ohne initiale Chemotherapie. In die Studie wurden 340 Säuglinge (< 1 Jahr) mit lokalisiertem Neuroblastom aufgenommen. Die Diagnose wurde durch eine Probebiopsie gesichert. Wichtig ist, dass diese Kinder keine weiteren Risikofaktoren hatten: N-myc, ein häufiges Onkogen, dessen Präsenz eine höhere Malignität des Tumors anzeigt, durfte nicht vermehrt nachgewiesen werden. Nur 57 Kinder mit einer lebensbedrohlichen Symptomatik wie drohendes Nieren- Lungen- oder Darmversagen, Querschnittlähmung oder schwere Allgemeinsymptome wurden chemotherapiert. Eine (nahezu) komplette Entfernung erfolgte bei 190 Säuglingen. Bei 93 Säuglingen konnte auf eine initiale größere Resektionsoperation im Säuglingsalter verzichtet werden. Von diesen bildete sich in 44 Fällen der Tumor – mit regelmäßiger Ultraschallkontrolle dokumentiert – spontan zurück, interessanterweise oft erst ein Jahr nach der Diagnosestellung. Aufgrund einer unvollständigen Rückbildung mussten 11 dieser Patienten nach 1–76 Monaten operiert werden. Die Beobachtungszeit von Tumoren die keine Progression zeigen, beträgt bis zu 7 Jahre. Nur 4 Kinder entwickelten einen hochmalignen Tumor (Stadium IV) und mussten intensiv chemotherapiert werden (eine milde Chemotherapie erfolgte bei 35 Patienten mit sog. Multilokulären Neuroblastom IVS).

Die Überlebensrate der insgesamt 340 Patienten ist excellent: 99 % der Kinder, die nicht operiert wurden mussten, 95 % der Patienten mit Chemotherapie und 98 % der Kinder mit Resektion des Neuroblastoms überlebten. Die meisten der insgesamt 10 Todesfälle traten unter der Therapie (Operation oder Chemotherapie) auf. Die Autoren folgern, dass bei Kindern mit lokalisiertem Neuroblastom (ohne Risikofaktoren) mit einer Behandlung abgewartet werden kann.

Kommentar

Für das Säuglingsneuroblastom haben diese Ergebnisse weitreichende Folgen: Ein im ersten Jahr entdecktes Neuroblastom hat – unabhängig von der Behandlung – in fast allen Fällen eine gute Prognose. Für uns Kinder- und Jugendärzte bedeutet das differenzierte Vorgehen mit – je nach Größe oder weiteren Risikofaktoren – Beobachtung, primärer Resektion oder Chemotherapie, dass wir bei auffälligen Säuglingen (v.a. vorgewölbter Bauch, zunehmender Bauchumfang, Resistenz im Oberbauch, \geq Bilytopenie im Blutbild) sorgfältig einen Tumor ausschließen müssen. Kinder mit Verdacht auf Neuroblastom müssen sofort an ein pädiatrisch onkologisches Zentrum überwiesen werden. Erfreulicherweise können wir die Eltern mit Hinweis auf die gute Prog-

nose des Säuglingsneuroblastoms beruhigen. Dessen spontane Regression ist ein gutes Beispiel für die häufige Beobachtung des erfahrenen Kinder- und Jugendarztes, dass eine zu frühe Screeningdiagnostik oder eine zu frühe Therapie auch schaden kann. Für die weitere Therapiestratifizierung bei Säuglings-Neuroblastom ist die Identifikation zusätzlicher Risikofaktoren ebenso wichtig wie die richtige Erkennung des Tumors. Ein konzertiertes Vorgehen nach national und international standardisierten Studienprotokollen (wie dem hier vorgestellten deutschsprachigen NB 95 und NB 97 Protokollen) ist unerlässlich, um die für die Stratifizierung und statistische Auswertung notwendige hohe Fallzahl zu erhalten.

(Stefan Eber, München)

H1N1 – ein Drama in mehreren Akten

Können Sie es überhaupt noch hören? Die letzten Wochen und Monate waren für uns alle turbulent und oftmals unerfreulich. Zunächst gab es zahllose Diskussionen um die Verfügbarkeit und Indikationen der Neuraminidasehemmer, gefolgt von der für uns Pädiater dann sehr hilfreichen weil sachlich ausgewogenen DGPI-Empfehlung (www.dgpi.de), unterstützt auch durch die DAKJ (www.dakj.de). Noch bevor die Epi(Pan)demie wirklich ausbrach, folgte in den Medien die breite „Ausschlachtung“ der naturgemäß gegebenen Unsicherheiten betreffend dem zu erwartenden Ausmaß der Epidemie und den Eigenschaften der von der Regierung bestellten H1N1-Impfstoffe. Tatsächlichen, häufiger aber vermeintlichen Experten wurde breiter Raum in der Öffentlichkeit geboten, sich mehr oder weniger fundiert dazu zu äußern. In vielen Fällen trug dies aber eher zur allgemeinen Verunsicherung bei, als dass die vielfach multiplizierten persönlichen Meinungsäußerungen der Sache dienlich gewesen wären. Auszubaden hatten dies einerseits täglich Sie in den Praxen und andererseits wir in den entsprechenden Gremien. Zu allem Überfluss zirkulierte dann noch ein schauerhaftes weil tendenziöses und im Inhalt fehlerhaftes Spam-Mail einer „Kollegin“, Allgemeinmedizinerin aus Frankfurt, welches einen Zusammenhang zwischen Squalen (Bestandteil der Adjuvantien in den H1N1-Impfstoffen) und dem „Golfkriegs-Syndrom“ postulierte. Angeblich sei Squalen in den Anthrax-Impfstoffen der US-Armee enthalten gewesen, was nicht stimmt. Die dennoch ausgelöste Verunsicherung in der Bevölkerung hat meiner

Meinung nach erheblich dazu beigetragen, dass die Akzeptanz der H1N1-Impfung nur sehr gering war. Die fundierte, sehr lesenswerte Richtigstellung der Sachlage durch das Paul-Ehrlich Institut (www.pei.de) konnte das in den Brunnen gefallene Kind leider nicht mehr retten, weil die meisten Menschen ihre Informationen von der „University of Google“ bezogen, deren Glaubwürdigkeit von Laien ja bekanntlich maßlos überschätzt wird.

Die fachlich gut begründete (kein Eigenlob!) STIKO-Impfempfehlung (zuerst die Risikogruppen zu impfen, danach die Allgemeinbevölkerung) war das Ergebnis zahlreicher interner Diskussionen und Abstimmungsprozesse und lief der Realität leider hinterher. Die Epidemie nahm im November ihren Lauf und das viel zitierte „Impfchaos“, insbesondere was die Verteilung der Impfstoffe bis in die Praxen zu den Anwendern betraf, haben Sie ja deutlich gespürt. Wenn die Pandemie ausgestanden ist, sind auf vielen Ebenen dringend „Aufräumarbeiten“ angesagt. Aus Fehlern soll man lernen, denn das Damoklesschwert „H5N1“ (Vogelgrippevirus) schwebt ja weiterhin über uns.

Pneumokokken-Konjugatimpfstoffe

Unser Impffarsenal hat sich verbessert: neben dem traditionellen und gut bewährten 7-valenten Impfstoff stehen uns nun auch ein 10- und ein 13-valenter Impfstoff zur Verfügung. Zur Erinnerung: der 10-valente Impfstoff kann bis zum Alter von 2 Jahren bei Neubeginn der Impfserie verwendet werden sowie als Auffrischungsimpfung (bei 7-valent vor-



Impfforum

geimpften Kindern) im 2. Lebensjahr. Der 13-valente Impfstoff ist eine Weiterentwicklung des 7-valenten Impfstoffs und darf zu jedem Zeitpunkt der Impfserie („3+1“) stattdessen verwendet werden. Der Erfolg der breiten, langjährigen Verwendung des 7-valenten Impfstoffs ist signifikant, indem invasive Infektionen durch diese 7 Serotypen von *Streptococcus pneumoniae* bei Kindern bis zum Alter von 2 Jahren dank Impfung um ca. 90% reduziert werden konnten (www.rki.de → Infektionsschutz → Sentinels → Pneumoweb-Sentinel). Auch der nicht geimpften Bevölkerung ist unser Impfprogramm nützlich, als dass sich nun auch ein signifikanter indirekter Schutz abzeichnet (Herdenimmunität). Zeitgleich ist der Nutzen der beiden höhervalenten Impfstoffe gestiegen, da der relative Anteil der verbliebenen und jetzt größtenteils auch impfpräventablen Serotypen entsprechend höher geworden ist.

Wir haben gemeinsam viel erreicht und können zukünftig sogar noch mehr Kindern das Schicksal einer invasiven Pneumokokken-Krankheit ersparen. Impfen nützt, impfen schützt.

Was bringt die Zukunft? Der zusätzliche Nutzen des 23-valenten Polysaccharidimpfstoffs (mit seinen bekannten Schwächen wie zeitlich begrenzter Schutzdauer, fehlender T-Zellstimulation, unzureichende Boosterfähigkeit) bei den bekannten Risikogruppen im Kindesalter ist mit Verwendung eines höhervalenten Konjugatimpfstoffs heute geringer denn je. Die STIKO wird sich deshalb damit beschäftigen müssen, inwieweit die aktuellen Empfehlungen zur Verwendung des Polysaccharidimpfstoffs bei Kindern <5 Jahren (die derzeitige Altersbegrenzung für den 13-valenten Konjugatimpfstoff als mögliche Alternative) geändert werden sollten.

ESPID 2010 und DGPI 2010

Die Jahrestagung der „European Society for Paediatric Infectious Diseases“ (ESPID) ist in den letzten Jahren zur weltweit größten Fortbildungsveranstaltung auf dem Gebiet der Pädiatrischen Infektiologie geworden. Als derzeitiger Präsident dieser Fachgesellschaft wäre es mir eine große Freude, Sie vom 5.–8. Mai in Nizza als Teilnehmer

begrüßen zu dürfen (siehe www.kenes.com/espido). Impftemen nehmen traditionell einen breiten Raum an der ESPID Tagung ein. Die dort präsentierten Daten sind hochaktuell und den Veröffentlichungen in Fachzeitschriften meistens 1–2 Jahre voraus.

Ebenso sehr ans Herz legen möchte ich Ihnen die Jahresta-

gung der „Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie“, dieses Jahr vom 15.–19. Juni in Saarbrücken (www.dgpi2010.de). Für sie gilt bezüglich Informationsgehalt und Aktualität das gleiche wie für ESPID. Die DGPI kennen Sie ja gut: das im Herbst 2009 in 5. Auflage erschienene „DGPI-Handbuch“ (markant im orangefarbenen Ein-

band!) hat sicherlich einen festen Platz in Ihrer Präsenzbibliothek, ist es doch seit vielen Jahren das Standardwerk auf dem Gebiet der pädiatrischen Infektiologie im deutschsprachigen Raum. Wittern Sie bei mir einen Interessenkonflikt? Die anteiligen Einnahmen aus dem Verkauf kommen vollumfänglich der DGPI zugute, wir Herausgeber

und Autoren arbeiten ehrenamtlich.

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

Red.: Christen

Exklusiv nur für Mitglieder des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte e.V.:

Neues bvkj-Gesundheits-Checkheft inkl. U 7a, U 10, U 11, J2

Als Ergänzung für das veraltete gelbe Vorsorgeheft hat der BVKJ ein zusätzliches **Gesundheits-Checkheft** für Kinder und Jugendliche entwickelt, das die vier neuen Vorsorgeuntersuchungen enthält: im Alter von 3 Jahren (U 7a), 7–8 Jahren (U 10), 9–10 Jahren (U 11) und 16–17 Jahren (J 2).

Das Gesundheits-Checkheft beinhaltet Tabellen, Fragebögen, Blutdruck-Richtwerte für Kinder, Größen- und Gewichtsperzentilen von Jungen und Mädchen, Körpermassenindex für Jungen und Mädchen.

Da diese neuen Untersuchungen noch nicht von allen gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden, müssen einige Eltern sie zunächst selbst bezahlen und mit ihrer Krankenkasse dann darüber verhandeln, ob sie ihnen die Kosten für diese Untersuchung erstattet. Ein großer Teil der Kassen ist unter Wettbewerbsgesichtspunkten dazu bereit.

Die bisherigen Vorsorgeuntersuchungen werden im alten, redaktionell überarbeiteten gelben Heft und die zusätzlichen im Gesundheits-Checkheft für Kinder und Jugendliche dokumentiert.

