

bvkJ.

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

Heft 07/10 · 41. (59.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT



Forum:

**Fitnessprogramm
für Klinik
und Praxis**



Fortbildung:

**Kranio-
synostosen**



Berufsfragen:

**Interview
mit dem
Patienten-
beauftragten
Wolfgang Zöller**



Magazin:

**Geschichte
deutscher
Stillempfehlungen
im 20. Jahrhundert**



www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT **bvkJ.**

© Manuel Tennert – Fotolia.com



Ärztliche Stillempfehlungen in Deutschland im 20. Jahrhundert

– „Natürlich“ mit dem Segen der Wissenschaft, Teil 1

S. 465

Inhalt 7 | 10

Forum

- 417 Vermischtes
- 418 Vermischtes
- 419 **Fit für Klinik und Praxis**
Ludwig Schmid
- 422 **10. Politisches Forum des BVKJ**
Ulrich Fegeler
- 424 Kinderärzte-im-Netz
- 425 **Eindrücke vom 113. Deutschen Ärztetag in Dresden**
Martin Bolay
- 426 Vermischtes
- 427 **Experten informieren über lebensgefährliches Schütteltrauma bei Säuglingen und Kleinkindern**
Regine Hauch

Fortbildung

- 428 **Diagnostik und Behandlung der Kraniosynostosen, Teil 1**
Hartmut Collmann, Tilmann Schweitzer
- 437 **Der lagebedingte Plagiozephalus – Diagnostik und Therapie**
Rudolf Funke
- 444 **Consilium Infectiorum: Konnatale CMV-Infektion bei einem 4-monatigen Säugling**
Lutz G. Gürtler
- 446 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**
- 451 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Sabine Vöhringer, Hagen Ott, Peter H. Höger
- 453 **Impfforum**
Ulrich Heininger

Berufsfragen

- 454 **Nachgefragt bei Wolfgang Zöller**
Regine Hauch
- 455 Wahlergebnis
- 455 Praxisabgabe-Seminar des BVKJ
- 456 **Klinikärzte im bundesweiten Streik**
Armin Ehl
- 457 Wahlaufruf
- 457 Impressum
- 458 Wahlaufruf
- 458 **Praxiseinführungs-Seminar des BVKJ**
- 459 **Kölner Erklärung zur Entwicklungsgefährdung von Kindern und Jugendlichen**
Alfred Wiater
- 460 **Curriculum Psychosomatische Grundversorgung des BVKJ**
Uwe Büsching
- 462 **Der normative Schadensbegriff**
Hans-Jürgen Nentwich

Magazin

- 465 **Ärztliche Stillempfehlungen in Deutschland im 20. Jahrhundert, Teil 1**
Jörg Vögele
- 470 Fortbildungstermine BVKJ
- 471 **Präsident Dr. Wolfram Hartmann ist 65**
Klaus Gritz
- 472 **Buchtipps**
- 474 Tagungen
- 474 Praxistafel
- 475 **Personalia**
- 477 **Nachrichten der Industrie**
- 484 **Wichtige Adressen des BVKJ**



Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegt das Programmheft des 38. Herbst-Seminar-Kongresses, Bad Orb, bei.

Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

Diagnostik und Behandlung der Kraniosynostosen

Teil 1



Prof. Dr. Hartmut Collmann

Dr. Tilmann Schweitzer¹

Das Gehirn expandiert in den ersten vier Lebensjahren rasch, nach dem 10. Jahr fast nicht mehr

Kraniosynostosen gehören mit einer Geburtsprävalenz von 1:2500 zu den selteneren Fehlentwicklungen. Ihre Diagnostik stützt sich in erster Linie auf klinische und röntgenologische Kriterien und wird individuell durch die Magnetresonanztomographie ergänzt. Bei spezieller Fragestellung wird auch die Computertomographie eingesetzt. Bei den einfachen Einzelnahtsynostosen besteht vor allem das Risiko der sozialen Ausgrenzung, während man bei den – meistens syndromgebundenen – multisuturalen Synostosen regelmäßig mit erhöhtem Hirndruck rechnen muss, der besonders die Sehnerven bedroht. Er führt in der Regel nicht zu subjektiven Beschwerden, weshalb gezielt nach Hinweisen gefahndet werden muss. Bei einigen der häufigen Synostosesyndrome (Crouzon, Pfeiffer) sind außerdem mittelbare Folgen wie Hydrozephalus und Chiari 1-Fehlbildung zu berücksichtigen, bei anderen Syndromen (Apert, Muenke) eine assoziierte primäre zerebrale Fehlentwicklung. Begleitfehlbildungen des übrigen Skelettsystems und der inneren Organe kommen ebenfalls vor. Die chirurgische Behandlung der Kraniosynostosen dient der Vermeidung oder Beseitigung funktioneller Folgen und zielt gleichzeitig auf die Minderung psychosozialer Nachteile durch entstehende Deformitäten.

Definition und Klassifikation

Kraniosynostosen treten mit einer Geburtsprävalenz von etwa 1:2500 auf. Sie können definiert werden als lokale oder allgemeine Wachstumshemmung des Schädel skeletts mit vorzeitiger Fusion – prämaturer Synostose – einer oder mehrerer Schädelnähte. Je nach beteiligten Nähten kommt es zu typischen Veränderungen des Hirn- und Gesichtsschädels. Für praktische Belange ist es sinnvoll, einfache Synostosen, die sich auf den Hirnschädel beschränken, von komplexen Synostosen abzugrenzen, bei denen die Wachstumshemmung auch das Mittelgesicht betrifft. Wichtig ist auch die Unterscheidung zwischen monosuturalen und multisuturalen Synostosen. Schließlich stehen den isolierten bzw. nicht-syndromalen Formen Synostose-Syndrome gegenüber, die mit weiteren Fehlbildungen, z.B. des Skelettsystems, der Gelenke, des Gehirns oder der inneren Organe, assoziiert sind.

Normales Schädelwachstum

Die Schädelkapsel entwickelt sich aus Knochenschuppen, die sich innerhalb der embryonalen Ektomeninx durch direkte Umwandlung von Fibroblasten in Osteoblasten bilden: Desmale Ossifikation. Die wachsenden Knochenschuppen gliedern die Ektomeninx in Dura (genauer: äußeres Durablatt), Periost und Schädelnähte. Die Nähte ermöglichen eine Verschiebung der Knochenplatten gegeneinander bei der Geburt. Danach sichern sie den Schutz des Gehirns in der schnellen Wachstumsphase, wie es sich in der normalen Kopfumfangskurve widerspiegelt: Das Hirnvolumen verdoppelt sich in den ersten 6–7 Lebensmonaten, hat zu diesem Zeitpunkt bereits die Hälfte, mit zwei Jahren etwa $\frac{3}{4}$, mit vier Jahren $\frac{7}{8}$ und mit acht Jahren über 90 % seines endgültigen Vo-

lumens erreicht. Die feste Umhüllung hält mit diesem raschen Wachstum dadurch Schritt, dass die Schädelnähte den Wachstumsdruck des Gehirns als unspezifisches Signal aufnehmen und sich durch bindegewebige Proliferation verbreitern, während gleichzeitig an ihren Grenzen Knochen nachgebildet wird. Gesteuert wird dieser Prozess durch mehrere ineinander greifende Signalkaskaden, die von zahlreichen, zeitlich und örtlich differenziert eingeschalteten Genen abhängen. Nur wenige dieser Gene wurden bisher identifiziert. Ihre Expression wurde nicht nur in allen Schädelnähten, sondern auch im äußeren Durablatt und im Periost nachgewiesen. Das Flächenwachstum an den Nähten wird durch gleichzeitigen Umbau der Knochenplatten ergänzt, da ihre Wölbung mit zunehmender Schädelgröße abnehmen muss. Dieses „remodellierende“ Wachstum löst das Nahtwachstum nach dem vierten Lebensjahr als führenden Wachstumsmechanismus langsam ab. Gegen Ende der ersten Lebensdekade hört die Aktivität der Kalottennähte praktisch auf. Danach ruft ein erhöhter Hirndruck keine Nahterweiterung (missverständlich: „Nahtsprengung“) mehr hervor. Erst in der dritten Lebensdekade beginnt die knöcherne Fusion. Im Gegensatz zum Hirnschädel folgt das Wachstum des Mittelgesichts dem Körperwachstum, wie es sich im Längenwachstum widerspiegelt. Die Nähte des Mittelgesichts bleiben bis ins späte Erwachsenenalter offen.

Aus diesen Vorbemerkungen lassen sich bereits erste Schlussfolgerungen ziehen:

1. Ein Missverhältnis zwischen Hirn- und Schädelvolumen, das bei prämaturen Synostosen entstehen kann, wird besonders in den ersten vier Lebensjahren auftreten.

¹ Sektion Pädiatrische Neurochirurgie, Neurochirurgische Universitätsklinik Würzburg



1a



1b



1c



1d



1e

Abb. 1 a-f: Monosuturale isolierte Kraniosynostosen mit typischen Schädelformen: a,b) Sagittalnahtsynostose, c) bilaterale Koronarnahtsynostose, d) Frontalnahtsynostose, e) einseitige Koronarnahtsynostose links, f) einseitige Lambdanahtsynostose rechts (s. nächste Seite)

Die Diagnose einer Kraniosynostose gründet sich in erster Linie auf die klinische Untersuchung

2. Tritt die Synostose erst in der Schulzeit auf, bleibt sie für das betroffene Individuum wahrscheinlich ohne funktionelle Bedeutung.
3. Die knöcherne Fusion einer Naht stellt stets den Endpunkt einer pathologischen Entwicklung dar. Sie kann unterschiedlich rasch ablaufen, ihr Tempo bestimmt wesentlich die klinische Manifestation.
4. Man darf vermuten, dass die zur Kraniosynostose führende Störung der biochemischen Signalkaskaden grundsätzlich, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß, in allen Nähten vorhanden ist, selbst wenn nur eine Naht sichtbar betroffen ist.
5. Eine Wachstumshemmung des Mittelgesichts wird mit zunehmendem Alter bis zur Pubertät immer deutlicher.

Isolierte Synostosen

Die vorzeitige Fusion einer einzelnen Schädelnaht führt, besonders wenn sie schon pränatal eingetreten ist, zu charakteristischen Schädelformen, die sich aus dem sog. „Virchow’schen Gesetz“ ableiten lassen: Das Wachstum quer zur betroffenen Naht ist gehemmt, während das Wachstum längs zu ihr kompensatorisch verstärkt wird. Klassisches Beispiel ist der Dolichocephalus als Folge einer pränatalen Synostose der Sagittalnaht. Entsprechend wird eine bilaterale Koronarnahtsynostose zu einem Brachycephalus führen, wegen des kompensatorisch verstärkten Höhenwachstums früher auch Turrizephalus (Turmschädel) genannt. Die wichtigsten Merkmale der monosuturalen Synostosen seien nachstehend zusammen gefasst (Abb. 1a-f):



Sagittalnahtsynostose (Abb. 1a,b): Sie macht etwa 50 % aller Kraniosynostosen aus. Die Form der Kalotte erinnert an einen umgedrehten altertümlichen Fischerkahn: Kahnschädel, Skaphozephalus. Der horizontale Schädelindex (maximale Schädelbreite über den Ohren: maximale Schädelhöhe x 100) liegt meistens unter 70, Parietalhöcker fehlen, die Stirn ist vorgewölbt („Balkonstirn“), das Hinterhaupt ausladend, der **Vertex** (= höchster Punkt des Schädels) nach vorne zum **Bregma** (= Fontanelle) verlagert. Bereits Virchow unterschied drei morphologische Unterformen, den häufigen Sphenozephalus („Keilkopf“), bei dem der bifrontale Durchmesser größer ist als der biparietale, den weniger häufigen Leptocephalus („Schmalkopf“) mit gleichmäßiger Verschmälerung, und den relativ seltenen Klinozephalus („Sattelkopf“) mit einer Einsenkung der Scheitelregion hinter der Koronarnaht. Die oft zitierte **Sagittalnaht-Leiste fehlt nicht selten, stellt deshalb kein pathognomonisches Zeichen dar.**

Koronarnahtsynostose (Abb. 1c): Sie führt zu einer Brachycephalie mit einem horizontalen Schädelindex von über 80, oft mit turrizephalem Aspekt. Die verkürzte vordere Schädelbasis zeigt sich an einer mangelhaften Ausbildung der Supraorbitalwülste. Die Temporalregion vor den Ohrmuscheln wölbt sich bei einigen Patienten deutlich vor.