Ein Manual zum Umgang mit dem Gesundheits-Checkheft sowie die Elternbroschüre runden das Vorsorgeangebot ab.

bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Gesundheits-Checkheft für Kinder und Jugendliche -

36 Seiten, DIN A5
15 Hefte € 15,00
30 Hefte € 30,00
60 Hefte € 60,00
inkl. MwSt. zzgl. Versand

Manual zum Umgang mit dem Gesundheits-Checkheft des BVKJ

98 Seiten, DIN A5
Einzelheft € 2,50
inkl. MwSt. zzgl. Versand

Begleitende Informationen für Eltern Einheiten zu 50 oder 100 St.

4 Seiten, Faltblatt DIN A5
kostenlos



Zu beziehen bei:

Verlag Schmidt-Römhild, Mengstr. 16, 23552 Lübeck, Tel. 04 51 / 70 31 267,
Fax 04 51 / 70 31-281 oder im Online-Shop der Verlagsgruppe: www.schmidt-roemhild.de.

**SCHMIDT
RÖMHILD**

Man muss nicht jeden Fehler selber machen, um aus ihm zu lernen!

Seit Juni 2009 steht das „Critical Incident und Reporting System“ des BVKJ, kurz CIRS, allen PädInForm- und Praxisfieber-Nutzern online zur Verfügung. In loser Folge veröffentlichen und kommentieren wir aus diesem Fundus gemeldete Fehler oder Beinaheschäden. So dienen die Fehlerberichte mit ihren Kommentaren uns allen als Lernsystem.

Was ist passiert?

Bei der Aufbereitung von entnommenem Blut für den Versand zum Labor wurden in nicht nachvollziehbarer Weise Blutröhrchen zweier Patienten verwechselt. Hinterher war nicht mehr nachzuvollziehen welches Röhrchen zu welchem Patienten gehörte.

Was war das Ergebnis?

Blutwerte konnten nicht in die Diagnostik einbezogen werden. Erneute Blutentnahmen waren notwendig.

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie könnte es in Zukunft vermieden werden?

Arbeits- und Verfahrensanweisungen unserer Praxis wurden aus Nachlässigkeit nicht umgesetzt. Blutentnahmen sollen, mit eindeutiger Kennzeichnung für welchen Patienten, bereits vorbereitet sein. Das entnommene Blut soll sofort für den Versand verpackt werden und nicht mit weiteren Blutproben anderer Patienten im Labor gelagert werden. Diese Arbeit soll von einer erfahrenen MFA und nicht von einer Auszubildenden gemacht werden bzw. nur wenn diese dabei kontrolliert wird.

Wie hätte man das Ergebnis verhindern können?

Das Verwechseln von Blutröhrchen hat ja leider nicht nur die Folge, dass die Laborergebnisse nicht in die diagnostischen Überlegungen und Therapieentscheidungen einfließen, sondern dass fremde, also falsche Befunde bewertet werden. Ob die Behandlungskonsequenzen zwangsläufig auch falsch sein müssen, hängt von ihrer Plausibilität und der Aufmerksamkeit des Arztes ab – ist aber nicht unwahrscheinlich. Denn Schäden im Zusammenhang mit Fehlern bei der Anforderungen von Laboruntersuchungen und bildgebender Diagnostik sind in der Literatur als die

zweithäufigsten Fehlerquellen nach fehlerhaften Medikationsanordnungen beschrieben (Rohe et al. in *Der Allgemeinarzt*, 2005).

Der Untersuchungsanforderung und dem Versand von Probenmaterial, sei es Blut oder Urin, Abstrichen oder Biopsien muss daher im Risikomanagement einer Arztpraxis besondere Aufmerksamkeit zukommen. Umso mehr gilt dies, wenn häufig oder routinemäßig Auszubildende, wie in dem berichteten Fall, Praktikanten oder Studierende, Famulanten oder PJ's Blutentnahmen alleine durchführen. Wie die einzelne Arztpraxis Materialgewinnung, Kennzeichnung und Versand organisiert, bleibt immer individuell zu lösen. In der Reihe von äußeren Umständen, die diesen Prozess mitbestimmen, ist in erster Linie das jeweilige Labor hinsichtlich Container-, Kennzeichnungs-, Anforderungs- und Versandsystem entscheidend.

Prinzipiell gilt aber immer das Gleiche: das gewonnene Material ist direkt nach der Entnahme eindeutig und lesbar zu kennzeichnen sowie hygiene- und materialgerecht zu verpacken. Ob eine Kennzeichnung des Containers bereits vor der Entnahme, wie in unserem Fall, weniger fehlerbehaftet ist, kann aus der Literatur nicht beantwortet werden. Aus der Erfahrung im Training mit Studierenden und Krankenschwestern im Klinikbereich ist aber festzuhalten, dass die Kennzeichnung des Röhrchens nach der Entnahme sinnvoller erscheint. Wichtig dabei ist immer, dass die Kennzeichnung sofort im Anschluss erfolgt und der Patient möglichst noch anwesend ist – auch um ggf. noch mal den Namen nachfragen zu können.

Der zugehörige Anforderungsschein muss gleichfalls gekennzeichnet, lesbar und eindeutig sein. Dies gilt auch für EDV-Barcodes. Strichcode-Systeme sollten auf dem „Klebchen“ immer noch mal den Patientennamen in Normalschrift angeben,

um eine Sichtkontrolle zu ermöglichen oder bei einem Ausfall der Auslesegeräte Verwechslungen zu vermeiden. Die Labor-dienstleister geben dazu meist sehr konkrete Hinweise, die unbedingt einzuhalten sind.

Verlässt das Material die Entnahme-, Kennzeichnungs- und Verpackungsstelle muss der Datenschutz für den Patienten gewahrt sein.

Ob eine zweite Person die Kennzeichnung und Verpackung überprüfen sollte, muss wiederum individuell, praktikabel, sinnvoll und mit Augenmaß geregelt werden. Eine QM-Arbeitsanweisung sollte diese praxisindividuellen Regeln Schritt für Schritt beschreiben, um eine Verbindlichkeit zu schaffen. Allen Mitarbeitern, die in die jeweiligen Arbeitsschritte involviert sind (Ärzte, MFAs, MTAs oder Studierende), sind diese Abläufe bei der Einarbeitung oder bei Änderungen zu vermitteln. Dabei ist es wichtig auch Folgeschritte, die der Mitarbeiter vielleicht mitbeeinflusst, aber nicht selbst durchführt, zu erläutern. Alle Beteiligten sollten den gesamten Ablauf bis hin zum Befundeingang verstehen, um Fehler zu vermeiden. Die Arbeitsanweisung kann dabei als Schulungs-Checkliste dienen, um einzelne Schritte nicht zu vergessen. Fehler können anhand der Ablaufdarstellung analysiert werden, um sofortige Korrekturen durchzuführen bzw. langfristige Änderungen vorzunehmen, die die Wiederholung solch eines Schadens vermeiden.

Gerade Routineabläufe sollte das Team regelmäßig gemeinsam reflektieren. Resultierende Revisionen werden so eher und bereitwilliger umgesetzt und eingehalten. Und zu guter Letzt bleibt dann auch die QM-Dokumentation aktuell.

Der beschriebene Fall zeigt auch, dass die Überprüfung, ob das Geschulte richtig angewendet wird, genauso wichtig ist wie die Regelung an sich. Wie oft wird etwas

bei Schulungen und Einarbeitungen missverstanden? Aus eigenen Überlegungen, Unachtsamkeit oder Trägheit heraus werden Vorgaben dann nicht angewendet und ganz allmählich schleifen sich fehlerträchtige Arbeitsschritte ein. Nichts ist so schwierig wieder zu verlernen, wie falsch eingespielte Abläufe, wenn lange kein Schaden auftritt – daher gilt es zu schulen und kontinuierlich zu überprüfen.

Ablauf-Beispiel in 13 Schritten für Ihr QM-Handbuch:

1. Arzt ordnet Laboranforderung in einer Anforderungsliste an.
2. MFA bereitet Probenkennung mit den Patientendaten und der Laboranforderung vor,
3. MFA bereitet Probenbehälter vor,
4. MFA versichert sich über die Identität des Patienten,
5. MFA führt die Probenentnahme durch und gibt das Material in den vorbereiteten Behälter,

6. MFA kennzeichnet den gefüllten Probenbehälter,
7. MFA überprüft die Übereinstimmung der Patientendaten mit den Anforderungsdaten (wenn keine Übereinstimmung, muss ein Korrekturverfahren greifen), ggf. folgen weitere Probenentnahmen bei anderen Patienten, siehe 2.
8. MFA bereitet Versand vor,
9. MFA (ggf. eine andere Person) überprüft, ob Probe, Patientendaten, Anforderungsdaten und Versanddaten übereinstimmen (wenn keine Übereinstimmung, muss ein Korrekturverfahren greifen),
10. MFA versendet die verpackte Probe,
11. MFA dokumentiert in der Anforderungsliste den Versand.
12. MFA überprüft den Befundeingang anhand der Anforderungsliste, wenn keine Übereinstimmung, muss ein Korrekturverfahren greifen
13. Arzt nimmt Befund entgegen.

Lesen Sie weitere interessante Fehlerberichte und Kommentare unter www.cirs-paediatric.de. Drucken Sie sich die Fälle, die Sie in Ihrer Praxis als ähnliche Risiken erleben, aus und diskutieren Sie mit Ihrem Team in der nächsten QM-Besprechung.

Berichten Sie bitte auch online über Schäden oder Beinaheschäden, die sich in Ihrer Praxis ereignet haben, um Hinweise und Tipps zu bekommen, wie ähnliche Situationen von Kolleginnen und Kollegen gelöst werden.

Redaktion

Dominik Ewald für den Ausschuss QM,
dominik.ewald@cirs-paediatric.de
 Ulmenstr. 4
 65812 Bad Soden

Red.: ge

*Mitarbeit bei dieser Kolumne
 ist ausdrücklich erwünscht –
 Vertraulichkeit ist gewährleistet.*

J09V – wie bitte?

Als Kinder- und Jugendarzt muss ich nicht allzu oft Krankschreiben. Aber ich weiß, dass auf eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ein ICD-Code gehört. Also schrieb ich bei der Patientin „J09V“. Denn genau das hatte sie: hohes Fieber, Muskel-, Glieder- und Kopfschmerzen, Husten, Halsweh und wahrscheinlichen Kontakt zu einem H1N1-Fall.

Das war am Morgen. Am Nachmittag wurde mir dann ein Telefonat von einer Kasse durchgestellt. Die nette Dame fragte mich: „Was heißt J09 denn? Mein Computer nimmt das nicht an“.

Ja Hallo?!? J09 steht seit 2006 im für Deutschland gültigen ICD-10-GM. Lediglich im Frühjahr 2009 fand die Umwidmung vom „Vogelgrippe-“ in den „Schweinegrippencode“ statt, nachzulesen auf der Homepage des DIMDI. Schon seltsam, wenn wir Ärzte, sei es in der Praxis oder im Krankenhaus, jedes Jahr wieder mit den Feinheiten eines ICD-10 ge- und manchmal auch überfordert werden und die Krankenkasse mal locker die Codierung von 2005 oder früher benutzt? Wo ist der Sinn des Ganzen, wenn man keine einheitliche Sprache spricht?

Na, das ist ja mal wieder eine tolle Bestätigung der Wichtigkeit unseres Tuns, dachte ich mir.

Gesagt habe ich: „Die J09 ist die korrekte Codierung der neuen Influenza, auch genannt Schweinegrippe.“ Die nette Dame am Telefon darauf: „Na, dann werde ich mal suchen, ob ich eine ähnliche ICD-Ziffer finde, die mein Computer nimmt.“

Und damit verschwand die Schweinegrippe im Nirwana des kasseneigenen Computersystems – mit dem statistisch erhellen-dem Ergebnis:

„Schweinegrippe stark überschätzt – bisher keine Krankschreibungen notwendig“.

Michael Achenbach, 58840 Plettenberg

Red.: ge

● Eine Frage an

**Dr. Andreas Meschke,
Rechtsanwalt und Fachanwalt
für Medizinrecht, Düsseldorf,
Justitiar des BVKJ:**



MFA oder Pädiater – Wer darf impfen?