Halbseitige Koronarnahtsynostose (Abb. 1d): Morphologisch resultiert der vordere Plagiozephalus: Entsprechend dem „Virchow’schen Gesetz“ ist die Schädelhälfte auf der Seite des betroffenen Nahtabschnitts in sagittaler Richtung verkürzt, erkennbar z.B. an einer verkürzten Abstand zwischen äußerem Augenwinkel und Tragus. (Unterschiedlich lange Brillenbügel bei Brillenträgern!) Kompensatorisch ist dieselbe Schädelhälfte in vertikaler Richtung verlängert, was zur Gesichtsskoliose mit Konvexität zur betroffenen Nahthälfte, sowie zur Abweichung der Nase inclusive Nasenseptum und Kinn zur Gegenseite führt. Die Stirn und ganz besonders der obere Orbitarand weichen auf der betroffenen Seite zurück, während sich kontralateral eine verstärkte Stirnvorwölbung zeigt. Von der Skoliose ist auch die Schädelbasis betroffen, was sich an der homolateralen Absenkung der Kauebene zeigt.

Frontalnahtsynostose (Abb. 1e): Die resultierende Form des „Trigonozephalus“ lässt sich weniger gut aus „Virchow’s Gesetz“ ableiten. Anhand der kielförmigen Stirn und der breit ausladenden Parietalhöcker ist aber die Dreiecksform leicht erkennbar. Frontalhöcker fehlen, die lateralen Partien der Supraorbitalwülste weichen zurück, die Frontalnaht springt leistenartig vor. Die Orbitae stehen dichter zusammen: Hypotelorismus. Im Säuglingsalter besteht oft ein Epicanthus, der sich später in der Regel spontan zurückbildet. Die Schädeldeformität kann sehr unterschiedlich ausgeprägt sein und besteht gelegentlich nur in einer mehr oder weniger deutlichen medianen Knochenleiste (sog. Metopialeiste).

Lambdanahtsynostose (Abb. 1f): Sie kommt häufiger im Rahmen syndromaler Kraniosynostosen, selten dagegen isoliert vor. Die einseitige isolierte Synostose

verursacht eine homolaterale Abflachung des Hinterhaupts (hinterer Plagiozephalus), meistens verbunden mit einem prominenten Knochenwulst direkt oberhalb des gleichseitigen Mastoid-Fortsatzes. Das homolaterale Ohr ist nach vorne verlagert und steht tiefer. Die kompensatorische vertikale Verlängerung hat eine verstärkte Vorwölbung der gegenseitigen Parietalregion zur Folge: Die Schädelform ähnelt einer zur Gegenseite geneigten Baumkrone.

Pansynostose (Abb. 2): Als isolierte Form führt die Pansynostose zum Bild des Oxyzephalus. Ursache ist eine gleichmäßige progrediente Fusion aller großen Schädelnähte, die meist erst nach der Geburt einsetzt. Der Oxyzephalus kommt in den Mittelmeerländern wesentlich häufiger vor als bei uns. Er zeichnet sich durch eine leicht fliehende Stirn, gering ausgeprägte Frontalhöcker und schwach entwickelte Orbitalwülste aus. **Oft ist die Deformierung so gering, dass erst ein tastbarer Bregmabuckel zur Diagnose führt.** Letzterer ist, obwohl er fehlen kann, für die Namensgebung verantwortlich.

Klinisch-genetische Syndrome mit prämaturer Nahtsynostose

Alle bisher besprochenen Schädelformen kommen nicht nur bei isolierten Kraniosynostosen, sondern auch im Rahmen von Syndromen vor. **Syndromale Formen bedrohen die Gesundheit i.d.R. mehr als isolierte Synostosen und müssen deshalb von letzteren abgegrenzt werden.** Die fünf häufigsten Syndrome – alle dominant erblich – repräsentieren die Mehrzahl aller syndromalen Formen. Die Verdachtsdiagnose lässt sich oft schon klinisch anhand charakteristischer Kennzeichen stellen (7) (Abb. 3a-e).

Crouzon-Syndrom (Octave Crouzon, französischer Neurologe, 1912) (11): Typisch und fast immer erkennbar ist ein **Exophthalmus** in sehr unterschiedlicher Ausprägung. Auch der Augenabstand ist fast immer vergrößert: **Hypertelorismus**. Das Mittelgesicht ist hypoplastisch, was sich vor allem bei älteren Kindern in einem rückverlagerten Oberkiefer mit entsprechend abnormer Bisslage äußert. Der dadurch scheinbar vorstehende Unterkiefer beherrscht den Aspekt: Pseudoprognie. Die Kopfform kann im Säuglingsalter skaphozephal sein, was zur Verwechslung mit einer einfachen Sagittalnahtsynostose führen kann. Mit zunehmendem Alter entwickelt sich meistens eine brachy- und turrizephale Kopfform. Ein Plagiozephalus kommt seltener vor, ein Trigonozephalus fast nie.

Pfeiffer-Syndrom (Rudolf Pfeiffer, deutscher Genetiker, 1964) (20): Das Erscheinungsbild **gleicht dem Crouzon-Syndrom mit assoziierten Begleitfehlbildungen an den Extremitäten:** Nach medial bzw. radial abgewinkeltes Daumenendglied und/oder Großzeh-Endglied, oft verbreiterte Interdigitalfalte zwischen zweitem und drittem Strahl an Händen und/oder Füßen. Einer **Kleeblattschädel-Deformität** – Folge einer schweren pränatalen plurisuturalen Synostose – liegt meistens ein Pfeiffer- oder Crouzon-Syndrom zugrunde.

Apert-Syndrom (Eugène Apert, französischer Pädiater, 1906) (1): Die Diagnose wird prima vista gestellt an-



Abb. 2: Oxyzephalus bei Pansynostose, hier im Rahmen einer Hypophosphatasie. Magnetresonanztomogramm: Typischer Knochenbuckel im Bereich der früheren Fontanelle. Zusätzlich Herniation der Kleinhirntonsillen (Chiari 1-Fehlbildung).

hand der kompletten, z.T. auch knöchernen **Syndaktylien**, die mindestens die mittleren drei Strahlen betreffen oder das Bild der „Löffelhand“ verursachen, wenn alle Finger verbunden sind. Da primär immer die Koronarnahnt fusioniert ist, imponiert bei Geburt ein Brachycephalus, seltener ein Plagiozephalus. Wegen zahlreicher begleitender Anomalien fazialer Strukturen wirken viele Kinder äußerlich besonders auffällig.

Saethre-Chotzen-Syndrom (Haakon Saethre, norwegischer Nervenarzt, 1931; Fritz Chotzen [„ch“ ausgesprochen wie in „Koch“], deutscher Nervenarzt, 1932) (5, 22): Der Phänotyp ist so variabel, dass eine Verwechslung mit einer isolierten Synostose oder mit dem nachfolgenden Syndrom leicht möglich ist. Zu den typischen Kennzeichen zählen: Tiefer Haaransatz, Ptose der Oberlider (auch asymmetrisch), erweiterte Foramina parietalia, kleine Ohrmuscheln mit ausgeprägter Helixwurzel und prominenter Anthelix, verbreiterte Interdigitalfalten („Webbing“) zwischen den Fingern $2/3$, oft auch $3/4$ sowie ein breiter Hallux (oft in Valgusstellung), bedingt durch eine abortive präaxiale Polydaktylie. Wegen primärer Beteiligung der Koronarnahnt werden die betroffenen Kinder mit einem vorderen Plagio- oder einem Brachycephalus geboren. Meistens muss die Diagnose aber molekulargenetisch gesichert werden (18).

Muenke-Syndrom (Maximilian Münke, deutsch-amerikanischer Genetiker, 1997) (19): Dieses **möglicherweise häufigste aller genannten Syndrome** wurde zunächst für eine erbliche einfache Koronarnahntsynos-

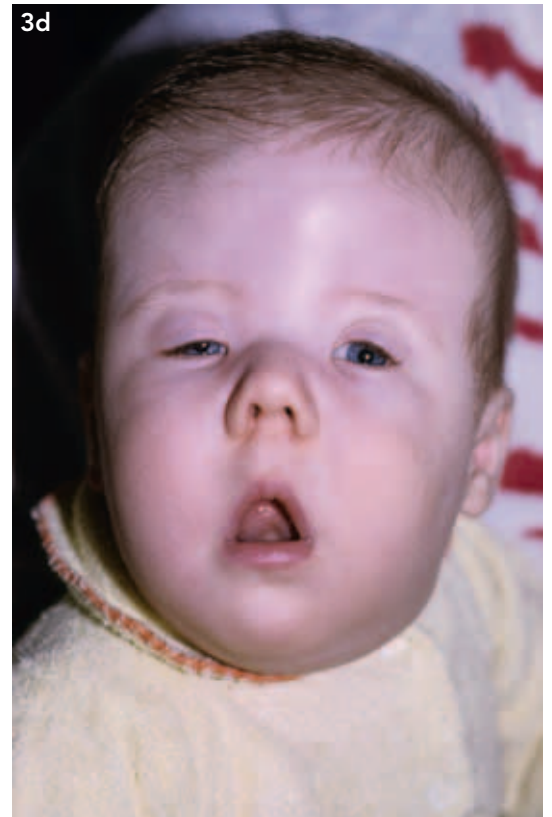


Abb. 3 a-e: Synostose-Syndrome. a) Crouzon-S., milde Ausprägung, b) Crouzon-S. mit Kleeblatt-Deformität, c) Daumen bei Pfeiffer-Syndrom, d) Saethre-Chatzidakis-S., e) Muenke-S.

tose gehalten, bis klar wurde, dass wegen der bei ca. 30 % der Betroffenen bestehenden mentalen **Entwicklungsstörung** und etwa gleich häufigen **Innenohrschwerhörigkeit** die Kriterien eines Syndroms erfüllt sind. Auch dieses Syndrom ist phänotypisch sehr variabel, **wird vor allem mit der isolierten uni- oder bilateralen Koronarnahtsynostose verwechselt**. Ein Verdacht entsteht, wenn bei der Geburt ein ausgesprochener Turrizephalus mit tief eingezogener Nasenwurzel imponiert. Kleinere Anomalien an Händen und Füßen kommen häufig vor, recht charakteristisch ist ein deutlich verkürzter kleiner Finger. Die **molekulargenetische Sicherung der Diagnose ist wichtig**, dabei mit wenig Aufwand verbunden und relativ kostengünstig.

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass **molekulargenetische Untersuchungen zur differentialdiagnostischen Klärung vor allem bei der Koronarnahtsynostose zu empfehlen** sind, daneben in weniger typischen Fällen von Crouzon- oder Pfeiffer-Syndrom, im übrigen als Bestandteil einer genetischen Beratung. Von den zahlreichen anderen beschriebenen Syndromen konnten nur wenige bisher genetisch geklärt werden. Dazu gehört die cranio-fronto-nasale Dysplasie (CFND), die sich u.a. durch Koronarnahtsynostose, hochgradigen Hypertelorismus, gedoppelte Nasenspitze und auffällig festes und dichtes „Drahthaar“ auszeichnet. Dazu kommen verschiedene Anomalien an den Extremitäten, z.B. Sprengel-Deformität (25).

Auch vermeintlich einfache isolierte Kraniosynostosen können in Wahrheit Bestandteile von Syndromen sein. Das gilt z.B. für ca. 10% der Frontalnahtsynostosen, denen ein Opitz C-Syndrom, das Rubinstein-Taybi-Syndrom, häufiger noch undefinierte Syndrome zugrunde liegen können (8). Schließlich seien die sekundären,

metabolischen Synostosen erwähnt, von denen die Hypophosphatasie durch einfache Bestimmung der alkalischen Phosphatase ausgeschlossen werden kann.

Differenzialdiagnose der abnormen Schädelform

Nicht jede Schädeldeformierung ist Folge einer Kraniosynostose. So müssen **beim vorderen Plagiozephalus** auch der Torticollis und die Kiemenbogen-Syndrome in Betracht gezogen werden. Der **Torticollis, z.B. nach Einblutung in den M. sternocleidomastoideus**, führt zwar zu einer Gesichtasymmetrie, nicht aber zu einer stärkeren Asymmetrie der Stirnkontur und Periorbitalregion. Auch der Abstand zwischen Augenwinkel und Tragus ist annähernd seitengleich. Beim **Goldenhar-Syndrom** ist fast immer eine Ohrmuscheldysplasie erkennbar, die Gesichtasymmetrie betrifft vor allem den Unterkiefer.

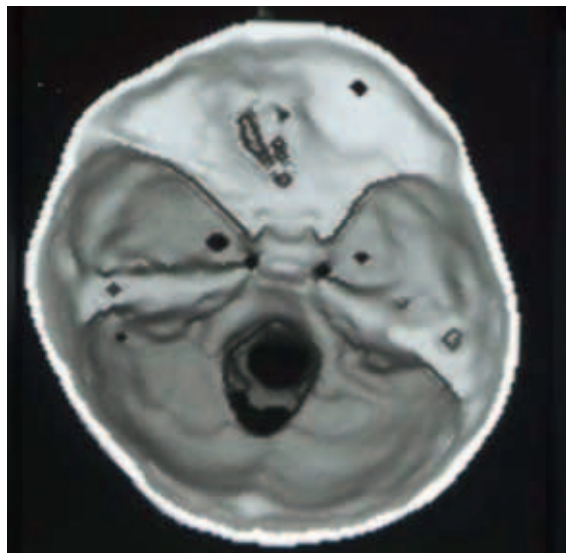
Beim hinteren Plagiozephalus muss zwischen Lambdanahtsynostose und Lagerdeformität unterschieden werden. Letztere entsteht meistens innerhalb weniger Wochen durch asymmetrische Kopfhaltung in Rückenlage der Neugeborenen, sodass bereits die Befragung der Mutter entscheidende diagnostische Hinweise gibt. Nur gelegentlich entsteht sie schon pränatal durch langdauernde Einstellung des Kopfes im Beckeneingang. Im Gegensatz zur Lambdanahtsynostose fehlen der Mastoidwulst, die verstärkte kontralaterale parietale Wölbung und der tiefere Ohransatz. Dafür zeigt sich oft eine leichte Abflachung der gegenseitigen Stirn, womit eine angedeutete Rautenform entsteht. Bei strenger Rückenlage entwickelt sich eine symmetrische okzipitale Abflachung mit betonter Breite und Höhe der Parietalregion (Abb. 4a-b). Sie sollte nicht mit einer bilateralen Koro-

Koronarnahtsynostosen sind häufig syndromal



Abb. 4 a,b: Lagerungsdeformität mit charakteristisch abgeflachtem Hinterkopf und hoher Parietalregion

Abb. 5: Schädelbasis bei einseitiger Koronar-naht-synostose links. Plastisch rekonstruierte Computertomographie in Knochenfenstereinstellung



narnahtsynostose verwechselt werden, obwohl der horizontale Schädelindex eine Brachycephalie anzeigen kann. Lagedeformitäten werden sehr viel häufiger beobachtet, seit die Rückenlagerung als Prophylaxe gegen den plötzlichen Kindstod eingeführt wurde. **Statistisch gesehen kommt eine Lambdanahtsynostose auf 100 bis 200 Lagedeformitäten.**

Die Schädelnähte lassen sich in den ersten Lebensmonaten auch sonographisch beurteilen

Differentialdiagnostische Fragen ergeben sich auch, wenn die Kopfumfangsmessung einen Mikrozephalus anzeigt. **Bei primären Kraniosynostosen liegt der Kopfumfang in aller Regel im Normbereich, allenfalls nahe der unteren Normgrenze.** Werte unterhalb der 3. Perzentile kommen vor allem bei der Pansynostose und dem Saethre-Chatzen-Syndrom (s.u.) vor. Liegt der Wert aber mehr als 2 cm unterhalb der 3. Perzentile, darf man nach eigener Erfahrung mit hoher Wahrscheinlichkeit von einem primär mangelhaften Hirnwachstum ausgehen: Mikrozephalie, die ihrerseits zu einer sekundären Synostose führen kann.

Die Computertomographie gehört nicht zur Routinediagnostik

Radiologische Zusatzuntersuchungen

Monosuturale Synostosen führen in vielen Fällen zu so typischen Schädelformen, dass sich eine routinemäßige radiologische Bestätigung der Nahtfusion erübrigt und dann im Interesse des Strahlenschutzes auch unterbleiben sollte. Außerdem **kann der Nahtstatus gerade in den ersten Lebensmonaten einfach sonographisch überprüft werden.** Diese Möglichkeit sollte man unbedingt beim Verdacht auf Lagerungsdeformität nutzen (21).

Röntgen-Nativaufnahmen – heute grundsätzlich in digitaler Aufnahmetechnik – dienen mehr der Fragestellung, ob weitere Nähte betroffen sind und ob Hinweise auf eine Hirndrucksteigerung vorliegen. Unter Berücksichtigung ihrer Aussagefähigkeit und des möglichen Spontanverlaufs der knöchernen Pathologie reicht eine Untersuchung im ersten Lebensjahr, z.B. kurz vor einer geplanten Operation, in der Regel aus. Kontrollen im Alter von zwei, vier, und acht Jahren – auch nach einer chirurgischen Behandlung! – haben sich als minimales radiologisches Überwachungsprogramm bewährt, das je

nach Risikoeinschätzung individuell erweitert oder verlängert werden kann.

Bei der Beurteilung der Röntgenbilder muss bedacht werden, dass sich die Frontalnaht physiologisch bereits etwa ab dem neunten Lebensmonat schließt. Die übrigen Nähte stellen sich entsprechend der Struktur ihrer knöchernen Grenzen unterschiedlich dar. **Während die Saggitalnaht wegen glatter Grenzen meist gut abgrenzbar ist, zeigt sich die Koronar-naht wegen der ausgeprägten Verzahnung ihrer Ränder besonders in den ersten Lebensjahren oft sehr flau, was zur Fehldiagnose verleiten kann.** Andererseits lassen scharf gezeichnete, wenig gezähnelte Nahtlinien i.d.R. auf eine fortgeschrittene Fusion mit geringen bindegewebigen Nahtresten schließen. Das Röntgenbild kann die klinische Verdachtsdiagnose auch anhand einzelner charakteristischer Anomalien sichern. Typisch für die Koronar-nahtsynostose sind z. B. steil ansteigende kleine Keilbeinflügel, was zum „Harlekin-Aspekt“ der Orbita auf der betroffenen Seite führt, oder der Tiefstand des homolateralen Felsenbeins bei der halbseitigen Koronar-nahtsynostose.

Die Computertomographie (CT) steht heute nicht nur aus Strahlenschutzgründen, sondern auch hinsichtlich der Bildqualität in Konkurrenz zur Sonographie und Magnetresonanztomographie. Zur Beurteilung des Knochens kann sie aber bei unklarem Röntgenbefund hilfreich sein, denn Schädelnähte werden im CT etwas deutlicher dargestellt. In Sonderfällen wird nach einem engen Foramen jugulare – z.B. beim Crouzon-Syndrom – als Ursache einer venösen Abflussstörung und damit persistierenden Hirndrucksteigerung gefahndet, oder vor chirurgischen Eingriffen nach abnormen Gefäßkanälen im Knochen (erweiterte venöse Emissarien) und Details des Schädelinnenreliefs. **Die häufig veranlasste Dünnschicht-Untersuchung mit anschließender plastischer Bild-Darstellung („3D-Rekonstruktion“) ist dagegen nur ausnahmsweise indiziert, z.B. als Grundlage von Planungsmodellen für komplexe kraniofaziale Operationen. Als Routine-Untersuchung ist sie aus Strahlenschutzgründen abzulehnen (Abb. 5), zumal aktuelle Untersuchungen das langfristige Malignomrisiko nach CT-Untersuchung in den ersten Lebensmonaten noch einmal unterstreichen (4).** Nähte lassen sich auf diesen plastischen Bildern nicht sicher beurteilen, da ihre Darstellung über den zugrunde liegenden digitalen Algorithmus manipulierbar ist.

Eine Magnetresonanztomographie (MRT) wird dann sinnvoll sein, wenn eine intrakranielle Pathologie zu erwarten ist. Das ist nur bei der Lambdanahtsynostose und einigen Syndromen der Fall (siehe weiter unten im Abschnitt „Begleitfehlbildungen“).

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. Hartmut Collmann – Neurochirurgische Klinik
Josef-Schneider-Str. 11, 97080 Würzburg
Tel.: 0931-20124840, Fax: 0931-20124540
E-mail: Collmann.H@nch.uni-wuerzburg.de

Red.: Christen

Den zweiten Teil des Beitrages finden Sie in der nächsten Ausgabe.

Der lagebedingte Plagiozephalus – Diagnostik und Therapie

Die Erkenntnis, dass die Bauchlage bei Säuglingen ein Risikofaktor für den plötzlichen Kindstod ist, hat zur Empfehlung der Rückenlage geführt. So konnte die Inzidenz des plötzlichen Kindstodes deutlich reduziert werden, im Gegenzug haben **lagebedingte Schädeldeformitäten** deutlich zugenommen. Damit sind auch die Fragen an Kinder- und Jugendärzte nach gesundheitlichen Folgen und Therapiemöglichkeiten häufiger geworden. Fast immer ist mit der normalen psychomotorischen Entwicklung der Kinder auch eine spontane Rückbildung der Schädeldeformitäten zu verzeichnen. Zu möglichen gesundheitlichen Spätfolgen kann noch kein abschließendes Urteil gefällt werden. Bei Schädeldeformitäten deutlicher Ausprägung hat sich die Verordnung einer **Helmorthese** bewährt. In diesem Beitrag geben wir unsere Erfahrungen aus einer seit vier Jahren bestehenden gesonderten „Sprechstunde für Kinder mit lagebedingten Schädeldeformitäten“ weiter. Unser Konzept zur Abschätzung der zu erwartenden spontanen Rückbildung wird vorgestellt, mit dem die Indikation für eine Behandlung mit Helmorthese geprüft werden kann. Damit hat die Sicherheit zugenommen, die Notwendigkeit einer Helmversorgung im Einzelfall zu erkennen, andererseits aber auch eine Übertherapie zu vermeiden. Differenzialdiagnostisch sind nicht lagebedingte Schädeldeformitäten abzugrenzen, dabei handelt es sich in hohem Prozentsatz um **neuropädiatrische Krankheitsbilder**.



Dr. Rudolf Funke

Anette Weißbrodt
Ann Katrin Kolb
Prof. Bernd Wilken

Bauchlage als Risikofaktor für plötzlichen Kindstod

Mit der Identifizierung der kindlichen Bauchlage als Risikofaktor für den plötzlichen Kindstod Anfang der 90er-Jahre (3, 6) und der Einführung der Rückenlage ist die Inzidenz lagebedingter Schädeldeformitäten deutlich angestiegen. Kam in den siebziger Jahren ein lagebedingter Plagiozephalus auf 300 Säuglinge (4), liegt die Häufigkeit jetzt bei 1:60 (7). Damit ist der Kinder- und Jugendarzt immer häufiger mit Fragen zu Diagnose und Differenzialdiagnose aber auch zum therapeutischen Vorgehen und insbesondere zur Indikation einer Helmorthese konfrontiert.