„Impfen kann grundsätzlich an eine MFA delegiert werden, auch wenn es mittels Injektion erfolgt. Dies ist durch die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung anerkannt (s. DÄBl. 2008 (Heft 41), A-2173, Nr. 8). Der Arzt muss sich aber darüber vergewissern, dass die Arzthelferin nach ihrer Ausbildung und ihren Erfahrungen spezifisch qualifiziert in der Punktions- und Injektionstechnik ist. Ureigene, nicht übertragbare Aufgabe des Arztes ist die Erhebung der Impfanamnese und die Aufklärung zur Impfung. Die Prüfung der Qualifikation zur Impfinjektion sollte in regelmäßigen Abständen wiederholt werden.

Allergietests (Pricktest, Subcutantest) können ebenfalls an qualifizierte Mitarbeiterinnen delegiert werden, erfordern aber aufgrund des Risikos eines allergischen Schocks die Anwesenheit des Arztes in unmittelbarer Nähe; in seiner Mittagspause beispielsweise wäre ein Allergietest verboten.

Impfen bedeutet aber auch ein Risiko für die Patienten. Kommt es zu Schäden, kann bei Durchführungsfehlern die MFA haften (so genannte Durchführungsverantwortung). Die Haftpflichtversicherung ihres Chefs sichert sie hierbei gegen eine persönliche Haftung ab, wenn keine vorsätzliche Schädigung vorliegt. Gleichwohl: Aufgrund der Durchführungsverantwortung kann eine MFA das Impfen auch ablehnen, ohne dass dies für sie negative Folgen (Kündigung o.ä.) haben darf.“

ReH

Service-Nummer der Assekuranz AG

**für Mitglieder des Berufsverbandes
der Kinder- und Jugendärzte**

**Den bewährten Partner des BVKJ in allen
Versicherungsfragen, die Assekuranz AG,
können Sie unter der folgenden Service-
nummer erreichen:**

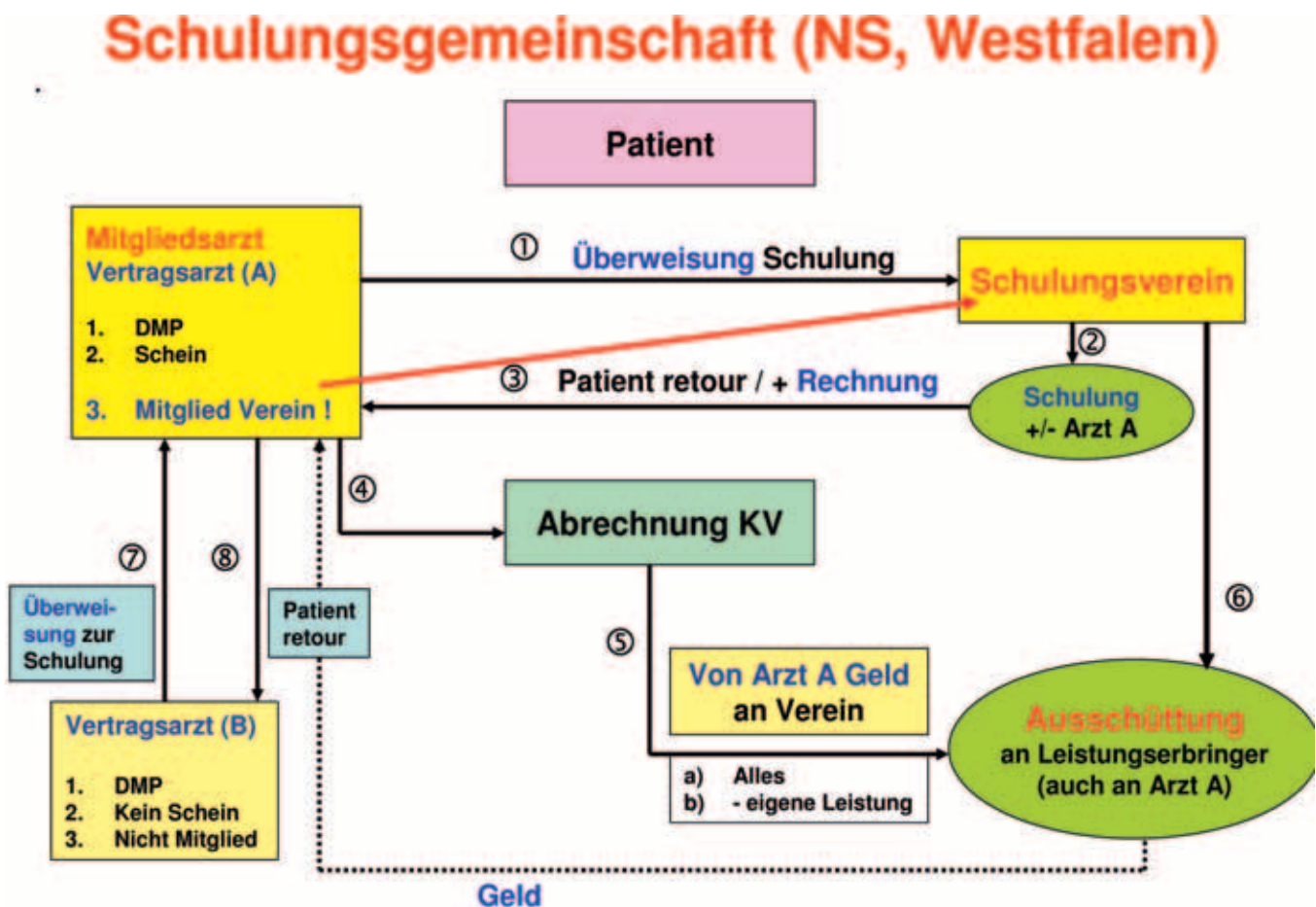
(02 21) 6 89 09 21.

Nachahmenswert: DMP-Schulungsgemeinschaften / -Schulungsvereine

Im Bereich der KV Niedersachsen sowie Westfalen gibt es die Möglichkeit, dass Schulungsvereine im Rahmen des DMP Schulungen durchführen analog zur „Gemeinschaft“. Die Leitung obliegt ei-

nem Vertragsarzt, der dem DMP beigetreten ist und ein Trainerzertifikat hat. Vertragsärzte in anderen KVen sollten bei ihrer jeweiligen KV die Übernahme dieser Regelung beantragen (www.kvn.de).

Mitglieder der Schulungsgemeinschaft können neben Vertragsärzten alle anderen Ärzte (incl. Krankenhausärzte) sein, sofern sie ein Trainerzertifikat haben. Auch nicht-ärztliche Mitglieder müssen eines haben.



Erbringung der Schulungsleistung:

a) Vertragsärzte mit Trainerzertifikat der AGAS (Arzt A) überweisen ihre Patienten an die Schulungsgemeinschaft. Der Vertragsarzt kann, muss aber nicht an der Schulung teilnehmen. Nach erfolgter Schulung erfolgt die Rücküberweisung mit Rechnungserstellung. Der Vertragsarzt rechnet die Schulung gegenüber der KV ab und überweist dann das Geld (abzüglich der KV-Verwaltungskosten) an die Schu-

lungsgemeinschaft, die dann die einzelnen Leistungserbringer honoriert.

b) Vertragsärzte, die im DMP eingeschrieben sind, ohne Trainerschein der AGAS (Arzt B) können nicht Mitglied der Schulungsgemeinschaft werden und auch Patienten nicht direkt überweisen; sie können dies nur über einen Vertragsarzt Typ A.

Die persönliche Leistungserbringung ist in Niedersachsen gewährleistet durch Motivation zur Schulung, Besprechung

der Schulungsziele bzw. deren Erreichen, zur Verfügungsstellung individueller Patientendaten, Abschlussgespräch nach erfolgter Schulung. In Westfalen ist die persönliche Leistungserbringung durch die Mitgliedschaft gewährleistet.

Dr. med. Rüdiger Szczepanski
Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft
Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e.V.

Red: ReH

Wichtige Mitteilung

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Die Gmünder Ersatzkasse und die Barmer Ersatzkasse haben zum 1. Januar 2010 fusioniert.

Diese Fusion hat Auswirkung auf unseren Vertrag nach § 73 b SGB V mit der GEK über eine hausarztzentrierte pädiatrische Versorgung.

Wir können Ihnen die erfreuliche Mitteilung machen, dass dieser Vertrag ab dem 1.1.2010 auch für die Versicherten der BEK Anwendung findet, also für die neue Krankenkasse BARMER GEK in vollem Umfang gilt.

Die notwendigen Änderungen zur praxisgerechten Umsetzung des Vertrages (Anpassung des Vertrages sowie der Teilnahmeerklärungen der Kinder- und Jugendärzte und der Versicherten und der erforderlichen Formulare) werden derzeit bearbeitet. Sie werden bis Mitte Januar hierzu nähere Informationen erhalten. Den bisherigen Vertragstext mit der GEK finden Sie in PaedInform (unter PaedInform neu, hier dann unter Krankenkassenverträge).

Freundliche Grüße

Dr. Wolfram Hartmann

Präsident

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Klaus Lüft

Geschäftsführer

BVKJ-Service GmbH



bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Wahlergebnis**Nachwahl im Landesverband Hamburg des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. für die Legislaturperiode 2009 – 2011**

Landesverbandsvorsitzender und

1. Delegierter:

Dr. med. Stefan Renz, Hamburg

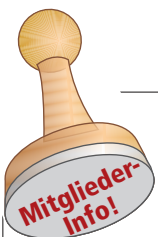
1. Stellv. Landesverbandsvorsitzende und

2. Delegierte:

Dr. med. Annette Lingenauber, Hamburg

2. Stellv. Landesverbandsvorsitzender:

Dr. med. Bernd Hinrichs, Hamburg



bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

**Wahlaufruf
für den Landesverband Berlin**

Gemäß der Wahlordnung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. findet vom **18.01.–08.02.2010** die Nachwahl der Stellvertretenden Landesverbandsvorsitzenden und der Ersatzdelegierten statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum **08.02.2010** 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. Klemens Senger

Landesverbandsvorsitzender

Lockender Lorbeer

Jugend und Sport in der griechisch-römischen Antike

Fackelläufer, griech. Vasenmalerei, 400 v.Chr.

© akg-images / Erich Lessing

Schon junge Kinder wurden im antiken Griechenland von einem für dieses Alter ausgebildeten Sportlehrer, dem *Paidotriben*, trainiert. – Daran schloss sich das Gymnasion an, welches die zentrale Rolle als Vermittler körperlicher Erziehung und geistiger Bildung übernahm. Besonders in hellenistischer Zeit, während des 3. und 2. Jh. v.Chr., galt es der Polisgemeinschaft als Synonym für griechische Kultur im weitesten Sinne. Es verfügte – häufig in einer Parklandschaft gelegen – über eine Freifläche, auf der ursprünglich gymnastische Übungen stattfanden und Wettkämpfe im Springen, Ring- und Faustkampf ausgetragen wurden. Dazu gehörte eine Laufbahn, das *Paradromion*.

Seit dem 5. Jh. v.Chr. entwickelte sich das Gymnasion zu einer aufwendigen baulichen Anlage: Aus dem Platz wurde die *Palästra*, ein quadratischer von Säulen umstandener Hof (*Peristylhof*), der von weiteren Räumen für Übungen, Körperpflege, Entspannung und Lernen flankiert wurde. Ab dem 4. Jh. war die Laufbahn ebenfalls von Säulenhallen umgeben und teilweise gedeckt (*Xystos*). Thermalanlagen und Schwimmbäder kamen seit der spätrepublikanischen Römerzeit dazu.

Aber das Gymnasion war mehr als eine Sportstätte: Ein Ort, wo Kinder Lesen, Schreiben, Rechnen lernen konnten und sich in den musischen Künsten übten, wo die *Ephēben* (junge Männer zwischen 18 und 20 Jahren) ihre militärische Erziehung erhielten, aber auch in Philosophie und Rhetorik geschult wurden. Ebenso pflegten Bürger hier ihre lokalen Kulte und feierten hier ihre Feste.