Diagnostische Kriterien

In mehreren Arbeiten (2, 5, 9, 10) sind typisches klinisches Bild und Diagnosekriterien des lagebedingten Plagiozephalus beschrieben (Tab. 1). Dabei kommt dem

Phänomen der kontralateralen, frontalen Abflachung des Schädels beim Blick von oben besondere Bedeutung zu, da hiermit klinisch zuverlässig eine einseitige (isolierte) Coronar- oder Lambdanahtsynostose abgegrenzt werden kann (Abb. 1a, b, c). Darüber hinaus ist nach unserer Erfahrung die charakteristische Dynamik der lage-

- ⇒ Abflachung („flattening“) einseitig (oder beidseitig) occipital
- ⇒ Abflachung kontralateral frontal
- ⇒ Positives „ear-shift“-Phänomen ($> 0,5$ cm Seitendifferenz zwischen lateralem Augenwinkel und Ohr)
- ⇒ „Vertical peaking“ (Ausbuchtung des Schädels nach apical, ipsilateral)
- ⇒ „incomplete eye opening“ durch Weichteilverlagerung ipsilateral
- ⇒ Torticollis mit Wendung des Kopfes nach ipsilateral

Tab. 1: Diagnostische Kriterien des lagebedingten Plagiozephalus

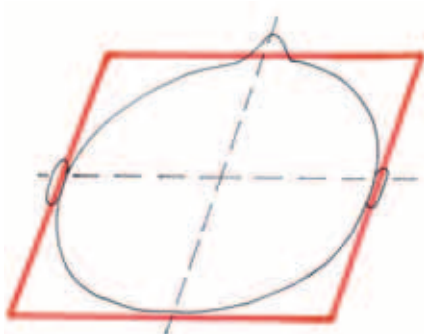


Abb. 1a: Typische parallelogrammförmige Deformität bei lagebedingtem Plagiozephalus (nach Blecher 1998)

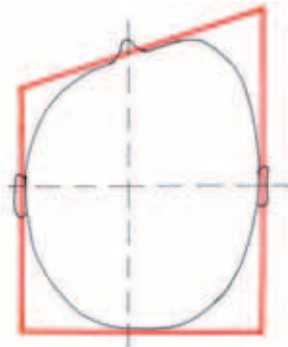


Abb. 1b: Typische trapezförmige Deformität bei isolierter Coronarnahtsynostose (nach Blecher 1998)

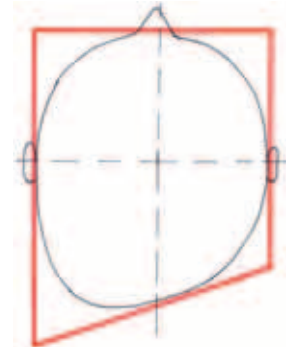


Abb. 1c: Typische trapezförmige Deformität bei isolierter Lambdanahtsynostose (nach Blecher 1998)

bedingten Schädeldeformitäten diagnostisch wegweisend; die **Deformität nimmt typischerweise bis zum dritten/vierten Lebensmonat zu, um dann mit zunehmender motorischer Entwicklung des Säuglings wieder abzunehmen.**

Differenzialdiagnosen

Die Abgrenzung zu nicht lagebedingten Schädeldeformitäten ist klinisch zuverlässig möglich

Lagebedingte Schädeldeformitäten sind von nicht lagebedingten Schädeldeformitäten abzugrenzen, hier sind in erster Linie die prämaternen Nahtsynostosen zu nennen (insbesondere einseitige isolierte Coronarnaht- oder Lambdanahtsynostose). Die oben genannten Kriterien (Tab. 1) ermöglichen eine klinisch zuverlässige Abgrenzung. Schwieriger abzugrenzen sind Kombinationen verschiedener Nahtsynostosen, die allerdings nur sehr selten auftreten. Selbstverständlich können auch prämatere Nahtsynostose und lagebedingte Schädeldeformität kombiniert sein. In seltenen unklaren Fällen wird man daher auf eine bildgebende Diagnostik (Sonografie, konventionelle Röntgenaufnahme und – selten – Computertomografie des Schädels und 3D Rekonstruktion) zurückgreifen müssen. Bleiben Zweifel an der Diagnose „lagebedingter Plagiozephalus“ und ist eine prämatere Nahtsynostose ausgeschlossen, ist auch eine Kernspintomografie des Schädels indiziert, um Hirnfehlbildungen zuverlässig diagnostizieren zu können. Auf begleitende Symptome ist daher zu achten, wie zum Beispiel allgemeine Entwicklungsstörung, dysmorphe Stigmata, Kopfumfang etc. Schließlich ist die bereits erwähnte, regelmäßig zu erwartende spontane Besserung lagebedingter Schädeldeformitäten ein zusätzlich verlässliches Kriterium in der Abgrenzung zu prämaternen Nahtsynostosen, die im Verlauf eher deutlicher werden.

Therapeutische Optionen

Alle therapeutischen Ansätze müssen dem Zeitfenster der physiologischen Rückbildung nutzen

Bei den therapeutischen Möglichkeiten werden Handling, Lagerungshilfen, Physiotherapie und Helmorthese unterschieden. Wenn ein lagebedingter Plagiozephalus diagnostiziert wird, können die Eltern durch Ansprechen des Kindes von der „Nicht-Lieblingsseite“, Umdrehen des Kinderbettchens, Anbieten der Bauchlage (beim wachen Kind) etc. die Rückbildung der Schädeldeformität günstig beeinflussen. Auf dem Markt werden mehrere Lagerungshilfen angeboten, die grundsätzlich in den ersten Lebensmonaten sinnvoll sein können, wenn das Kind sich oder seinen Kopf noch nicht alleine dreht. In dieser Phase ist das Risiko für den plötzlichen Kindstod allerdings noch relativ hoch, sodass im Einzelfall die Anwendung genau (zum Beispiel mit dem betreuenden Kinder- und Jugendarzt) zu prüfen ist. Wenn die Beweglichkeit des Kopfes zur kontralateralen Seite der Abflachung klinisch eingeschränkt ist, kann Physiotherapie (mit Anleitung der Eltern) indiziert sein. Viele Eltern nehmen auch Manualtherapie oder Osteopathie mit Ihren Kindern in Anspruch, was sich nach Einzelberichten auf die Beweglichkeit des Kopfes positiv auswirkt. Es liegen bisher keine Untersuchungen zur Quantifizierung der spontanen Rückbildung lagebedingter Schädeldeformitäten oder ihrer Dynamik vor.

Helmorthese

Seit einigen Jahren hat sich für ausgeprägte lagebedingte Schädeldeformitäten die Behandlung mit einer Helmorthese (Abb. 2) bewährt und durchgesetzt (2, 9). Dafür wird (ursprünglich nach Gipsabdruck) individuell ein Helm aus leichtem Kunststoff (ca. 230 g) hergestellt, der an den prominenten Schädelregionen anliegend, an den abgeflachten Regionen mit etwas Abstand geformt wird. So kann das physiologische Kopfwachstum in die gewünschte Richtung gelenkt werden. **Der Helm wird etwa 4–8 Monate lang 23 Stunden pro Tag getragen**, je nach erzielter Wirkung. Er muss während dieser Zeit mehrfach angepasst werden und darf natürlich insgesamt nicht zu eng werden. **Um die Dynamik des physiologischen Kopfwachstums auszunutzen, muss die Behandlung mit Helmorthese im Alter von 6–9 Monaten beginnen; dabei gilt das Gestationsalter, d.h. bei Frühgeborenen das korrigierte Alter.** In letzter Zeit werden vielerorts lagebedingte Schädeldeformitäten mit speziellen Scannern und nicht mehr manuell gemessen; die Daten können dann direkt zur Helmherstellung genutzt werden, die aufwendige Prozedur des Gipsabdruckes entfällt. Die Helme werden in der Regel gut getragen und toleriert (Abb. 2); als Komplikation der Helmversorgung sind nur gelegentlich Druckstellen oder die mangelnde Passgenauigkeit (Verrutschen) des Helmes beschrieben, dies gilt vor allem für Kinder mit mehr Brachy- als Plagiozephalus. Mögliche Auswirkungen auf die Wirbelsäule (insbesondere HWS) durch das Gewicht des Helmes oder das Schlafen mit Helm oder auch die Frage nach Einfluss auf die Temperaturregulation des Säuglings durch den Helm sind nicht ausreichend untersucht. In ihrer korrigierenden Wirkung auf die Kopfform ist die Helmtherapie allerdings unumstritten.



Abb. 2: Beispiel einer Helmorthese, wie sie zur Zeit von verschiedenen Herstellern angeboten werden

Indikation zur Helmtherapie

Es ist unstrittig, dass Kinder mit ausgeprägten lagebedingten Schädeldeformitäten mit Helmorthese versorgt werden sollen, andererseits sind auch deutliche Befunde durch die oben ausgeführten Maßnahmen und die beschriebene spontane Befundbesserung bei einer Kontrollmessung nicht selten erheblich rückläufig. Bisher ist die Indikationsstellung zur Helmtherapie der Erfahrung

Längsdurchmesser (LD)	Gemessen von glabella zur protuberantia occipitalis externa
Querdurchmesser (QD)	Maximaler Querdurchmesser oberhalb der Ohren
Diagonaldurchmesser 1 von rechts vorn nach links hinten (DD 1)	Mittig von oberhalb linker Augenbraue durch Kreuzpunkt LD/ QD nach rechts occipital
Diagonaldurchmesser 2 von links vorn nach rechts hinten (DD 2)	Mittig von oberhalb rechter Augenbraue durch Kreuzpunkt LD/ QD nach links occipital
Diff LQ	Differenz LD minus QD
Diff DD	Differenz der Diagonaldurchmesser

Tab. 2: Messgrößen und Parameter bei der Vermessung lagebedingter Schädeldeformitäten, s.a. Abb. 3

des Untersuchers überlassen, auf die selbstverständlich auch in Zukunft nicht verzichtet werden soll. Andererseits fehlen in der Literatur wenigstens halbquantitative Angaben zum Ausmaß der anzunehmenden spontanen Rückbildung lagebedingter Schädeldeformitäten, um im Einzelfall abschätzen zu können, ob im verbleibenden Zeitintervall eine ausreichende spontane Rückbildung erwartet werden kann oder nicht. Wir haben uns um die Definition dieser spontanen Rückbildung bemüht und werden in der Folge darüber und über unsere Erfahrungen berichten.

Methodik der Datenerhebung (biometrische Kopfmessung)

Das Ausmaß einer Schädeldeformität kann manuell mit einem Messzirkel (z.B. Cephalometer der Firma Aesculap) und seit kurzem alternativ mittels speziell entwickelter Scanner gemessen werden. Dabei werden wenigstens Längsdurchmesser (LD), Querdurchmesser (QD) und die zwei Diagonaldurchmesser (DD1 und DD2) erhoben (Abb. 3, Tab. 2), aus denen zwei Parameter berechnet werden. Dies ist zum einen die Differenz Längsdurchmesser minus Querdurchmesser (Diff LQ) als Maß für das Ausmaß der Schädelabflachung und zum zweiten die Differenz der Diagonalen (Diff DD) als Maß für die Asymmetrie der Schädeldeformität. Damit kann das Ausmaß der Asymmetrie als leicht (Diff DD < 1 cm, Abb. 4a), mittel (Diff DD 1 cm bis < 2 cm, Abb. 4b) oder schwer (Diff DD ab 2 cm, Abb. 4c) differenziert werden.

Das Kasseler Kollektiv – Ergebnisse

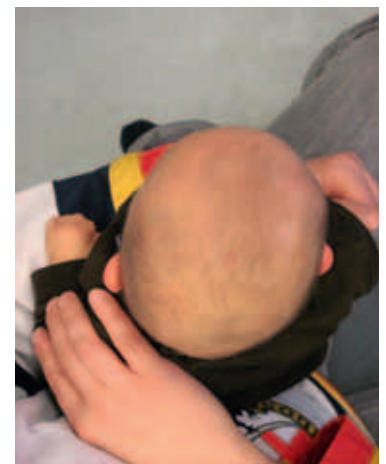
In den letzten vier Jahren wurden uns bis heute 319 Kinder mit Verdacht auf lagebedingte Schädeldeformität vorgestellt. In unsere quantitative Auswertung haben wir 82 Kinder im Alter von 3 bis 12 Monaten aus den ersten 18 Monaten unserer Ambulanz eingeschlossen, davon waren 64 % männlich (36 % weiblich). Die Seite der occipitalen Abflachung war bei 64 % aller Kinder rechts (36 % links); diese Verteilung mit Bevorzugung der rech-



Abb. 3: Biometrische Kopfmessung bei lagebedingtem Plagiozephalus, Parameter s. Tab. 2



a) leicht



b) mittel



c) schwer

Abb. 4: Klinisches Ausmaß des lagebedingten Plagiozephalus

ten Seite ist unabhängig vom Geschlecht, sie wird in der Literatur mit dem in der Bevölkerung deutlich höheren Anteil von Rechtshändern erklärt. Damit korreliert unser Kollektiv in hohem Maße mit den in der Literatur beschriebenen Merkmalen der betroffenen Kinder (5). Bei der Erfassung der Ausprägung der occipitalen Abflachung haben wir den Bereich mittlerer Ausprägung (1 cm bis < 2 cm) nochmals in eine Gruppe A (1 cm bis < 1,5 cm) und eine Gruppe B (1,5 cm bis < 2 cm) unterteilt (Abb. 5). Dies war sinnvoll, da die Anzahl der Kinder mit mittelgradigem lagebedingten Plagiozephalus deutlich am größten war. Zudem war nach bisherigen Erfahrungen gerade bei 1,5 cm Schiefheit etwa ein Ausmaß erreicht, ab dem eine Helmversorgung indiziert schien.

Ist der allseits angenommene Normalbereich bis 1 cm Schiefheit plausibel?

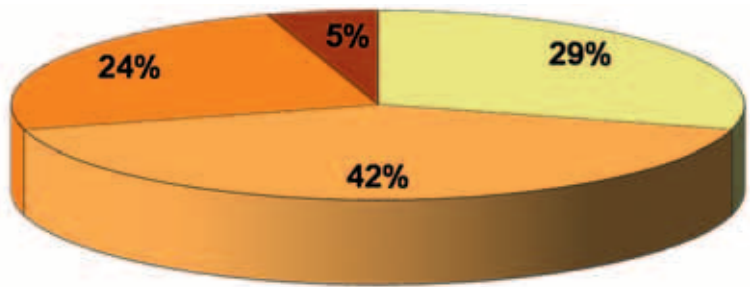
Vor weiteren Betrachtungen wollten wir uns vergewissern, ob der in der Literatur definierte Bereich „normal bzw. leicht schief“, der bei einer Differenz der Diagonalen bis 1 cm angenommen wird, plausibel ist. Wir haben dazu ein Kontrollkollektiv von 20 Säuglingen im Alter bis zu einem Jahr vermessen, bei denen zu keiner Zeit die Diagnose „lagebedingte Schädeldeformität“ gestellt worden war und klinisch auch von uns nicht gestellt wurde. Wir fanden für die Differenz der Diagonalen einen Mittelwert von 0,6 cm (Tab. 3). Ebenso haben wir zufällig 21 Eltern betroffener Kinder ausgewählt und den Kopf vermessen. Dabei fanden wir einen Mittelwert von 0,31 cm. Dies spricht gegen eine wesentliche genetische Komponente, allerdings liegen natürlich keine Vergleichswerte der Eltern aus deren Kinderzeit vor. Im Vergleich dazu fand sich bei 12 Mitarbeitern des SPZ Kassel ein Mittelwert von 0,42 cm. Demnach kann die Grenze für das als normal zu bezeichnende Ausmaß an Schädelasymmetrie (wie in der Literatur angegeben 1 cm Differenz der Diagonalen) als plausibel angenommen werden.

Gruppe	Differenz der Diagonalen, Streuung	Differenz der Diagonalen, Mittelwert
20 gesunde Kinder, Alter bis 12 Monate	0,3 – 1,1 cm	0,6 cm
21 Eltern von betroffenen Kindern	0,1 – 0,6 cm	0,31 cm
12 Mitarbeiter des SPZ Kassel	0,2 – 1,0 cm	0,42 cm

Tab. 3: Vergleichswerte bei der biometrischen Kopfmessung

Gibt es „Risikofaktoren“ für lagebedingte Schädeldeformitäten?

Das Risiko für die Ausbildung eines lagebedingten Plagiozephalus (2, 10) für die von uns untersuchten Kinder wird durch zusätzliche Symptome oder Komorbiditäten erhöht (Tab. 4). Auch in unserem Kollektiv zeigt sich, dass der Anteil zusätzlich prädisponierender Faktoren



- 24 Kinder leicht (Differenz der Diagonalen < 1 cm)
- 34 Kinder mittel Gruppe A (Differenz der Diagonalen 1 cm bis < 1,5 cm)
- 20 Kinder mittel Gruppe B (Differenz der Diagonalen 1,5 cm bis < 2 cm)
- 4 Kinder schwer (Differenz der Diagonalen 2 cm und größer)

Abb. 5: Ausmaß des lagebedingten Plagiozephalus (n=82)

oder Komorbiditäten bei Kindern mit ausgeprägten lagebedingten Schädeldeformitäten deutlich größer ist als bei Kindern mit gering ausgebildeten Deformitäten (Abb. 6). Frühgeborene stellen dabei eine relativ große Gruppe dar; dies mag an dem grundsätzlich relativ hohen Anteil von Frühgeborenen an unserem Kollektiv liegen. Abb. 6 zeigt auch, dass der relative Anteil Frühgeborener mit steigendem Ausmaß der lagebedingten Schädeldeformität zunimmt.

Muss eine lagebedingte Schädeldeformität behandelt werden?

In der Literatur werden aus verschiedenen Perspektiven mögliche Spätfolgen lagebedingter Schädeldeformitäten diskutiert (Sehstörungen, Hörstörungen, kognitive Einschränkungen) (11, 12, 13). Dabei sind in vielen Betrachtungen Ätiologie, Symptomatik und zu erwartende Spätfolgen nicht klar definiert. Bialocerkowski (1) hat 2005 in einer Übersichtsarbeit zu diesem Zeitpunkt vorliegende Arbeiten ausgewertet und kommt zu dem Schluss, dass bisher keine ausreichenden Daten für die Annahme gesundheitlicher Folgen nach lagebedingtem Plagiozephalus vorliegen. Natürlich kann dies zurzeit nicht abschließend beurteilt werden, da die Rückenlage erst in den 90er-Jahren eingeführt wurde. Ausgeprägte lagebedingte Schädeldeformitäten können durchaus als

- ⇒ Frühgeburt
- ⇒ Muskelerkrankung, muskuläre Hypotonie
- ⇒ Hydrozephalus
- ⇒ Claviculafraktur
- ⇒ Obere Plexusparese Erb
- ⇒ Schädelfraktur
- ⇒ Hüftdysplasie/ Spreizhose
- ⇒ Chromosomenanomalie
- ⇒ Allgemeine Entwicklungsstörung

Tab. 4: Prädisponierende Faktoren bei lagebedingtem Plagiozephalus

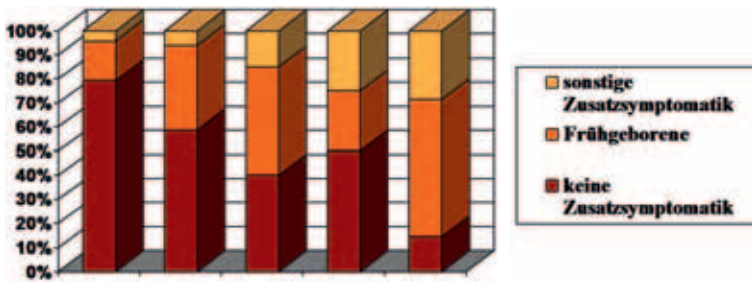


Abb. 6: Zusatzsymptomatik bei lagebedingtem Plagiozephalus

Säule 1: Ausmaß leicht (n=24)

Säule 2: Ausmaß mittel Gruppe A (n=34)

Säule 3: Ausmaß mittel Gruppe B (n=20)

Säule 4: Ausmaß schwer (n=4)

Säule 5: Befundzunahme (n=7)

entstehend erlebt werden, und psychische Folgen durch Ausgrenzung können in diesen Fällen relevant sein. Angesichts des Nachlassens des Kopfumfangswachstums im zweiten Lebensjahr muss jede Behandlung, die die Dynamik des wachsenden Kopfes für die Korrektur seiner Form ausnutzen will, mit etwa 18 Monaten abgeschlossen sein.

Abschätzung der zu erwartenden spontanen Rückbildung der Schädelasymmetrie

Zur Indikationsstellung einer Versorgung mit Helmmorthese ist vor allem in Zweifelsfällen die Abschätzung der zu erwartenden spontanen Rückbildung in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres essentiell. Bisher war man dafür auf die individuelle Erfahrung des Untersuchers angewiesen; valide Daten hierzu wurden bisher nicht berichtet. Wir haben 39 Kinder aus unserem oben beschriebenen Kollektiv mehrfach gesehen, Kontrollen nach Helmversorgung nicht berücksichtigt. 32 Kinder (85 %) zeigten unter Handling und/ oder Physiotherapie eine spontane Besserung der Symptomatik. Bei diesen Kindern haben wir das Ausmaß der Besserung auf die jeweils vergangene Zeit bezogen (Tab. 5) und kamen so auf eine spontane Abnahme der Symptomatik im Mittel von 0,57 mm pro Woche (Spannweite 0,12–1,2 mm). Damit wurde erstmals die spontane Rückbildung lagebedingter Schädeldeformitäten quantifiziert. Auf diese Weise kann die zu erwartende Dynamik abgeschätzt und orientierend angenommen werden, ob eine vorhandene Schädeldeformität in den nächsten Monaten sich in den Normalbereich (Differenz der Diagonalen < 1 cm) bewegen wird. Dies gilt vor allem, wenn keine Zusatzsymptomatik vorliegt. Noch sicherer ist die Voraussage, wenn zum Beispiel im Alter von 3 und 5 Monaten insgesamt zwei Messungen möglich sind, sodass die Dynamik intraindividuell belegt werden kann. Mit diesen Erfahrungen ist die Häufigkeit der Indikationsstellung zur Helmtherapie in

Lagebedingte Schädeldeformitäten können ein früher Hinweis auf neuropädiatrische Krankheitsbilder sein

unserer Ambulanz in den letzten Jahren zurückgegangen. Von den bisher insgesamt 319 untersuchten Kindern haben wir 114 Kinder zur Helmversorgung weitergeleitet (36%).

Ausbleibende spontane Rückbildung

Sieben Kinder (15 %) zeigten keine Besserung oder gar eine Zunahme der Symptomatik. Bei sechs der sieben Kinder war entweder eine Zusatzsymptomatik bereits bekannt (zwei Frühgeborene der 32. SSW, zwei Frühgeborene der 36. SSW) oder es wurde eine neuropädiatrische Grunderkrankung gefunden (Chromosomenanomalie, komplexe Hirnfehlbildung, jeweils mit muskulärer Hypotonie, Abb. 6). Lediglich ein Kind zeigte keine Begleitsymptomatik oder Grunderkrankung (wahrscheinlich mangelnde Compliance beim Handling). Daraus lässt sich ableiten, dass insbesondere die Gruppe der Kinder mit fehlender spontaner Besserung oder gar Zunahme des Befundes genauer Betrachtung bedarf. Lagebedingte Schädeldeformitäten können somit frühe Hinweise auf komplexe neuropädiatrische Krankheitsbilder sein.

Beispiele für nicht lagebedingte Schädeldeformitäten

Aus unserer Sprechstunde sollen zwei Kinder kasuistisch dargestellt werden, die uns jeweils mit Verdacht auf lagebedingten Plagiozephalus vorgestellt wurden. Kind 1 zeigte klinisch im Alter von 6 Monaten eine typische frontale Abflachung; die zu erwartende kontralaterale occipitale Abflachung lag allerdings nicht vor. Damit sind die diagnostischen Kriterien für den lagebedingten Plagiozephalus nicht erfüllt, insbesondere zeigt die Aufsicht keine parallelogrammartige Deformität (Abb. 7a). In der 3D-Rekonstruktion der Computertomografie des Schädels fand sich eine prämatüre Nahtsynostose der linken Coronarnaht (Abb. 7b).

Bei Kind 2 fanden sich im Alter von 4 Monaten frontale und occipitale Abflachung deutlichen Ausmaßes ipsilateral angeordnet. Damit liegt auch hier keine parallelogrammartige Deformität vor; die diagnostischen Kriterien für den lagebedingten Plagiozephalus sind auch hier nicht erfüllt. Die bildgebende Diagnostik zeigte schließlich eine komplexe Hirnfehlbildung (Abb. 8); das Kind erschien zu diesem Zeitpunkt klinisch und in der Entwicklungsdiagnostik sonst noch nicht sicher auffällig. Bei beiden Kindern konnte bereits mit klinischem Blick eine typische lagebedingte Schädeldeformität ausgeschlossen werden.