Antike Festspiele waren Hauptanlass öffentlicher Wettkämpfe der

Besten. Seit 800 v.Chr. wurden sie in enger Verbindung mit religiösen Feiern zu Ehren von Göttern und gottergleich verehrten Heroen veranstaltet, meist in einem regelmäßigen Zyklus. Die angesehensten unter ihnen waren die panhellenischen Spiele, die von allen griechischen Stadtstaaten anerkannt und beschickt wurden: die Olympischen, die Pythischen, die Isthmischen und die Nemeischen Spiele. Ein Wettkämpfer, dem es gelang, bei allen vier Veranstaltungen zu siegen, erwarb



Dr. med. Olaf Ganssen



Abb. 1: Griech. rotfigurige Vase, 5. Jh. v.Chr.

den begehrten Titel eines *Periodoniken*, von *periodos*=Umlauf. (Welcher Tennisfreund denkt hier nicht sofort an den Grand Slam-Sieger, der ebenfalls die vier größten Turniere in Melbourne, Paris, London und New York allerdings im gleichen Jahr gewinnen muss?) Zu römischer Zeit, besonders unter den Kaisern wurde der Festkalender noch ausgeweitet; am bekanntesten waren die *>ludi Augustales<* und *>ludi Capitolini<*.

Im Laufe der Zeit entwickelte sich ein durch örtliche Besonderheiten leicht abgewandeltes Standardprogramm, das aus athletischen, hippischen und – mit Ausnahme von Olympia – auch aus musischen Wettbewerben bestand:

Laufen: Am ältesten und populärsten war der Sprint über ein *Stadion* (= 600 Fuß). Die Distanz schwankte, da das Fußmaß regional unterschiedlich ausfiel, zwischen 167 und 192 m. Der Doppellauf (*Diaulos*)

ging über 2 Stadien, der Langlauf (*Dolichos*) über maximal 20 Stadien. Auch ein Waffenlauf wurde ausgetragen.

Der Fünfkampf (*Pentathlon*) bestand aus den Disziplinen Diskuswerfen, Speerwurf, Weitsprung, Stadionlauf und Ringen. – Das Ringen war ein reiner Standkampf; wer dreimal zu Boden ging, hatte verloren. – Beim Boxen gab es wie beim Ringen keine Gewichtsklassen. Man kannte weder Runden noch eine zeitliche Begrenzung. Die Entscheidung fiel durch Aufgabe oder Kampfunfähigkeit eines der Konkurrenten. – Der Allkampf (*Pankration*) enthielt Elemente des Boxens und Ringens, begann als Standkampf, wurde aber meist am Boden weitergeführt. Durch schmerzhaftes Würge-, Dreh- und Klammergriffe suchte man den Gegner zur Aufgabe zu zwingen; nur Beißen und Kratzen war verboten.

rieben ihren Körper vor Beginn mit Öl ein und reinigten ihn nach dem Ende mit einem Schabeisen (Abb. 1) (lat. *strigilis*) von Staub, Schweiß und Ölresten. (*Die strigilis hat überlebt als der Striegel zur Pferdepflege*). Suspensorien zum Schutze der äußeren Genitalien sind belegt.

Eine Einteilung in Altersklassen war üblich; manche Autoren vermuten auch deshalb, um Niederlagen von Vätern durch Söhne zu verhindern. – In Olympia gab es Männer (*andres*) und Knaben (*paides*), bei den übrigen Wettbewerben und zu römischer Zeit noch die Jugendlichen (*ageneioi*, wörtl. Bartlose). Die Altersgrenzen sind weitgehend unklar und waren wohl unterschiedlich. Dazu kamen noch die oft unsicheren Geburtsdaten.

Den übertriebenen Ehrgeiz der Eltern gab es damals schon: Mütter prahlten mit den Erfolgen ihrer Kin-



Abb. 2: Kopfsprung ins Wasser vom Podest, Wandmalerei, Paestum, um 480 v.Chr.

Einheitliche Bestmarken für Zeiten, Höhen und Weiten kannten die Griechen nicht, zumal Laufstrecken und Sportgeräte nicht genormt waren. Nur der einzelne Sieger, auch in den Jugendwettbewerben, wurde gefeiert und hochgehört, wie Preisgedichte und aufgestellte Statuen bezeugen. Der Heimatort belohnte ihn mit Freikost, materiellen Geschenken (z.B. 20 Amphoren Olivenöl) oder Stipendien.

Die Griechen traten zum Training und den Wettkämpfen nackt an, um sich von den Nachbarvölkern abzugrenzen, was die ihrerseits als wider-natürlich empfanden. Die Athleten

der, Väter versuchten, Kampfrichter zu bestechen. Thukydides (um 460 – nach 400 v.Chr.), Historiker des Peloponnesischen Krieges, verpflichtete für seine Söhne die besten Trainer, die diese zu den erfolgreichsten Ringern Athens ausbildeten.

Schwimmen war zweifellos bei Griechen wie Römern sehr verbreitet, aber weniger als Wettkampf. Davon zeugt auch die bei beiden gebräuchliche Redensart: „Er kann weder lesen noch schwimmen“ (Abb. 2).

Schon Kinder spielten mit Bällen verschiedener Art und Größe; die Jugendlichen (auch Mädchen) zum



Vergnügen und Athleten im Rahmen ihrer gymnastischen Übungen. Von sportlichen Wettkämpfen ist nichts überliefert. Eine singuläre Reliefdarstellung aus dem 6. bis 5. Jh. v.Chr. zeigt Jünglinge mit Krummhölzern und kleinem Ball, was an unser Feldhockey erinnert (Abb. 3) – Galen (129–199 n.Chr.) schrieb eine Abhandlung: „Über die Übung mit dem kleinen Ball“, worin er diesen allen Lebensaltern zur Gesunderhaltung empfiehlt.

Das weibliche Geschlecht war von offiziellen Sportwettkämpfen ausgeschlossen, ebenso vom Zuschauen. Doch es gab Ausnahmen in Sparta und Olympia, wo Mädchen zu Ehren der Göttin Hera an Spielen teilnahmen: Kurze Stadionläufe in einem Gewand bis zu den Knien, das eine Brust frei ließ und mit offenem Haar. So beschrieb es Pausanias in seinen Reiseberichten über Griechenland zwischen 160 und 180 n.Chr. Einzelne Funde attischer Vasen und Schalen aus dem 6. und 5. Jh. v.Chr. zeigen Mädchen in anmutiger Laufbewegung, möglicherweise in einem kultischen Zusammenhang.

Das Gymnasion und die Athletik im griechisch-hellenistischen Sinn blieb den Römern immer fremd. Auch sie nahmen Anstoß an der Nacktheit der Wettkämpfer, die nur der Knabenliebe Vorschub leistete. Der Sport diente den rationalen Römern mehr zur körperlichen Ertüchtigung für die spätere militärische Tauglichkeit.

Auf Anregung des Augustus geht die Bildung aristokratischer Jugendgemeinschaften, der *Collegia iuvenum*, zurück, die in Anlehnung an

die griechische *Ephebie* sportliches Training förderte, mit Betonung von Reiten und Schwimmen. Regelmäßige Auftritte bei den *iuvenalia* im Circus Maximus waren quasi öffentliche Leistungsschauen der künftigen politischen und militärischen Elite. Der sportbegeisterte Princeps leitete selbst die Schwimmübungen seiner Enkel Gaius und Lucius.

Römische Mädchen und Frauen konnten immerhin im privaten Bereich Tanz, Gymnastik, Ballspiele und Schwimmen ausüben. Ein Fußbodenmosaik der Villa del Casale (Sizilien) aus der Spätantike (4. Jh.) zeigt jedoch Mädchen im Lauf, mit Hanteln, Bällen und Discus (?) darunter eine mit Kranz und Palmzweig! Nach ihrer fortschrittlichen Kleidung werden sie Bikini-Mädchen genannt (Abb. 4 + 5).

Wohl drangen athletische Wettkämpfe auch in Rom ein und weiteten sich in der Kaiserzeit noch erheblich aus, wie oben erwähnt. Aber es waren immer weniger Amateure; der Berufssport zog im Laufe der Zeit ein und die Massen an. Circus und Amphitheater verdrängten *Stadion* und *Palästra*. – Die Wagenrennen der ausgehenden Antike, das ist heute unser Profifußball, von der Menge mal umjubelt, mal ausgepöfht.

Literatur

- Marrou, Henri-Irénée, Geschichte der Erziehung im klass. Altertum. dtv, München 1977
- Thuillier, Jean-Paul, Sport im antiken Rom. Wissenschaftliche Buchgesellsch. Darmstadt 1999
- Golden, Marc, Sport and Society in Ancient Greece, Cambridge University Press, 1988



Abb. 4 + 5: Villa del Casale bei Piazza Armerina (Sizilien), Röm. Mosaik um 320 n.Chr. (Ausschnitt)



Levi, G./J.C. Schmitt (Hg.) darin: Das Bild der Jugend in der griech. Polis, S. Fischer Verlag, 1996

Fortuin, Rigobert, W. Der Sport im Augusteischen Rom. Franz Steiner Verlag Stuttgart 1996

Wünsche, R./Knauf, F. Lockender Lorbeer, Ausstellungskatalog, Staatl. Antikensammlungen München 2004

Dr. med. Olaf Ganssen
Am Grünewald 38
42549 Velbert

Red.: ge

Fortbildungstermine des BVKJ

Februar 2010

20.–21. Februar 2010

8. Pädiatrie alla Kart des LV Westfalen-Lippe

des bvjk e.V., Dortmund

Auskunft: PD Dr. Hermann Kalhoff / Dr. S. Milde, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Beurhausstr. 40, 44137 Dortmund, Tel. 0231 / 953-21679 ⑤

März 2010

5.–7. März 2010

16. 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.–21. März 2010

Pädiatrie zum Anfassen

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

Auskunft: Frau Dr. Harder-Walter / Frau Dr. Masuch, Tel. 0381 / 697189, Fax 0381 / 690216 ④

April 2010

17. April 2010

Pädiatref 2010

des bvjk e.V. und

2. Kongress PRAXISfieber-regio für medizinische Fachangestellte in Kinder- und Jugendarztpraxen

Landesverband Nordrhein in 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

22.–25. April 2010

7. 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 2010

1./2. Mai 2010

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

5.–7. Mai 2010

Chefarzttagung – Seminar für Klinik-ärzte

des bvjk e.V., Altötting

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

29. Mai 2010

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

des bvjk e.V., Worms

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

Juni 2010

25.–27. Juni 2010

Kinder- und Jugendärztetag 2010

40. Jahrestagung des bvjk e.V., Berlin

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

26.–27. Juni 2010

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

in Berlin

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

Juli 2010

10. Juli 2010

Pädiatrie zum Anfassen

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

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

August 2010

28. August 2010

Jahrestagung des LV Sachsen

des bvjk e.V., Dresden

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

September 2010

3.–4. September 2010

13. Seminartagung des LV Hessen

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

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

11.–12. September 2010

Pädiatrie zum Anfassen

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

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

Oktober 2010

9.–13. Oktober 2010

38. 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 Interface GmbH & Co. KG, Tel. 09321-9297-850, Fax 09321-9297-851

Dr. Heinz Reiniger ist 65

Noch am Ende des Krieges am 12.11.44 in Marienbad geboren, wuchs Dr. Heinz Reiniger in schweren Zeiten als Flüchtlingskind auf und verbrachte seine Schulzeit bis zum Abitur in Landshut. Eine durchlittene Polioerkrankung wies ihm den Weg hin zum Arztberuf.

Nach dem Medizinstudium an der Ludwig-Maximilian-Universität in München war er als Assistenzarzt tätig an der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses München-Oberföhring unter Prof. Snopkowski. Hier hat er sich als Notarzt und Chirurg überragendes Wissen und Können angeeignet.

Für weitere 5 Jahre war er als Assistent, bald auch als Facharzt für Kinderheilkunde an der Kinderklinik des städtischen Klinikums München Harlaching. Er hat unter Prof. Pache gelernt, wie wichtig das Einbeziehen der Eltern kranker Kinder für den Heilungsprozess ist. Ich habe ihn in dieser Zeit kennen und schätzen gelernt als einen unendlich fürsorglichen, Kindern und Eltern zugewandten Kinder- und Ju-

gendarzt. Tag und Nacht für kranke Kinder im Einsatz, das hat Heinz Reiniger als selbstverständliche Aufgabe immer gelebt. Wir, seine Klinikkollegen, haben ihn dafür bewundert.

Als er 1980 als Vertragsarzt den Sprung in die eigene Praxis wagte, zeigte sich rasch, dass es nur ein Risiko für ihn gab, nämlich die Überarbeitung in seinem Beruf. Unterstützt wurde er hier aufopfernd durch seine Frau Johanna, ohne die er die riesige Versorgerpraxis in München/Heimstätten so nicht hätte führen können.

Gegen Ende seiner Berufstätigkeit konnte ich ihn überreden, mich in meiner eigenen Praxis zu entlasten. Seit 2006 arbeiten wir täglich viele Stunden zusammen. Ich empfinde das als großes Geschenk, so auch die vielen Eltern und Kinder, die ihm sehr dankbar für seine tägliche Hilfe sind.

Als der Landesverband des Berufsverbandes Bayerns führungslos zu werden drohte, sprang er völlig unwissend ein, um als Landesvorsitzender den BVKJ zu unter-



stützen. Innerhalb weniger Jahren wurde der LV Bayern zum größten Landesverband der Republik. Er hat allen, die ihn kennenlernten, gezeigt, dass man mit Respekt, Würde und Bescheidenheit, mit Teamgeist und Teamarbeit viel erreichen kann. Heinz Reiniger hat sich für den Berufsverband und besonders für die bayerischen Kinder und Jugendärzte im hohen Maße verdient gemacht.

Lieber Heinz, mach noch ein bisschen weiter ...

Wir danken Dir!

Dr. Bernd Simon
Kinder- und Jugendarzt
Cosimastr. 133
81925 München
Tel. 089/957262-15

Red.: ge

Dr. Rüdiger Szczepanski ist 65

Dr. Rüdiger Szczepanski feierte am 15.11.2009 seinen 65. Geburtstag. Viele Freunde und Kollegen haben anlässlich der damit verbundenen Beendigung seiner beruflichen Tätigkeit als Oberarzt des Kinderhospitals Osnabrück seine großen Verdienste gewürdigt.

Rüdiger Szczepanski wurde im letzten Kriegsjahr geboren. Nach seinem Studium an der Universität Hamburg begann er 1973 seine Weiterbildung zum Kinderarzt. In der Folge erwarb er die Zusatzweiterbildungen Allergologie, Umweltmedizin, Rehabilitationsmedizin, Diabetologie und Pneumologie. Seit 1980 war er Oberarzt am Kinderhospital Osnabrück. Dort leitete er die Abteilungen für Allergologie, Pneumologie, Mukoviszidose und Diabetologie.

Seit den ersten Tagen der Asthmaschulung Ende der 1980er Jahre ist Rüdiger Szczepanski aktiv an der Organisation, wissenschaftlichen Evaluation und Verbreitung der Patienten- und Elternschu-

lung beteiligt. Er ist Gründungsmitglied der Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter und seit 1994 ihr Vorsitzender. Ebenso engagiert nimmt er an der Entwicklung weiterer Patientenschulungsprogramme im Bereich Neurodermitis und Diabetes mellitus teil.

Als langjähriges Mitglied der „nappa“ (Norddeutschen Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Pneumologie und Allergologie) ist Rüdiger Szczepanski seit der Gründung der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin vor 15 Jahren aktiv in die Vorstandsarbeit eingebunden. Er ist zuständig für den Bereich Fort- und Weiterbildung „Pädiatrische Allergologie“.

Wer ihn in den letzten Jahrzehnten begleitet und erlebt hat, wie er unermüdlich und voller Ideen seine Fachgebiete innerhalb und außerhalb der Klinik vorange- trieben hat, der kann sich nicht vorstellen, dass „Schippi“ jetzt zu Hause am Ofen sitzt, schreiben seine Klinikkollegen. So



geht es uns allen und daher ist es einerseits gut zu wissen, dass er zukünftig mehr Zeit mit seiner lieben Frau Brigitte in ihrem gemeinsamen Heim auf der schönen Nordseeinsel verbringen kann. Andererseits wissen wir, dass wir bald wieder mit ihm bei der GPA-, GPP-, AGPAS- und vielen anderen Tagungen zusammensitzen werden. Und das ist gut so!

Lieber Rüdiger, „wie schön, dass Du geboren bist...“

Dr. Frank Friedrichs
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Im Mittelfeld 95
52074 Aachen-Vaalsequartier

Red.: ge

Nachruf zum Tode von Prof. Dr. Johannes Oehme

Am 4. 11. 2009 ist Prof. Dr. Johannes Oehme im 94. Lebensjahr in Wolfenbüttel verstorben.

Johannes Oehme wurde am 3. 9. 1915 in Leipzig geboren, er ging dort zur Schule und studierte Medizin. Nach dem 2. Weltkrieg begann er an der Universitätskinderklinik in Leipzig seine Weiterbildung zum Kinderarzt. 1946 hatte Prof. Albrecht Peiper die Leitung der großen Leipziger Kinderklinik übernommen, dessen Arbeitsstil und Persönlichkeit haben Johannes Oehme stark geprägt. 1954 erfolgte die Habilitation, 1956 wechselte er als Oberarzt zu Prof. Friedrich Linneweh an die Marburger Universitätsklinik. Hier wurde er mit einer naturwissenschaftlich-biochemisch geprägten Kinderheilkunde konfrontiert. Die unterschiedlichen Akzente der Leipziger und Marburger Klinik haben ohne Frage sein späteres eher naturwissenschaftliches Medizinverständnis geprägt. Die Marburger Zeit war wissenschaftlich sehr fruchtbar, eine Vielzahl von Publikationen und betreute Dissertationen fällt in diese Periode.

1965 wurde er zum Chefarzt der Braunschweiger Kinderklinik gewählt, mit 250 Betten einer der größten Kinderkliniken

Norddeutschlands. Trotz der täglichen Herausforderung durch den Klinikalltag fand Johannes Oehme auch in Braunschweig die Kraft, weiter wissenschaftlich zu arbeiten. Vor allem immunologische und onkologische Fragestellungen haben ihn in dieser Zeit beschäftigt.

1966 bis 1975 war er Schriftführer der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und gehörte damit deren Vorstand an, sein Engagement wurde 1975 mit der Verleihung der Ehrenmitgliedschaft der Gesellschaft gewürdigt. Auch die Norddeutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und die Arbeitsgemeinschaft für Leukämieforschung ernannten Johannes Oehme zu ihrem Ehrenmitglied, außerdem war er korrespondierendes Mitglied der Österreichischen und Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie.

Nach seiner Pensionierung im Jahr 1980 widmete er sich medizinhistorischen Fragen, drei Bücher sowie eine Reihe von Beiträgen für den Kinder- und Jugendarzt über die Gesundheit und die sozialen Bedingungen der Kinder im 18. Jahrhundert waren das vielbeachtete Ergebnis dieser Studien an der Herzog-August-Bibliothek in Wolfenbüttel.

Auch im Ruhestand war Johannes Oehme bis in das hohe Alter ein regelmäßiger Besucher von Kongressen und Fortbildungen, wo er manche intelligente Frage stellte, die von den Referenten nicht immer leicht zu beantworten waren.

Johannes Oehme hat während seiner Tätigkeit eine große Zahl von Kinder- und Jugendärzten ausgebildet, viele seiner ehemaligen Mitarbeiter hat er mit seinen Kenntnissen und seinem Arbeitsethos tief geprägt. So ist es nicht verwunderlich, dass ihn bis in das hohe Alter mit etlichen Ehemaligen eine enge Beziehung verband.

Seine letzten Lebensjahre waren zunehmend durch schwere Krankheiten und persönliche Schicksalsschläge geprägt, die er realistisch einschätzte und ohne zu klagen ertrug.

Die Deutsche Kinderheilkunde und Jugendmedizin verliert mit dem Tod von Prof. Johannes Oehme einen ihrer profilierten und verdienstvollen Repräsentanten. Das Mitgefühl gehört seiner Familie, die für ihn immer im Mittelpunkt seines Lebens gestanden hat.

Prof. Dr. Günter Mau
Braunschweig

Red.: jg

Buchtipp

Ulrike Meyer-Timpe
**Unsere armen Kinder –
Wie Deutschland seine
Zukunft verspielt**



Pantheon-Verlag, München, 2008, 208 Seiten, € 12,95, ISBN: 978-3-570-55081-6

Die Bekämpfung von Kinderarmut: eine ökonomische Notwendigkeit.

Mit viel Empathie für die Betroffenen, aber knallhart in der Sache schildert Ulrike Meyer-Timpe, Journalistin bei der Wochenzeitung

„Die Zeit“, die Armut in Deutschland. (*Unsere armen Kinder. Wie Deutschland seine Zukunft verspielt*) Dabei macht sie schnell klar, dass es natürlich Kinderarmut gibt, es aber falsch wäre, diese nicht als Folge von Armut im Allgemeinen zu sehen. Arme Kinder haben arme Eltern und werden aus dieser Spirale nur schwer ausbrechen können. Nicht nur weil ihnen die gesellschaftliche Unterstützung fehlt, sondern auch weil es am politischen Willen mangelt. Unvorstellbar scheint es dem Laien, dass seit Jahrzehnten über Kinderarmut, deren Ursachen und Möglichkeiten zur Bekämpfung geforscht wird, aber so wenig ge-

tan wird. Es ist seit Langem kein Geheimnis, dass jeder Euro, der in die frühkindliche Förderung fließt, um ein Vielfaches aufgewogen wird. Nicht nur durch geringer ausfallende Kosten in der Sozialhilfe, Berufsförderung und Integrationshilfen, sondern auch durch ein höheres Steuereinkommen. Das viel zitierte Perry-Preschool-Projekt in den USA rechnet dies seit den frühen Sechzigern vor. Zwei Vergleichsgruppen, von denen eine Förderungen erhielt (besserer Kindergarten, Erziehungstipps, Hausbesuche bei den Eltern), wurden über Jahrzehnte hinweg untersucht. Die Ergebnisse sind eindeutig und sollten alarmieren:

Jeder Dollar, der in die Förderung von Kindern aus benachteiligten Familien gesteckt wurde, kam 17fach in die Gesellschaft zurück. Dieses Kosten-Nutzen-Verhältnis von 1:17 ist allerdings noch nicht alles. Nicht mit konkreten Zahlen belegt, aber nachgewiesen ist, dass die Förderung auch Auswirkungen auf die Mütter bzw. Eltern hat. Durch die bessere Betreuung ihrer Kinder fangen diese wieder zu arbeiten an. Wäre Politik mehr auf Nachhaltigkeit als auf Vier-Jahres-Ziele bis zur nächsten Wahl ausgelegt, stünde einer Umsetzung der Erkenntnisse sicher nichts im Wege.

Meyer-Timpe hat nicht nur den diesjährigen BVKJ-Medienpreis für ihr engagiertes Herangehen an das Thema erhalten, sondern sich auch den Vorwurf eingehandelt, zwar über Armut der Menschen zu schreiben, aber gleichzeitig einen ökonomischen Blick einzunehmen. Kann und darf man von verschwendeten Arbeitskraftpotenzialen, demografischem Wandel, Facharbeitermangel, im Endeffekt also von vergeudetem Humankapital schreiben, wenn es um arme Kinder geht? Diese Frage muss jeder für sich beantworten, allerdings muss sich dann auch der letzte Sozialromantiker klar darüber sein, dass Arbeit, Bildung und Chancengleichheit elementare Menschenrechte sind, deren Einforderung in jedem Kontext ihre Berechtigung hat. Und wenn letztendlich die Ökonomie die Argumente liefert, die Politiker zum Handeln zwingen, zeigt das nur die Priorisierung in der Politik und nicht die Gefühlskälte der Autorin. Es ist keines dieser Entrostungsbücher, Meyer-Timpe macht sich die Arbeit, nicht nur den Ist-Zustand zu dokumentieren, sondern auch Beispiele zu

geben, wie es besser funktionieren könnte und dies durch Studien, Einzelbeispiele und vielfältige Interviewpartner zu belegen, um dann auch politische Handlungsstrategien zu entwickeln. Dies mag distanziert wirken, aber es ist dadurch um einiges ehrlicher als die Argumentation vieler anderer Autoren mit dem gleichen Thema. Ein gelungenes Buch, das weitaus mehr bietet als andere populärwissenschaftliche Bücher, die bis jetzt zu dem Problem Kinderarmut erschienen sind.

Tilmann Gempp-Friedrich
Unterlindau 67
60323 Frankfurt
E-Mail: tgempp@yahoo.de

Red. ReH

Professor Klaus Bös,
Margit Pratschko

Das große Kinderbewegungsbuch

Verlag Campus, 2009, 232 Seiten;
19,90 €, ISBN 978-3-593386843



Mit einem Vorwort von Philipp Lahm, Fußballnationalspieler

Die Zusammenfassung zuerst: das vorliegende Buch ist praktisch anwendbar und gut lesbar geschrieben. Es soll Eltern helfen, ihre Kinder auf Trab zu bringen.