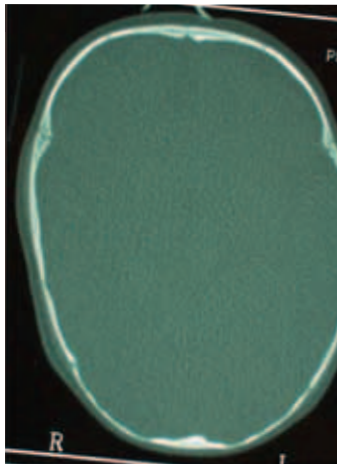
Das Kasseler Vorgehen

Nach unseren Erfahrungen sollten Kinder, bei denen sich in den ersten drei Monaten ein lagebedingter Plagiozephalus entwickelt hat, möglichst im Alter von

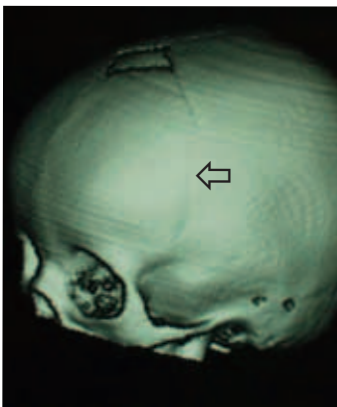
Differenz der Diagonalen in cm (Messung 1) – Differenz der Diagonalen in cm (Messung 2)

Zeitabstand in Wochen

Tab. 5: Dynamik der spontanen Rückbildung des lagebedingten Plagiozephalus



7a



7b

Abb. 7a und b: Typischer Befund bei isolierter Coronarnahtsynostose links. Beachte trapezförmige Schädeldeformität (vgl. Abb. 1a bis c)

3–4 Monaten und noch einmal im Alter von 5 Monaten zur Erhebung der Messdaten vorgestellt werden. Es kann dann in der Regel eine Abschätzung zur Indikation für eine Helmorthese in der aufgeführten Weise erfolgen, gegebenenfalls kann auch nach weiteren sechs Wochen eine dritte Messung durchgeführt werden. **Die Versorgung mit Helmorthese sollte im Alter von 7–8 Monaten spätestens beginnen,** um die Phase hoher physiologischer Wachstumsdynamik des Schädels bis etwa zur Mitte des zweiten Lebensjahres auszuschöpfen. Nach unseren Erfahrungen sind Kontrollmessungen auch notwendig, um die Gruppe jener Kinder zu erfassen (ca. 15 %), bei denen die übliche spontane Rückbildung der

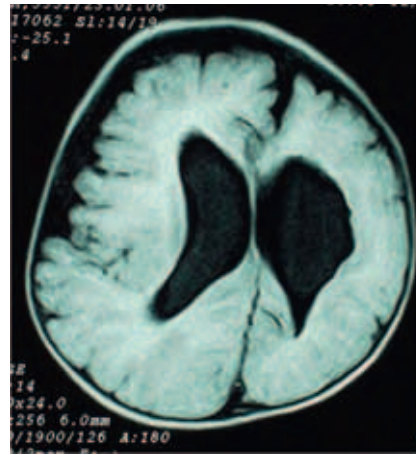


Abb. 8: Schädeldeformität bei komplexer Hirnfehlbildung, beachte ipsilaterale frontale Abflachung (vgl. Abb. 1a bis c)

Schädeldeformität ausbleibt. In dieser Gruppe finden sich in hohem Maß neuropädiatrische Krankheitsbilder, auf die das Augenmerk möglicherweise erst durch die Schädeldeformität fällt; eine weiterführende Diagnostik einschließlich Computertomografie des Schädels ist oft indiziert. Schließlich können klinisch sicher nicht-lagebedingte Schädeldeformitäten abgegrenzt werden, als deren Ursache sich ebenfalls neuropädiatrische Erkrankungen finden (s. Beispiele Kind 1 und 2). Wir sind daher der Überzeugung, dass Sprechstunden für lagebedingte Schädeldeformitäten in neuropädiatrische Ambulanzen integriert sein sollten.

Literatur bei den Verfassern.

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Rudolf Funke
Neuropädiatrie mit Sozialpädiatrischem Zentrum am Klinikum Kassel
Mönchbergstr. 41-43, 34125 Kassel
Tel: 0561/ 980-3096
E-Mail: funke@klinikum-kassel.de

Red.: Christen

Konnatale CMV-Infektion bei einem 4-monatigen Säugling

**CONSILIUM
INFECTORUM**

Prof. Dr. med.
Lutz G. Gürtler

Frage:

Es handelt sich um einen vier Monate alten Patienten mit neurologischen Auffälligkeiten und Mikrozephalie. Das EEG ist pathologisch. Des Weiteren ist der MRT-Befund mit Erweiterung der inneren und äußeren Liquorräume, fehlender weißer Substanz, keine Verkalkung, hoch pathologisch.

Peripartalanamnese, Stoffwechselkrankheiten, Liquorbefund sowie α -Interferon im Liquor sind unauffällig.

Einziger positiver Befund ist CMV-DNA im Urin in ansteigender Kopienzahl (von 41.500 auf 140.000 in 14 Tagen). CMV-DNA in Serum und Liquor ist negativ.

Unsere Frage lautet:

- Ist die Behandlung des Patienten mit (Val-) Ganciclovir indiziert?
- Wenn ja, sollte die Verabreichung oral oder i. v. durchgeführt werden?

Antwort:

Es geht um ein 4 Monate altes Kind mit Mikrozephalie, erweiterten inneren und äußeren Liquorräumen, fehlender weißer Substanz in manchen Bezirken und entsprechend neurologischen Auffälligkeiten, einschließlich EEG-Veränderungen.

Virologisch einzig auffälliger Befund: Cytomegalievirus (CMV), welches nicht im Serum oder CSF nachweisbar ist, aber im Urin mit 4 bis 14×10^4 cop/ml.

CMV ist eines der häufigsten Viren von congenitalen Infektionen (1). CMV induziert im fetalen Gehirn typischerweise Mikrozephalie, Cysten (2) und Defekte in der tiefen weißen Substanz (3). Insofern sind die bei dem Kind gefundenen Symptome durchaus mit einer pränatalen CMV-Infektion vereinbar und CMV kann als kausales Agens der neurologischen Defekte angesehen werden.

Die CMV-Menge im Urin liegt in einem diagnostisch häufig vorkommenden Bereich, die angegebene Schwankung zwischen 4 und 14×10^4 cop/ml ist für die CMV-Infektion nicht unerwartet. Zur Behandlung der konnatalen CMV-Infektion sind nur wenige Berichte verfügbar, teils weil die Infektion asymptomatisch – bis zu 90 % (4) – oder pauci-symptomatisch verläuft, teils weil wegen der auftretenden Neutropenie, der neurologischen und renalen Affektionen mit einer großzügigen Indikation zum Einsatz von Ganciclovir gezögert wird. Die Behandlung mit i. v. Ganciclovir (16 mg/kg) kann für 6 Wochen gegeben die konnatalen Hörschäden etwas verbessern (5). Die Virusmenge im Blut jedoch blieb in der Studie aus Birmingham (USA) bei den 18 behandelten Kindern, unabhängig ob sie $>$ oder $< 10^4$ cop/ml lag, immer nachweisbar (5).

Nachdem bei dem 4 Monate alten Kind weder im Blut noch im Liquor cerebrospinalis CMV nachweisbar ist, ist davon auszugehen, dass über die Immunreaktion dort die CMV-Produktion gestoppt wurde, während sie in der Niere weiterhin besteht. Nachdem eine wesentliche Besserung der Symptome auch nach Therapie nicht erwartet werden kann (5), ist meiner Meinung nach eine Therapie mit Ganciclovir nicht mehr indiziert – Alter inzwischen 4 Monate und schwere neurologische Defizite. Wenn die Überlegung des behandelnden Pädiaters aus anderen Gründen dem entgegen läuft, dann sollte Ganciclovir i. v. verabreicht werden, da höhere Spiegel erreicht werden.

Literatur bei InfectoPharm

Prof. Dr. med. Lutz G. Gürtler
Pettenkofer-Institut
Universität München
60336 München

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



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Wirksamkeit der Rotavirus-Impfung in Afrika und Mexiko

Drei Originalbeiträge und ein Editorial beschäftigen sich in der NEJM-Ausgabe vom 28. Januar 2010 ausführlich mit der Wirksamkeit und den Möglichkeiten der Rotavirus-Vakzine in Afrika und in Mexiko, nachdem die bisherigen Effektivitätsstudien unter den Bedingungen der westlichen Länder in Europa und USA durchgeführt worden waren.

Effect of Human Rotavirus Vaccine on Severe Diarrhea in African Infants

Madhi, SA et al., *N Engl J Med*; 362:289-298, Januar 2010

Die Autoren stellen die Ergebnisse einer randomisierten, placebo-kontrollierten Multicenter-Studie aus Südafrika (3166 Säuglinge; 64 %) und Malawi (1773 Säuglinge; 35,9 %) vor. Insgesamt wurden 4939 Säuglinge in die Studie aufgenommen, auch HIV-Infizierte bzw. -Exponierte und randomisiert einer der drei Gruppen zugeordnet. Die gesunden Probanden erhielten entweder im Alter von 10 und 14 Wochen zwei oder im Alter von 5, 10 und 14 Wochen drei orale Dosen einer Rotavirus-Vaccine (Rotarix GSK) – die gepoolte Vaccine-Gruppe – oder drei Placebo-Dosen. Durch aktive Überwachung wurden bei den Probanden alle Episoden einer Gastroenteritis im 1. Lebensjahr erfasst, die durch Rotaviren verursacht waren. Die Ereignisse wurden nach der Vesikari-Skala graduiert.

In der Placebo-Gruppe kam es bei 70 (4,9 %) der Säuglinge zu einer schweren Rotavirus-Gastroenteritis, in der gepoolten Vaccine-Gruppe bei 56 (1,9 %). Die Anzahl verhüteter Rotavirus-Enteritiden war in Malawi mit 6,7 Fällen/100 geimpfter Säuglinge größer als in Südafrika mit 4,2, da die Häufigkeit der RV-Enteritis in Malawi deutlich größer ist als in Südafrika. Insgesamt war die Präventionsrate mit 61,2 % deutlich niedriger als in Europa (96,4 %) und Lateinamerika (84,8 %). Die verschiedenen möglichen Ursachen für diese auch anderweitig beobachteten Wirksamkeitsunterschiede werden diskutiert, ohne dass eine gemeinsame Erklärung gegeben werden kann.

Die Wirksamkeit auf die Verhütung jeglicher schwerer Gastroenteritis aller Ursachen betrug 30,2 %.

Bei 9,7 % der Säuglinge der gepoolten Vaccine-Gruppe wurde wenigstens 1 ernstes unerwünschtes Ereignis registriert, bei den Säuglingen der Placebo-Gruppe bei 11,5 %. Bei einem Säugling kam es 11 Wochen nach der 3. RV-Impfung zu einer Invagination, die zu einer Darmresektion führte, von der sich der Säugling vollständig erholte.

Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die RV-Vaccine die Häufigkeit schwerer RV-Gastroenteritiden in der untersuchten Population signifikant reduziert.

Effect of Rotavirus Vaccination on Death from Childhood Diarrhea in Mexico

Richardson V et al., *N Engl J Med*; 362:299-305, Januar 2010

Die Autoren berichten über den Einfluss der monovalenten Rotavirus (RV) Vakzine auf die Mortalität an kindlicher Gastroenteritis in Mexiko nach Einführung der generellen Impfung von Februar 2006 bis Mai 2007. Erfasst wurden im Rahmen einer Postmarketing-Studie durch das National Institute of Statistics, Geography, and Information und vom mexikanischen Gesundheitsministerium alle Todesfälle bei Kindern < 5 Jahren an Gastroenteritis jeglicher Ursache in Mexiko. Die durch Gastroenteritis bedingte Mortalität 2008 und während der RV-Saison 2008-2009 wurde mit der Mortalität vor Einführung der generellen RV-Impfung 2003-2006 verglichen.

Bis Dezember 2007 hatten laut CENSIA, dem Vakzine-Lieferanten für die Hälfte aller Kinder in Mexiko, 74 % aller Säuglinge < 11 Monaten eine Dosis RV-Vakzine erhalten.

2008 wurden 1118 Gastroenteritis bedingte Todesfälle (entspr. 11,8/100.000 Kinder) registriert. Dies entsprach gegenüber den jährlichen 1793 Todesfällen in den Jahren 2003-2006 (entspr. 18,1/100.000 Kinder) einer Reduzierung der GE-bedingten Mortalität um 35 % ($p < 0,001$). Diese Reduktion hielt auch während der zweiten RV-Saisons 2009 an.

Vaccine-Acquired Rotavirus in Infants with Severe Combined Immunodeficiency

Patel CP et al., *N Engl J Med*; 362:314-319, Januar 2010

Die Autoren vom Baylor College of Medicine in Houston/Texas berichten über drei Säuglinge mit einer Gedeihstörung, die innerhalb eines Monats nach der 1. oder 2. RV 5-Impfung (RotaTeq Merck) mit Dehydratation und Durchfällen erkrankten und bei denen ein schwerer kombinierter Immundefekt (SCID) vorlag. Bei allen drei Säuglingen wurden RV-Vaccine-Viren mittels RT-PCR im Stuhl nachgewiesen. Das Vollbild des SCID entwickelte sich bei allen drei Säuglingen im Rahmen der klinischen Betreuung und führte zur erfolgreichen Transplantation von Stammzellen. Das Risiko der RV-Impfung für Patienten mit SCID wird diskutiert. Die Infektion mit dem RV-Impfstoff-Virus ist offensichtlich weniger schwer als mit Wild-Virus. Es muss bei den Patienten mit einer protrahierten RV-Virus-Ausscheidung gerechnet werden.