Bezugnehmend auf die KIGGS-Studie gehen die Autoren in der ersten Hälfte ihres Buches auf den immer desolater werdenden sportlichen Ist-Zustand, der heutigen Kinder ein.

Engagiert stellen sie im Folgenden dar, dass und wie der Sport bereits in der frühen Kindheit eine positive Schlüsselrolle für die psycho-soziale, gesundheitliche und geistige Entwicklung des Kindes einnimmt.

Eltern erfahren, was ihre Kinder in den einzelnen Altersstufen motorisch bieten sollten und wie sie ihnen dabei helfen können. Im mittleren, farblich abgesetzten Teil des Buches können sie die Fitness ihres Kindes direkt testen.

Anschließend geben die Autoren viele praktische Tipps und Anregungen zur sportlichen Betätigung, die Spaß machen soll, die Geschicklichkeit fördert und die Kinder und Jugendlichen aus ihrer Passivität herausholen soll.

Alles in Allem ein Buch, das es eigentlich nicht geben müsste, wenn Kinder ihren Bewegungsdrang ausleben könnten. Möglichst viele Eltern sollten es zusammen mit ihren Kindern lesen und die Tipps in die Tat umsetzen. Ihnen selbst täte mehr Sport sicher auch gut, denn Kinder lernen bekanntlich durch Nachahmung, und für die Familiendynamik sind gemeinsame Unternehmungen sowieso wertvoll.

Dr. Gunhild Kilian-Kornell
Bahnhofstr. 7
82319 Starnberg

Red: ReH



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

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

**SCHMIDT
ROEMHILD** DEUTSCHLANDS
ÄLTESTES VERLAGS-
UND DRUCKHAUS
SEIT 1879

Mengstraße 16 Telefon 04 51/70 31-2 67
23552 Lübeck Telefax 04 51/70 31-2 81

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

Tagungen

März 2010

12.–14. März 2010, Gaißach/Bad Tölz

21. Gaißacher Tage

Info: www.fachklinik-gaissach.de

13. März 2010, Bad Boll

14. Göppinger Pädiatrie Fortbildung

Info: Dieter.Woelfel@KaE.de

13. März 2010, Langenargen

9. Tag der Kinderheilkunde

Info: Dr-Puls@t-online.de

19.–21. März 2010, Marburg

SGKJ 2010

Info: www.sgkj2010.de

25.–27. März 2010, Hamburg

41. Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (GPN)

Info: www.gpn2010.de

April 2010

15.–18. April 2010, Bad Zwischenahn

1st International Interdisciplinary Postgraduate Course on Childhood Craniopharyngioma

Info: www.kinderkrebsstiftung.de

16.–17. April 2010, Erfurt

Jahrestagung der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie

Info: www.stgkjm.de

Mai 2010

7.–8. Mai 2010, Heidelberg

150 Jahre Pädiatrie in Heidelberg

Entwicklungen und Perspektiven der Kinder- und Jugendmedizin

Info: www.klinikum.uni-heidelberg.de/kinder

12.–15. Mai 2010, Bonn

25. Jahrestagung der Gesellschaft für Gastroenterologie und Ernährung e.V. mit Fortbildungskurs Kindergastroenterologie

Info: www.gpge2010.eu

13.–15. Mai 2010, Saarbrücken

Das Bobath-Konzept

Info: sekretariat@bobath-vereinigung.de

Juni 2010

17.–19. Juni 2010, Saarbrücken

36. Jahrestagung der Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin GNPI mit Arbeitstreffen der niedergelassenen Neonatologen

Info: irisbraun@t-online.de

23.–26. Juni 2010, Gürzenich Köln

KIT 2010 – 10. Kongress für Infektionskrankheiten und Tropenmedizin

Info: www.kit2010.de

Juli 2010

22.–27. Juli 2010, Landshut

Spezialseminar: Echokardiografie und Dopplersonografie in der Neonatologie und Pädiatrischen Intensivmedizin

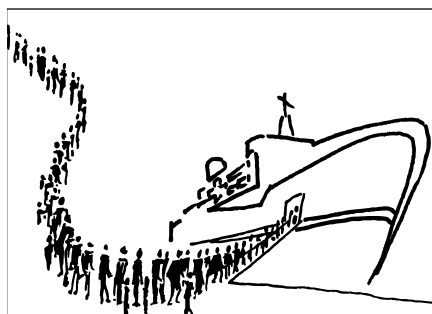
Info: herterich@st-marien-la.de

Oktober 2010

21.–23. Oktober 2010, Basel

2. gemeinsamer Kongress VELB und ILCA

Info: www.velb.org oder www.ilca.org



3 Tage lang anstehen für eine Operation?

2.500 Menschen warteten in Cotonou (Benin, Westafrika) auf die Voruntersuchung für eine OP auf der „Africa Mercy“.

Mercy Ships bringt Hoffnung und Heilung – seit 1978. Unterstützen Sie das größte karitative Krankenhausschiff der Welt. Ihre Hilfe kommt bei den ärmsten Menschen an.



www.mercyships.de

Sie haben Fragen? Rufen Sie uns an: +49 (0) 8341 966199-0

■ **Anmietung geeigneter Räumlichkeiten**

■ **Tagungsbüro**

■ **Teilnehmerverwaltung**

■ **Hotelbuchungen**

■ **Industrierausstellung**

■ **Referentenbetreuung**

KONGRESS ORGANISATION

Ihr leistungsstarker Partner mit über 30-jähriger Erfahrung

Kompetent bei der Durchführung von

- Kongressen
 - Tagungen
 - Seminaren
 - Symposien (auch via Satellit)
- im gesamten Bundesgebiet und dem benachbarten Ausland.

Lassen Sie sich von uns beraten!

- Bereitstellung modernster Technik und Kommunikationssysteme
- Drucksachen, Herstellung und Versand
- Rahmenprogramm
- PR unterstützende Aktivitäten



Hansisches Verlagskontor

**SCHMIDT
RÖMHILD**

Kongressgesellschaft mbH

Mengstraße 16 · 23552 Lübeck · Tel. 04 51/70 31-2 05 · Fax. 04 51/70 31-2 14
e-Mail: kongresse@schmidt-roemhild.com · www.schmidt-roemhild.de

Praxistafel

Spitzenpraxis sucht Nachfolger(in)

Umsatzstarke bestens etablierte Praxis mit hohem Privatanteil, perfekter Organisation und motiviertem jungen Team zum 1.1.11 (Termin flexibel) abzugeben. Auch als Doppelpraxis möglich – Partnerschafts-Interessentin ggbf. vorhanden. Großraum HN – ideale Infrastruktur.

Tel.: 07138/8345 abends

Kinderärztin – Hildesheim

Erfolgreich und partnerschaftlich geführte Gemeinschaftspraxis **sucht 1 Nachfolger(in)** zum 3. Quartal 2010. Aufgabe des KV-Sitzes aus familiärem Grund.

Info: Kinder2002@web.de

Kinderarztpraxis in Stralsund sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen Nachfolger.

Zuschriften unter Chiffre 1824 KJA 1/10 an den Verlag erbeten.

Kinder- und Jugendarztpraxis in Würzburg, Schwerpunkte paed. Pneumologie, Allergologie, Kardiologie, Neonatologie **sucht Kollegin/Kollegen** zur langfristigen Mitarbeit (evtl. auch Teilzeit) mit Option Praxisteilübernahme.

Kontakt über 0160 944 78781

In Ärztehaus Hemer bei Iserlohn

ab sofort frei Praxis für

Kinderärztin / Kinderarzt

von privat / provisionsfrei. 7 Fachärzte im Haus, individuelle Raumgliederung.

Tel. 02942 / 65 77

Gutgehende **Kinderarztpraxis** in einem **Greifswalder Ärztehaus** sucht einen Nachfolger.

Zuschriften unter Chiffre 1825 KJA 1/10 an den Verlag erbeten.

Im Bereich Krefeld – Mönchengladbach **Kinder- und Jugendarztpraxis** – mit neuropädiatrischem Schwerpunkt – zum September 2010 abzugeben.

Zuschriften unter Chiffre 1826 KJA 1/10 an den Verlag erbeten.

FÄ / FA für Pädiatrie zur Mitarbeit in Kinderarztpraxis (Schleswig-Holstein) gesucht, spätere Praxisübernahme möglich.

Tel. 0152-07 167 245

Kinderheilkunde Bergen/Rügen

Praxisanteil einer GP zum 1.4.2010.

Zuschriften unter Chiffre 1827 KJA 1/10 an den Verlag erbeten.

Große fachübergreifende Gemeinschaftspraxis sucht für ausscheidende Seniorchefs

1 - 2 Kinderärzte/-innen

– auch für Kinderkardiologen geeignet – und

1 Allg.-arzt/-ärztin

nördlich von Münster.

Telefon 0172 - 2922058 ab 19.00 Uhr

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

Pädindex

Praxiseinrichtungen

KINDER-UND JUGENDARZT

im Internet

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

www.kinder-undjugendarzt.de

Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

Wir gratulieren zum Geburtstag im Februar 2010

65. Geburtstag

Frau Irene *Willig*, Berlin, am 02.02.
 Herr Dr. med. Manfred *Hanisch*, Wülfrath, am 03.02.
 Frau Dr. med. Ute *Hellwig*, Niederaula, am 03.02.
 Herr Dr. med. Erwin *Schlaudt*, Koblenz, am 04.02.
 Frau Dr. med. Bärbel *Weineck*, Lahr, am 04.02.
 Frau Dr. med. Isa *Wenkebach*, Mainhausen, am 04.02.
 Herr Dr. med. Peter *Neef*, Hamburg, am 06.02.
 Herr Dr. med. Ernst-Detlev *Ruickoldt*, Bad Doberan, am 07.02.
 Herr Dr. med. Bernhard *Staudt*, Neuötting, am 10.02.
 Herr Wulf *Kothe-Eimermacher*, Gelsenkirchen, am 11.02.
 Frau Dr. med. Renate *Bülow*, Bodenrode-Westhausen, am 13.02.
 Frau Gisela *Gierth*, Berlin, am 17.02.
 Frau Dr. med. Theresia *Roth*, Meiningen, am 17.02.
 Frau Dr. med. Ulrike *Kohl*, Garmisch-Partenkirchen, am 19.02.
 Herr Dr. med. Volker *Hemmann*, Gera, am 20.02.
 Herr Dr. med. Walter *Junghanns*, Liederbach, am 22.02.
 Frau Dr. med. Ursula *Lischka*, Lychen, am 22.02.
 Frau Dr. med. Angelika *Raspe*, Lübeck, am 22.02.
 Herr Dr. med. Franz-Josef *Knust*, Iserlohn, am 23.02.
 Herr Dr. med. Klaus E. *Stephan*, Mülheim, am 23.02.
 Frau Dr. med. Mariele *Reußner*, Weddersleben, am 24.02.
 Herr Dr. med. Roland *Klingspor*, Nieder-Olm, am 25.02.
 Frau Waltraud *Endig*, Gardelegen, am 26.02.
 Herr Dr. med. Jürgen *Paechter*, Stuttgart, am 26.02.
 Frau Dr. med. Efterpi *Doumani*, Thessaloniki, am 27.02.
 Herr Dr. med. Rudolf *Havla*, Hof, am 27.02.
 Frau Elke *Reißig*, Schwedt, am 27.02.
 Herr Dietmar *Herrmann*, Salzgitter, am 28.02.

70. Geburtstag

Frau Dr. med. Hildegund *Tautenhahn*, Dresden, am 01.02.

Frau Dr. med. Jutta *Abendroth*, Bonn, am 02.02.
 Herr Hans *Grote*, Hannover, am 02.02.
 Herr Dr. med. Friedrich *Rimek*, Singen, am 02.02.
 Frau Barbara *Müller*, Burg, am 03.02.
 Frau Dr. med. Gabriele *Wiesenthal*, Berlin, am 05.02.
 Herr Dr. med. Hartmut *Wilke*, Zerbst, am 05.02.
 Frau Dr. med. Käte *Aldag*, Bremen, am 06.02.
 Frau Dr. med. Ursula *Langenkamp*, Krefeld, am 07.02.
 Herr Günther *Markart*, Petersberg, am 09.02.
 Herr Dr. med. Manfred *Meyer*, Dülmen, am 09.02.
 Frau Dr. med. Edeltraud *Haus*, Dieburg, am 10.02.
 Herr Dr. med. Hartmut *Kühl*, Überlingen, am 10.02.
 Frau Dr. med. Gudrun *Wunderlich*, Berlin, am 10.02.
 Herr Dr. med. Volker *Reske*, Villingen-Schwenningen, am 12.02.
 Herr Dr. med. Kamal *Jawad*, Waltrop, am 14.02.
 Herr Dr. med. Klaus *Loh*, Karlsruhe, am 14.02.
 16.02. Herr Dr. med. Jobst *Biester*, Rheinfelden, am 16.02.
 17.02. Herr Dr. med. M. Samir *Bittar*, Meerbusch, am 17.02.
 18.02. Herr Dr. med. Uwe *Peters*, Lüneburg, am 18.02.
 21.02. Frau Dr. med. Reina *Schneider*, Reinsdorf, am 21.02.
 22.02. Frau Dr. med. Rosemarie *Mierzwa*, Pößneck, am 22.02.
 Herr Dr. med. Johann *Brinkmann*, Leer, am 23.02.
 Frau Dr. med. Maria *Reiter*, Aschau, am 24.02.
 Frau Dr. med. Dorothea *Woiczehowski*, Tirschenreuth, am 25.02.
 Frau Dr. med. Ingrid *Aboulkhair-Kaiser*, Mertesdorf, am 28.02.

75. Geburtstag

Frau Dr. med. Vera *Kuborn*, Fulda, am 06.02.
 Herr Dr. med. Hermann *Deutzmann*, Bassum, am 07.02.
 Herr Dr. med. Adolf *Wagener*, Coesfeld, am 08.02.
 Herr Dr. med. Wolfgang Pieter *Kaas*, Köln, am 12.02.
 Herr Dr. med. Manfred *Höppner*, Dortmund, am 15.02.

Herr SR Dr. med. Siegfried *Rahrig*, Worbis, am 16.02.
 Frau Dr. med. Brigitte *Frieling*, Arnsberg, am 17.02.
 Herr Alfred *Quack*, Altenberg, am 17.02.
 Frau Dr. med. Maria *Aepinus*, Itzehoe, am 19.02.
 Herr Heinrich *Hundt*, Berlin, am 19.02.
 Frau MR Dr. med. Ruth *Hänsgen*, Berlin, am 23.02.
 Frau Dr. med. Luise *Bangert*, Esens, am 24.02.
 Herr Dr. med. Claus *Prüfer*, Mainz, am 24.02.
 Frau Dr. med. Hiltrud *Hoffmann*, Berlin, am 28.02.
 Frau Dr. med. Eva *Lengyel*, Gernsbach, am 28.02.

80. Geburtstag

Herr Dr. med. Hooshang *Hamzavi*, Gelsenkirchen, am 04.02.
 Frau Dr. med. Helga *Beater*, Braunschweig, am 06.02.
 Herr Dr. med. Eberhard *König*, Pinneberg, am 20.02.

81. Geburtstag

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

82. Geburtstag

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

83. Geburtstag

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

84. Geburtstag

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

85. Geburtstag

Herr Dr. med. Anton *Mössmer*, Landshut, am 03.02.
 Frau Dr. med. Viola *Privat*, Bielefeld, am 20.02.

86. Geburtstag

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

87. Geburtstag

Frau Dr. med. Elisabeth *Mock*, Bielefeld,
am 02.02.

05.02. Herrn Dr. med. Willi *Orth*,
Leverkusen, am 05.02.

05.02. Herrn Dr. med. Ralph von *Patay*,
Kiel, am 05.02.

07.02. Herrn Dr. med. Helmut *Kuntze*,
Ostfildern, am 07.02.

Frau Dr. med. Paula *Gruber*, Tegernsee,
am 09.02.

Frau Rosmarie *Honcamp*, Bonn,
am 24.02.

88. Geburtstag

Frau Dr. med. Ruth Hanna *Tron*,
Ettlingen, am 06.02.

Frau Dr. med. Barbara *Borkowsky-Fehr*,
Weiden, am 07.02.

Herrn Dr. med. Hans Joachim *Ganzel*,
Berlin, am 19.02.

89. Geburtstag

Frau Dr. med. Anna-Elisabeth *Hage*,
Würzburg, am 18.02.

Herrn Dr. med. Helmut *Hosenfeld*,
Petersberg, am 18.02.

Herrn Dr. med. Alexander *Preis*,
Hanau, am 19.02.

90. Geburtstag

Frau Med.Dir.Dr. med. Ingeborg *Otto*,
Hagen, am 02.02.

Herrn Dr. med. Karl Justus *Weihe*,
Kamp-Lintfort, am 04.02.

Frau Dr. med. Ruth *Theil*, Stuttgart,
am 17.02.

Frau Dr. med. Gudrun *Stark*, Ebern,
am 21.02.

93. Geburtstag

Herrn Dr. med. Hermann *Klößner*,
Mainz, am 15.02.

Frau Dr. med. Marianne *Faaß*, Hamburg,
am 24.02.

Frau Dr. med. Marianne *Bulling*, Bremen,
am 25.02.

94. Geburtstag

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

101. Geburtstag

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

102. Geburtstag

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

Wir trauern um:

Herrn Dr. med. Ludwig *Brockhaus*,
Lübeck

Herrn Prof. Dr. med. Johannes *Oehme*,
Wolfenbüttel

Als neue Mitglieder begrüßen wir**Ausland**

Frau Dr. med. univ. Carmen *Messner*

Landesverband Baden-Württemberg

Frau Vera *Thomas*

Frau Corinna *Hueck*

Herrn Dr. med. Frieder *Speidel*

Landesverband Bayern

Herrn Dr. med. Stefan *Stellwag*

Frau Manuela *Goecke*

Frau Dr. med. Cornelia *Reinhardt*

Frau Johanna *Treutwein*

Frau Dr. med. Carla *Schwanfelder*

Frau Gertrude Achiaa *Abayie*

Frau Dr. med. Bianka *Koch*

Frau Dr. Susanne *Brämswig*

Herrn Volkmar *Grosse*

Landesverband Berlin

Herrn Dipl.-Med. Michael *Kahl*

Herrn Dr. med. Matthis *Huesker*

Landesverband Brandenburg

Simone *Thomas*

Landesverband Bremen

Frau Dr. med. Nina *Matthes-Willenbockel*

Frau Dr. med. Claudia *Karsten*

Herrn Carsten *Vocke*

Landesverband Hamburg

Frau Neslihan *Özel*

Landesverband Hessen

Frau Dr. med. Corinna *Sprenger-Ganser*

Landesverband Niedersachsen

Frau Sophie *Christoph*

Frau Dr. med. Katrin *Grellermann*

Frau Dr. med. Ilena *Kappes*

Landesverband Nordrhein

Frau Katja *Kunecke*

Landesverband Sachsen

Herrn René *Hofmann*

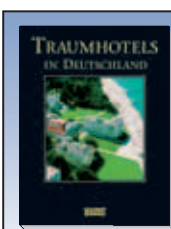
Frau Anja *Hintersdorf*

Landesverband Sachsen-Anhalt

Frau Maria *Kaps*

Landesverband Thüringen

Frau Dr. med. Angelika *Wichmann*



Neuer Pracht-Bildband
Traumhotels
in Deutschland

240 Kunstdruckseiten, Großformat 22,5 x 30 cm, durchgehend farbige Abbildungen, Kunstledereinband mit Goldprägung, ISBN 978-3-7950-7046-5, **€ 34,20**

Erhältlich im örtlichen Buchhandel oder direkt beim Verlag.

SCHMIDT
ROEMHILD
DEUTSCHLANDS
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

Prophylaxe der akuten Otitis media:

Was ist von der Pneumokokken-Impfung zu erwarten?

- Konjugatimpfstoffe senken signifikant die Inzidenz der AOM
- Zusammenhang zwischen Impfstoffkonzept und Effektivität der AOM-Prophylaxe
- Prophylaxe angesichts hoher Inzidenz, Komplikationen und häufiger Antibiotikaverordnung von großer Bedeutung

Seit die Ständige Impfkommission (STIKO) 2006 die Pneumokokken-Impfung für alle Säuglinge und Kleinkinder bis zum vollendeten zweiten Lebensjahr empfohlen hat, sank die Zahl invasiver Pneumokokken-Erkrankungen in dieser Altersgruppe in Deutschland um die Hälfte. „Im Vergleich zu invasiven Erkrankungen wie Meningitis, Sepsis und Pneumonien sind nicht-invasive Pneumokokken-Erkrankungen wie die akute Mittelohrentzündung jedoch wesentlich häufiger“, betonte Professor Stefan Zielen, Frankfurt, auf einer Pressekonferenz von GlaxoSmithKline (GSK) in München.

Effekt der Pneumokokken-Impfung

Die Mehrheit aller akuten Mittelohrentzündungen (AOM)¹ weltweit sind bakteriell verursacht, 80 Prozent davon allein durch *Streptococcus pneumoniae* und nicht-typisierbare (unbekapselte) *Haemophilus influenzae*-Stämme (NTHi)^{2,3}. Neuere Studien haben gezeigt, dass mit Pneumokokken-Impfstoffen eine effektive Vorbeugung gegen AOM erreicht werden kann.^{4,5,6,7}

„Der deutliche Unterschied in der Wirksamkeit der beiden Konjugatimpfstoffe könnte mit den verschiedenen Impfstoffkonzepten zusammenhängen“, so Zielen. Der 7-valente Pneumokokken-Konjugatimpfstoff (PncCRM7) enthält Kapselpolysaccharide von sieben verschiedenen

Serotypen des Erregers *S. pneumoniae*, die alle an das CRM 197-Protein, eine nicht-toxische Mutante des Diphtherietoxins, gekoppelt sind. Trägerprotein des 10-valenten Impfstoffs (PncPD10) ist das Protein D des NTHi. „NTHi ist ein häufiger Auslöser schwerer AOM, verbunden mit wiederkehrenden Episoden“, so Zielen. „Aufgrund des innovativen Impfstoffdesigns ist eine Abdeckung der beiden häufigsten Pathogene der AOM wahrscheinlich, was weitere Studien belegen sollten.“ Das Trägerprotein moduliert und potenziert die Immunantwort gegenüber den konjugierten Pneumokokken-Antigenen und darüber die Wirksamkeit und Schutzdauer. Der 10-valente Pneumokokken-Impfstoff Synflorix® verwendet bei 8 von 10 Polysacchariden das NTHi-Protein D als Trägerprotein.

AOM von erheblicher Kostenrelevanz

Jährlich erkranken in Europa schätzungsweise mehr als zwei Millionen Kinder unter fünf Jahren an AOM, 75 Prozent aller Kinder haben bis zum dritten Lebensjahr einmal eine AOM, bis zu einem Drittel aller Kinder mehrere AOM⁸ durchgemacht. „In Anbetracht der hohen Inzidenz⁹, der hohen Zahl von Rezidiven^{8,10}, der nicht immer sicheren Diagnose, Komplikationen wie Hörminderung und in sehr seltenen Fällen Mastoiditis^{11,12,13,14,15} und dem häufig überschätzten Einsatz von An-

tibiotika^{16,17} ist eine wirksame Vorbeugung einer AOM von erheblicher Bedeutung“, betonte Zielen und forderte weitere klinische Studien, um den Effekt des innovativen Impfstoffdesigns zu zeigen.

- 1 AOM = akute Otitis media
- 2 Ruohola et al. Clin Infect Dis 2006; 43:1417-22
- 3 Segal et al. Intern J Ped Otorhino 2005; 69: 1311-9
- 4 Black S., Shinefield H., Fireman B et al. Pediatr Infect Dis J 19 (2000), pp 187-195
- 5 Grijalva C, Poehling K, Nuorti J et al. Pediatrics 118 (3) (2006), pp 865-873
- 6 Prymula R, Peeters P, Chrobok V et al. Lancet 367 (9512) (2006) pp 740-748
- 7 Fireman B. Ped Infect Dis J (2003)
- 8 Klein JO Clin Infect Dis (1994)
- 9 KiGGS (2007)
- 10 Adam (2006)
- 11 Eine bakterielle Infektion im Warzenfortsatz des Schläfenbeines mit Knocheneinschmelzung, zu der es vor allem zwei bis vier Wochen nach einer nicht ausreichend- oder unbehandelten AOM kommt.
- 12 Pichechero & Poole Arch Pediatr Adolesc Med (2001, 2005)
- 13 Arguedas A. et al., ICP, Athens (2007)
- 14 Karevold G et al. Acta Oto-Laryngologica (2007)
- 15 Schilder A et al. Int J Ped Otorh (2004)
- 16 Pennie Can Fam Physician (1998)
- 17 Froom et al. Brit Med J (1990)

Nach Informationen von GlaxoSmithKline GmbH, München

Kopfläuse? Kein Problem!