Rotavirus Vaccine – A Powerful Tool to Combat Deaths from Diarrhea

Santosham M, *N Engl J Med*; 362: 358-360, Januar 2010

Der Autor von der Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health in Baltimore, weist auf die große Bedeutung der schweren Rotavirus (RV)-Enteritis für die Kinder in entwickelten und Entwicklungs-Ländern hin, die jedes Jahr zu mehr als 1/2 Million Todesfällen führen. Die verbreitete Umsetzung der WHO-Empfehlung für eine generelle RV-Impfung aller Säuglinge kann in der nächsten Dekade etwa 2 Millionen Todesfälle verhindern. Dabei sind die Schwierigkeiten einer Dokumentation der Mortalitäts-Reduktion nicht zu unterschätzen. Eine Übertragung der Daten aus Südafrika und Malawi auf andere Länder mit einer hohen RV bedingten Mortalität und vergleichbaren sozioökonomischen Bedingungen ist möglich und eine Herdimmunität wird diskutiert. Mit der Einführung einer generellen RV-Impfung ist ein eher größerer Effekt auf die durch Gastroenteritis bedingte Mortalität zu erwarten, als in der Studie aus Südafrika und Malawi dokumentiert wurde. Der Autor weist gleichzeitig auf die Problematik der generellen Impfaktionen in den ärmsten Ländern der Welt hin, wie Transport und Lagerung der Impfstoffe ohne Unterbrechung der Kühlkette. Die Logistik der Impfprogramme in diesen Ländern wird dadurch erschwert. Das enge Zeitfenster für die Erlaubnis der Impfstoffanwendung zwischen 6 und 15 Lebenswochen und für die 3. Dosis nicht später als 32 Wochen, die auf die RV-Impfstoff bedingten Invaginationen zurückgeht, stellt ebenfalls ein wesentliches Hindernis für die Impfaktionen in den Ländern mit der höchsten RV-Mortalität dar. Schliesslich liegen die Kosten für die RV-Impfung in den USA weit über den Möglichkeiten der ärmsten Länder und sogar der Länder mit mittlerem Einkommen. Glücklicherweise ist zumindest kurzfristig eine Co-Finanzierung mit Unterstützung der Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI) möglich, wodurch eine Senkung der Impfstoffkosten auf 15–30 Cent/Dosis, abhängig vom ökonomischen Zustand der Länder, ermöglicht wird. Eine zeitliche Ausdehnung der Co-Finanzierung durch Spenderinitiativen wird daher dringend angemahnt.

Kommentar

Die hier vorgelegten Studien und Fallbeobachtungen weisen eine gute, wenn auch suboptimale Wirksamkeit der Rotavirus-Vakzine in Entwicklungsländern nach. Auch wenn es sich um Hersteller-finanzierte Untersuchungen handelt, sind die Ergebnisse wichtig und vielversprechend. Sie weisen aber auch die logistischen und zeitlichen Grenzen auf. Die empfohlenen Impfzeiträume – 1. und 2. Impfung zwischen 6 und 15 Wochen, 3. Impfung nicht später als mit 32 Wochen –, die auf die gehäuften Invaginationen-Beobachtungen nach Gabe der RotaShield Impfstoffes vor mehr als 10 Jahren zurückgehen, stehen in Entwicklungsländern einer effektiven Durchimpfung entgegen. Weitere Studien sind daher erforderlich, um die Wirksamkeit und Sicherheit einer zeitlich erweiterten Impfstoff-Verabreichung für die aktuellen Impfstoffe nachzuweisen.

Die zeitlichen Impfbegrenzungen stehen einer verbreiteten Anwendung in den Entwicklungsländern ebenso entgegen wie die ungedeckten Kosten.

In den 10 Jahren seit der Rücknahme von RotaShield sind weltweit > 5 Millionen Kinder an einer Rotavirus-Infektion verstorben.

Ein erhöhtes Risiko der RV-Vakzinen für HIV-infizierte Kinder wurde nicht beobachtet. Der Bericht über die RV-Vakzine Infektionen mit protrahierter Virus-Ausscheidung bei Kindern mit einer SCID weisen ebenfalls auf einen milderen Krankheitsverlauf hin als bei einer Wild-Virus-Infektion.

(Helmut Helwig, Freiburg)

Angiotensin II-Rezeptorantagonist als Suspension

Efficacy, Safety and Pharmacokinetics of Candesatan Cilixetil in Hypertensive Children from 1 to less than 6 Years of Age

Schaefer F, van de Walle J, Zurowska A et. al., *Hypertens*; 28: 1083-1090, Mai 2010

Es gibt nur wenige Antihypertensiva, die in flüssiger Form für kleine Kinder angeboten werden.

Daher wurde in einer Studie Candesatan Cilixetil Suspension in einer vierwöchigen, randomisierten doppelt blinden Studie untersucht, die von einer einjährigen „open-label“ Behandlungsphase gefolgt war. Das Medikament wurde mit einer Dosis von 0,05, 0,2 oder 0,4 mg/kg/d bei 93 hypertensiven Kindern in Alter von 1-5 Jahren eingesetzt. 74 der Kinder hatten einer renale Ursache des Hypertonus.

Bei 10 Patienten wurde ein pharmakokinetisches Profil ermittelt. Nach 4 Wochen fiel der systolische Blutdruck dosisabhängig um 6, 9 bzw. 12 mmHg und der diastolische Druck um 5, 8 bzw. 11 mmHg. Während der einjährigen Nachbeobachtungszeit lag die „responder rate“ (gleichzeitiger Abfall von systolischem und diastolischem RR unter die 95. Perzentile) zwischen 48 und 54%. Das pharmakokinetische Profil war unabhängig von Alter, Geschlecht, BMI oder Ursache des Hypertonus und vergleichbar dem größerer Kinder und Erwachsener. Bei Kindern mit Proteinurie fiel die Albumin-/Kreatinin-Ratio im Durchschnitt um 57% ab. Der Abfall blieb über den gesamten Beobachtungszeitraum bestehen. Eine leichte Verschlechterung der glomerulären Filtrationsrate nahm über den Beobachtungszeitraum nicht zu. Candesatan wurde gut toleriert. Die Therapie wurde nur bei 2 Kindern wegen Müdigkeit bzw. Verschlechterung der zugrundeliegenden Glomerulonephritis abgebrochen.

Candesatan Cilixetil senkt dosisabhängig den Blutdruck und die Albuminurie bei Kindern mit arteriellem Hypertonus und wird gut toleriert.

Kommentar

Für die Blutdrucktherapie bei kleinen Kindern sind nur wenige flüssige Zubereitungen (z.B. Nifedipin-Tropfen) erhältlich. Andere Substanzgruppen können nur mit verkleinerten und aufgelösten Tabletten und der damit verbundenen ungenauen Dosierung verabreicht werden. Für Angiotensin II-Rezeptorantagonisten gab es bisher keine Studien bei kleinen Kindern. Die vorliegende Studie belegt, das Candesatan Cilixetil-Suspension sicher

und effektiv bei kleinen Kindern zur Senkung von Blutdruck und Albuminurie eingesetzt werden kann. Damit werden die therapeutischen Möglichkeiten für den Kinderarzt um eine wichtige Substanzgruppe erweitert. Abzuwarten bleibt die Preisgestaltung. Zu erwarten ist – wie bei den Tabletten – ein höherer Preis als bei ACE-Hemmern. Eine Indikation für AT II-Antagonisten bei kleinen Kindern wir also voraussichtlich bei ACE-Hemmer-Unverträglichkeit oder zur „selektiven Nephroblockade“ zur kombinierten Senkung der Albuminurie mit ACE-Hemmer und AT II-Antagonisten bestehen.

(Lars Pape, Hannover)

Rotavirus-Impfung und stationäre Behandlungen

Universal Mass Vaccination Against Rotavirus Gastroenteritis: Impact on Hospitalization Rates in Austrian Children

Paulke-Korinek M, Rendi-Wagner P, Kundi M, Kronik R, Kollaritsch H. *Pediatr Infect Dis J* 29: 319-323, April 2010

Die Rotavirus-Gastroenteritis führt nicht nur in den Staaten der dritten Welt, sondern auch in den reichen Industrieländern zu einer hohen Morbidität. In Österreich besteht seit 2007 ein bundesweites Rotavirus-Impfprogramm. 2007 wurde RotaTeq® und 2008 Rotarix® eingesetzt (Tendermarkt). Die Durchimpfungsrate lag 2007 bei 72%, 2008 bei 87%.

Im Rahmen eines Surveillance-Programms wurden die Daten von 11 Kinderkliniken (akute Rotavirus-Gastroenteritis bis zum Alter von 15 Jahren) im Zeitraum Januar 2001 bis Dezember 2008 analysiert. Bei Kindern unter 90 Lebenstagen, die aufgrund des Lebensalters meist nur 1 Dosis der Rotavirus-Impfung erhalten hatten, kam es zu einer um 42% reduzierten Hospitalisierungsrate wegen akuter Rotavirus-Gastroenteritis. In der Altersgruppe zwischen 90 Tagen bis 20 Monaten betrug der Rückgang 73.6%, in der Altersgruppe der Kinder von 20 bis 48 Monaten fand sich ein Anstieg um 8% – der Großteil der letzten Altersgruppe war noch nicht gegen Rotaviren geimpft und erklärt das Ergebnis. Die Anzahl der Krankenhaustage, die Kinder wegen einer akuten Rotavirus-Gastroenteritis verbringen mussten, sank 2008 im Vergleich zu den Jahren 2001–2006 um 45%. Somit hat 18 Monate nach Einführung hat die allgemeine Rotavirus-Impfung in Österreich innerhalb der geimpften Kohorte zu einem beträchtlichen Rückgang der Hospitalisierungsraten wegen akuter Rotavirus-Gastroenteritis geführt.

Kommentar

Ähnliche überzeugende Erfahrungen hat man auch in den USA, Frankreich und Australien gemacht. Wahrscheinlich werden in naher Zukunft vergleichbare Ergebnisse aus Sachsen berichtet werden können, wo die Rotavirus-Impfung seit Januar 2008 als Standardimpfung empfohlen wurde (Erstes Bundesland!). Mittlerweile wird die Rotavirus-Impfung auch in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Thüringen empfohlen. Es ist zu wünschen, dass die STIKO baldmöglichst eine allgemeine Impfempfehlung für die Rotavirus-Impfung ausspricht und dann endlich auch die Kostenübernahme durch die Krankenkassen geklärt ist.

(Volker Schuster, Leipzig)

Welche Diagnose wird gestellt?

Sabine Vöhringer, Hagen Ott und Peter Höger

Anamnese

11 Monate alter männlicher Säugling. Schwangerschaft, Geburt und Neonatalperiode unauffällig. Seit 6–7 Wochen Entwicklung rötlich schuppender Hautveränderungen zunächst im Bereich von Gesicht und Extremitäten, dann Ausbreitung auf gesamtes Integument, einhergehend mit starkem Juckreiz. Kein Auslöser eruierbar.

Familienanamnese: Psoriasis mit Gelenkbeteiligung bei Großmutter und deren Geschwistern sowie der Urgroßmutter bekannt. Keine Familienanamnese für Atopie.

Bei Verdacht auf Psoriasis vulgaris und atopischem Ekzem war eine Vorbehandlung mit topischen Steroiden, diversen Basistherapeutika sowie abschuppenden Maßnahmen erfolgt, jedoch ohne wesentliche Besserung.

Vordiagnostik

Laborbefunde:	Normwerte für großes Blutbild, CRP, Elektrolyte, BZ, Krea und Transaminasen.
Allergiediagnostik:	RAST fx5 und sx1: negativ, Gesamt-IgE im Normbereich
Bakteriologie:	Hautabstrich: vereinzelt Staphylococcus aureus, Keime der Hautflora
Histopathologie:	psoriasiforme Dermatitis



Abb. 1: erythematosquamöse, angedeutet lachsfarbene konfluierende Plaques mit typischen Inseln nicht-betroffener Haut („nappes claires“). Im Bereich der Oberarme sind folliculär betonte Papeln erkennbar

Untersuchungsbefund bei Aufnahme

Erythrodermes Hautbild (> 90 % der Hautoberfläche betroffen) mit scharf begrenzten, erythematosquamösen, großflächig konfluierenden Plaques und ausgesparten Inseln („nappes claires“). Hyperkeratose der Handinnenflächen und Fußsohlen.