Neu: Das NYDA®-Sortiment

Kopfläuse sind auf dem Vormarsch. Ein Problem, das lange Zeit ein Fall für die chemische Keule war. Mit NYDA® gibt es mittlerweile ein Mittel gegen die lästigen Blutsauger, das den Griff zum Läusegift erspart, und dessen Wirksamkeit in zahlreichen wissenschaftlichen Untersuchungen bestätigt wurde. NYDA® ist frei von gesundheitsschädlichen Insektiziden, und dank des physikalischen Wirkprinzips auf Dimeticon-Basis ist eine Resistenzentwicklung der Läuse unwahrscheinlich. Es kann bereits bei Kindern ab zwei Jahren angewendet werden und ist bis zum 12. Lebensjahr erstattungsfähig.

Das Original – das bewährte NYDA® als Pumpspray – bekommt nun dreifache Verstärkung. Neu im Sortiment ab dem 1. September 2009: NYDA® sensitiv, die NYDA® Doppelpackung und der neue NYDA® Läuse- und Nissenkamm. Wird der Kopflausbefall auf diese Weise konsequent behandelt, ist er schnell und sicher in den Griff zu bekommen.

Für spezielle Bedürfnisse: NYDA® sensitiv

Ebenfalls wie NYDA® basiert NYDA® sensitiv auf dem 2-Stufen-Dimeticon. Darüber hinaus verzichtet NYDA® sensitiv auf Duftstoffe. Eine Alternative für Kopflaus-Geplagte, die kosmetische Zusatzstoffe vermeiden möchten, z. B. aufgrund von Hautirritationen wie Neurodermitis. Weiteres Novum: Die Lösung wird mit einem Kamm-Applikator aufgetragen und so direkt im Haar freigesetzt, dort wo sich die Kopfläuse am liebsten aufhalten und sie ihre Eier (Nissen) mit dem Haar verkleben: dicht an der Kopfhaut. Auf diese Weise wird die Lösung optimal im Haar verteilt und kann gründlich einwirken. Für die Eltern von Vorteil: Das neue NYDA® sensitiv erleichtert dank des Kamm-Applikators auch die Selbstanwendung.



Für Familien: NYDA® als Doppelpackung

Gerade in Familien entwickelt sich der Kopflausbefall oft zu einem Kreislauf, denn kaum ist das eine Kind wieder lausfrei, bringt das Geschwisterkind aus der Schule oder Kita neue Läuse mit nach Hause. So kann es mehrere Wochen dauern und einige zusätzliche Behandlungsrunden erfordern, bis die letzte Laus verschwunden ist. Die Doppelpackung von NYDA® enthält zwei Flaschen à 50 ml des bewährten 2-Stufen-Dimeticon plus Pumpapplikator, und reicht in der Regel für vier Anwendungen. Preisvorteil: bis zu 3,60 Euro im Vergleich zum Einzelkauf. Wie auch bei der Einzelpackung ist bei der Doppelpackung die Wirksamkeit klinisch nachgewiesen und auch hier besteht die Erstattungsfähigkeit bei Kindern bis zum zwölften Lebensjahr.

Der Ergonomische: NYDA® Läuse- und Nissenkamm

Wenn aus Schule oder Kita Läuse gemeldet werden oder sich das Kind verdächtig oft am Kopf kratzt, sollten Kopfhaut und Haare genauer untersucht werden. Besonders leicht fällt dies mit dem neuen ergonomischen NYDA® Läuse- und Nissenkamm. Sein abgewinkelter, ergonomisch geformter Handgriff liegt komfortabel in der Hand und erleichtert so die Anwendung. Die langen, eng stehenden Metallzinken durchkämmen das Haar besonders gründlich, wobei ihre abgerundeten Enden die Kopfhaut nicht unnötig reizen oder gar aufkratzen. Der NYDA® Läuse- und Nissenkamm ist klinisch getestet und nicht nur praktisch für die Früherkennung von Lausbefall, sondern er hilft auch nach der Anwendung eines Kopflausmittels (z.B. NYDA®), die abgetöteten Läuse aus dem Haar zu bekommen.



Nach Informationen von G. Pohl-Boskamp GmbH, Hohenlockstedt

Registerdaten belegen Wirksamkeit und Langzeitsicherheit von Etanercept bei polyartikulärer JIA

Erfahrungen aus 2.187 Patientenjahren mit derzeit 1.156 Kindern und Jugendlichen belegen, dass Patienten mit kürzerer Erkrankungsdauer bei Juveniler Idiopathischer Arthritis (JIA) schneller und besser auf Etanercept ansprechen. Kinderrheumatologen stellten diese Daten aus dem Kinder-Enbrel®-Register und dem Folgeregister JuMBO bei einer Fortbildung im Rahmen der 37. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR) in Köln vor. In diesen Registern sind die Therapieverläufe von Kindern und Jugendlichen deutschlandweit dokumentiert, die an JIA erkrankt sind. Die jungen Patienten brauchen eine kontinuierliche und in der Regel langjährige Betreuung, um mit Hilfe moderner Therapiekonzepte die Krankheitsaktivität nachhaltig zu bremsen.

Im Kinder-Enbrel®-Register werden seit nun fast zehn Jahren die Daten von JIA-Patienten erfasst, die mit dem TNF- α -Rezeptor Etanercept (Enbrel®) behandelt werden. Die Erfahrungen belegen damit eine auch aus der Erwachsenenrheumatologie bekannte Tatsache: JIA-Patienten mit kürzerer Erkrankungsdauer sprechen schneller und besser auf Etanercept an.

Im Median erzielten unter der Therapie mit dem TNF- α -Rezeptor 56, 60 bzw. 69 Prozent der Patienten nach drei, sechs bzw. zwölf Monaten eine 70-prozentige Verbesserung, wenn das Biologic spätestens 3,2 Jahre nach Symptombeginn gegeben wurde. Etanercept ist als einziges Biologic außer für Erwachsene auch für Kinder mit polyartikulärer JIA ab einem Alter von vier Jahren zugelassen und ist nach unzureichendem Ansprechen auf Methotrexat oder bei Methotrexat-Unverträglichkeit indiziert. „Insbesondere wenn die Behandlung sehr früh beginnt, ist mit einer schnellen und anhaltenden Verbesserung der Symptomatik und der Erkrankung zu rechnen“, so Dr. Annette Ebert von der Asklepios Klinik Sankt Augustin, wo das Kinder-Enbrel®-Register unter der Leitung von Professor Dr. Gerd Horneff geführt wird. Das Register gibt auch Einblick in die Subtypen-Verteilung der JIA. Die seronegative Polyarthritits (320 Register-Patienten) und die Oligoarthritis (230 Register-Patienten) sind im Register die häufigsten Formen der JIA. Beide Erkrankungen beginnen häufig bereits im Kleinkind- und Vorschulalter, das eher selten mit einer rheumatologischen Erkrankung in Verbindung gebracht wird. Umso dringlicher ist es nach Angaben von Ebert, dass Kinder mit anhaltenden Gelenksbeschwerden

frühzeitig einem spezialisierten Arzt – etwa einem Kinderrheumatologen – vorgestellt werden. Es dauert jedoch im Mittel acht bis zwölf Monate, bis Kinder in fachärztliche Behandlung kommen. Anzustreben ist aber, innerhalb von sechs Wochen mit einer effektiven Therapie zu beginnen. Wie die aktuelle Auswertung des Enbrel®-JIA-Registers zeigt, hat es bei Frühdiagnose und Frühtherapie in den vergangenen Jahren deutliche Fortschritte gegeben.

JuMBO setzt die Arbeit des Kinder-Enbrel®-Registers fort

Das am Deutschen Rheuma-Forschungszentrum (DRFZ) seit 2007 geführte Folgeregister JuMBO dokumentiert Jugendliche und junge Erwachsene mit JIA. Wie bei den Kindern hat sich auch bei den etwas Älteren die gute Wirksamkeit von Etanercept bei der polyartikulären JIA bestätigt. „Besonders wichtig bei dieser chronischen Erkrankung ist, dass die Jugendlichen auch im Erwachsenenalter kontinuierlich von Rheumatologen weiter betreut werden“, so die Kinder-Rheumatologin Dr. Kirsten Minden vom DRFZ. Möglichst alle im Kinderregister erfassten Patienten sollen nach Abschluss der kinderrheumatologischen Behandlung für mindestens fünf Jahre im JuMBO weiter beobachtet werden, selbst wenn sie keine Therapie mehr benötigen. Auf diese Weise können wichtige Erkenntnisse zur Langzeitprognose juveniler rheumatischer Erkrankungen gewonnen werden. Das JuMBO-Register umfasst bisher 330 Patienten im Alter zwischen 16 und 30 Jahren. Sie sind seit durchschnittlich zehn Jahren an JIA erkrankt, haben im Mittel sechs

Jahre lang Methotrexat erhalten und im Mittel drei Jahre lang Etanercept. Diese beiden Wirkstoffe sind damit die am häufigsten verordneten Basismedikamente der Register-Patienten, wie Minden erläutert. Die Mehrzahl der JuMBO-Patienten hat keine oder maximal eine moderate Krankheitsaktivität. Bei rund einem Viertel der Patienten ist gar keine Krankheitsaktivität nachweisbar und bei fast der Hälfte der Patienten liegt keine Funktionseinschränkung durch die Erkrankung vor (HAQ 0 bei 48 Prozent).

Lebensqualität ist vergleichbar mit derer Gesunder

Erfreulich ist, dass sich Lebensqualitätsparameter – wie psychosoziales Wohlbefinden und emotionale Rollenfunktion – von Patienten mit polyartikulärer JIA im Wesentlichen mit denen altersgleicher gesunder Menschen decken. Schwere unerwünschte Ereignisse (UE) unter medikamentöser Therapie sind mit einer Häufigkeit von 3,6/100 Patientenjahre selten, ein möglicher Zusammenhang mit Etanercept wurde nur bei 0,6 UE/100 Patientenjahre beschrieben. Bisher sind bei den Patienten des JuMBO-Registers weder maligne Erkrankungen noch Neuropathien aufgetreten, womit sich die Sicherheit der Biologika-Therapie auch bei Langzeitanwendung bestätigt.

Nach Informationen von Wyeth Pharma GmbH, Münster

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Hauptgeschäftsführer: Dipl.-Kfm. Stephan Eßer

Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin
Tel.: 030/28047510, Tfx.: 0221/683204
stephan.esser@uminfo.de

Geschäftsführerin: Christel Schierbaum

Mielenforster Str. 2, 50169 Köln
Tel.: 0221/68909-14, Tfx.: 0221/68909-78
christel.schierbaum@uminfo.de

Mitgliederverwaltung

Leiterin der Verwaltungsabteilung: Doris Schomburg

E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de
Tel.: 0221/68909-0, Tfx.: 0221/683204

Kongressabteilung

Kongresse des BVKJ

Leiterin der Kongressabteilung: Christel Schierbaum

E-Mail: bvkj.kongress@uminfo.de
www.kongress.bvkj.de
Tel.: 0221/68909-15/16, Tfx.: 0221/68909-78

Präsident

Dr. med. Wolfram Hartmann

Tel.: 02732/762900
E-Mail: dr.wolfram.hartmann@uminfo.de

Vizepräsident

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

Tel.: 08671/5091247
E-Mail: e.weindl@KrK-aoe.de

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Ulrich Fegeler

Tel.: 030/3626041
E-Mail: ul.fe@t-online.de

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

E-Mail: Christen@HKA.de
E-Mail: hoeger@kkh-wilhelmstift.de
E-Mail: friedel@uke.uni-hamburg.de
E-Mail: dr.gempp@t-online.de
E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Kinder- und Jugendarzt

Kinderärzte im Netz

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

Pädiatrisches Intranet PädInform

www.kinder-undjugendarzt.de
www.kinderaerzte-im-netz.de
www.dakj.de
www.kinderumwelt.de/kontakt.htm

IMPRESSUM

**KINDER-UND
JUGENDARZT**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Druckauflage 14.500
lt. IVW IV/2009

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen



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

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

Anzeigenpreisliste: Nr. 42 vom 1. Oktober 2008

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

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

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