Mundsoor, kleine Lymphknoten nuchal und inguinal, restlicher internpädiatrischer Untersuchungsbefund unauffällig.



Abb. 2: palmoplantare Hyperkeratose

Wie lautet die Diagnose?

Diagnose: Pityriasis rubra pilaris (PRP)

Definition

Bei der PRP handelt es sich um eine erythemasquamöse Erkrankung, die durch folliculäre Keratosen, die zu schuppigen Plaques konfluieren können, und ein palmoplantares Keratoderm gekennzeichnet ist.

Epidemiologie

Die PRP ist eine seltene Erkrankung, deren Inzidenz auf etwa 1:500 000 geschätzt wird. Über familiäre Häufungen wurde wiederholt berichtet. Die Altersverteilung ist zweigipfelig mit je einem Peak vor dem 20. und nach dem 60. Lebensjahr.

Ätiologie

Die Ätiologie ist unbekannt. In seltenen Fällen wurde über autosomal-dominante bzw. autosomal-rezessive Vererbung berichtet, meist tritt die Erkrankung jedoch sporadisch auf.

Klinik

Entsprechend der Klassifikation nach Griffith werden 6 verschiedene Subtypen unterschieden, von denen jedoch nur drei (Subtyp III-V) im Kindesalter relevant sind. Die Einteilung erfolgt je nach Alter bei Erstmanifestation, Krankheitsverlauf und Prognose. Im vorliegenden Fall handelt es sich aufgrund der frühen Manifestation um den Subtyp V, der auch atypische juvenile Form genannt wird (1).

Die typische Trias der Krankheit setzt sich zusammen aus:

- orangeroten, folliculär gebundenen keratotischen Papeln
- scharf begrenzten, lachsfarbenen erythemasquamösen Plaques durch Übergreifen auf interfolliculäre Haut und Konfluenz
- palmoplantares Keratoderm

Klassischerweise sind initial Gesicht und Hals betroffen. Zusätzlich besteht ein palmoplantares Keratoderm. Im Verlauf kommt es zu einer Ausbreitung auf den Stamm, die von Juckreiz begleitet wird. Die Erkrankung kann bis zur Erythrodermie fortschreiten, charakteristischerweise finden sich jedoch immer einige Inseln gesunder Haut („nappes claires“).

Später kommt es häufig zu einer schmerzhaften Rhagadenbildung an Handflächen und Fußsohlen. Auch die Nägel können i.S. einer Verdickung oder longitudinalen Furchung der Nagelplatten betroffen sein. Bei ausgeprägter Erkrankung kann sich ein Ektropium entwickeln.

Diagnostik

Es gibt keine typischen Laborparameter. Die klinische Diagnose wird durch eine histologische Untersuchung bestätigt. Diese zeigt eine Akanthose und Hyperkeratose, sowie eine schachbrettartige Anordnung von Orthokera-

tose und perifollikulär betonter Parakeratose, Blockade der Follikelöffnung mit Keratinmaterial und oberflächliche perivaskuläre lymphohistiozytäre Infiltrate.

Differentialdiagnosen

- Psoriasis vulgaris
- atopisches Ekzem
- seborrhoisches Ekzem
- Erythrokeratoderma figurata variabilis (Mendes da Costa)

Prognose

Die Prognose ist bei hoher Spontanheilungsrate günstig. Leider geht oft ein mehrjähriger Krankheitsverlauf voraus. Da die Patienten im akuten Erkrankungszustand meist deutlich in ihrer Lebensqualität eingeschränkt sind, ist fast immer eine Therapie erforderlich.

Therapie

Im Hinblick darauf, dass eine Spontanremission möglich ist, sollte zunächst eine topische Behandlung angestrebt werden. Zur Keratolyse sollten bei Säuglingen und Kleinkindern vorzugsweise Ölbäder, bei älteren Kindern je nach Lebensalter und Ausdehnung Salizylsäure (1–2%, Cave: nur kleinflächig anwenden!) oder harnstoffhaltige (5–10 %) Produkte verwendet werden. Zur Hautpflege sollten rückfettende Externa verwendet werden. Zusätzlich können topische Retinoide oder Calcipotriol eingesetzt werden.

Reicht die Lokalthherapie nicht aus, wird eine systemische Therapie mit Acitretin 0,5 mg/kgKG/d für 3–4 Monate angewandt; diese erzielte in einer unkontrollierten Studie bei 10/15 Patienten eine komplette, bei weiteren 2/15 eine partielle Remission (2). In schweren, therapieresistenten Fällen werden Methotrexat oder Ciclosporin A oral verabreicht. Nach neueren Erfahrungen ist die Therapie mit TNF-Antagonisten wirksam (3). Insbesondere bei Kindern sollte allerdings bedacht werden, dass es oftmals auch zur spontanen Remission kommen kann (1).

Literatur

1. Klein A, Landthaler M, Karrer S: Pityriasis rubra pilaris: a review of diagnosis and treatment *Am J Clin Dermatol* 2010; 11:157-70
2. Dicken CH. Treatment of classic pityriasis rubra pilaris. *J Am Acad Dermatol* 1994; 31: 997-999
3. Gemmeke A, Schönlebe J, Koch A, Wollina U. Pityriasis rubra pilaris – eine retrospektive monozentrische Analyse über acht Jahre. *JDDG* 2010; 8: 439-445

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

Red.: Höger

Neues von der STIKO

Die Impfpfehlungen für das Jahr 2010 haben bei den *Standardimpfungen* keine Änderungen im Vergleich zum Vorjahr erfahren. Die von vielen Pädiatern erwartete (und erhoffte?) allgemeine Impfpfehlung gegen Rotavirus-Gastroenteritis im Säuglingsalter ist in Deutschland also weiterhin nur in Sachsen Realität, bleibt aber in der STIKO nach wie vor „in Diskussion“.

Hingegen gibt es einige pädiatrisch relevante Modifikationen bei den *Indikationsimpfungen*. So ist mit Verfügbarkeit eines ersten quadrivalenten Meningokokken-Konjugatimpfstoffs (Serogruppen A, C, W135 und Y, Menveo®), zugelassen als Einzeldosis ab dem Alter von 11 Jahren, eine in vielerlei Hinsicht (Immunogenität, immunologisches Gedächtnis und dadurch gewährleistete Boosterfähigkeit durch primäre T-Zell-Stimulation) bessere Alternative zum konventionellen bi- oder quadrivalenten Polysaccharidimpfstoff gegeben. Dementsprechend lassen sich die gegebenen Indikationen für einen über die Meningokokken Gruppe C hinaus gehenden Impfschutz nunmehr mit diesem neuen Impfstoff umsetzen. Dies betrifft z.B. Personen mit gewissen Immundefekten (fehlende Milz, Komplementsystem u.a.), aber auch Reisende in Endemiegebiete für Meningokokken Gruppe A, W135 oder Y Infektionen in Asien, Afrika, und Südamerika.

Auch auf dem Gebiet der Pneumokokken-Impfung kann nunmehr mit einem Konjugatimpfstoff bei Kindern im Alter von 2 bis unter 5 Jahren (der 5. Geburtstag ist die obere Altersgrenze für die Zulassung des 13-valenten Konjugatimpfstoff) anstelle des 23-valenten Polysaccharid-

impfstoffs gemäß STIKO Indikationen (diverse chronische Grundkrankheiten) der Schutz erweitert werden. Wie bei der Meningokokken-Impfung ist hier durch die Konjugation der Kapselpolysaccharide an ein Trägerprotein bekanntlich eine wesentlich bessere Immunogenität und somit letztendlich ein besserer Impfschutz für unsere Patienten zu erzielen. Die im Vergleich zum 23-valenten Polysaccharidimpfstoff fehlenden Serotypen spielen in der Zielgruppe der 2-4 Jährigen keine bedeutsame Rolle, der zusätzliche Schutz gegen Serotyp 6A dagegen ist epidemiologisch bemerkenswert (<http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Sentinel/Pneumoweb/Monatsstatistik.html>).

Autismus und Impfungen

Falls Sie von Ihren Patienteltern darauf angesprochen werden: US-Gerichte haben erneut (d.h. in nächster Instanz) zwei populäre Hypothesen von Impfkritikern, die sich als Kläger vereinigt hatten, mangels wissenschaftlicher Evidenz abgelehnt: 1) Thiomersalhaltige Impfstoffe können nicht für das Auftreten von Autismus (oder anderen Krankheiten aus dem Autismusspektrum) verantwortlich gemacht werden und 2) das Gleiche gilt für Masern- bzw. MMR-Kombinationsimpfstoffe (<http://www.uscfc.uscourts.gov/node/5026>). Und noch eine Nachricht in diesem Zusammenhang: der britische „General Medical Council“ hat Andrew Wakefield nun die Arztlizenz für das Vereinigte Königreich entzogen (Associated Press, 24.5.2010) – was diesen wahrscheinlich wenig irritiert, da er seit einigen Jahren in den USA praktiziert. Auch die Publikation unter seiner Leitung, welche die „MMR-Autis-



Impfforum

mus-Hysterie“ ausgelöst hatte (Lancet 1998;351:637-641), wurde im Februar des Jahres offiziell vom LANCET zurückgezogen und ist damit auch von Impfgegnern nicht mehr zitierfähig! Viel ist nicht mehr übrig von der einstmalig viel beachteten Spekulation.

Porcine Circo-Virus Bestandteile in oralen Rotavirus-Impfstoffen

Sie haben davon gehört: in beiden verfügbaren Produkten wurden mittels molekularbiologischer Nachweisverfahren Bestandteile dieser potentiell für Schweine (aber nicht für Menschen) pathogenen Viren gefunden. Die Zulassungsbehörden in Europa und den USA sehen keinen Grund zur Besorgnis für die geimpften Säuglinge (www.pei.de) und auch keinen Grund, die Zulassung der Impfstoffe ruhen zu lassen. Gleichwohl bleibt ein ungutes Gefühl zurück, kann dieser Nachweis doch als Surrogatmarker für ein Qualitätsmangel angesehen werden. Wie ist es dazu gekommen? Was planen die Hersteller zukünftig, um derartige Kontaminationen zu vermeiden? Wir werden hören.

Impfglossar

Das letzte Impfforum hat Fragen aus Ihren Reihen bezüglich der Begriffe „per-Pro-

tokoll“ bzw. „Intent-to-treat“ Analyse aufgeworfen. Unter einer „per-Protokoll“ Analyse versteht man die Auswertung einer Studie, in welche nur die Studienteilnehmer eingehen, bei denen alle vorgesehenen Maßnahmen korrekt gemäß Prüfplan eingehalten wurden. Im Falle einer Impfstudie hieße dies z.B. dass alle vorgesehenen Impfdosen zu den vorbestimmten Zeitpunkten verabreicht wurden und auch Begleitmaßnahmen (z.B. Blutentnahmen, Tagebuch zur Dokumentation der Verträglichkeit) vollständig erfolgten. Die „per-Protokoll“ Analyse stellt also den Idealzustand dar. Im Gegensatz dazu werden in der „Intent-to-treat“ Analyse *alle* in die Studie aufgenommenen Teilnehmer berücksichtigt, auch wenn Abweichungen vom Prüfplan (z.B. unvollständige Impfserie oder vorzeitiges Ausscheiden aus der Studie) aufgetreten sind. Im Allgemeinen fallen die Ergebnisse in der „Intent-to-treat“ Analyse weniger günstig aus als in der „per-Protokoll“ Analyse und spiegeln daher eher den Praxisalltag wieder. Im von mir im letzten Impfforum gewählten Beispiel war es ausnahmsweise umgekehrt.

Prof. Dr. Ulrich Heining
Universitäts-Kinderspital
beider Basel (UKBB) Basel/Schweiz
Red.: Christen

● Nachgefragt

Wolfgang Zöllner

ist der Patientenbeauftragte der Bundesregierung. Im Gespräch mit unserer Zeitschrift spricht der Politiker über das geplante Patientenrechtegesetz, Impfaufklärung und warum aus seiner Sicht der § 73b nicht abgeschafft werden muss.



Herr Zöllner, Sie planen ein neues Patientenrechtegesetz. Was ist von diesem neuen Gesetz zu erwarten?

Vor allem mehr Übersichtlichkeit. Heute sind die Patientenrechte in einer ganzen Reihe von Gesetzeswerken verstreut, in der RVO, im StGB etc. Wir wollen diese einzelnen Gesetze zusammentragen.

Wir planen, mit Hilfe dieses Gesetzes ein flächendeckendes Fehlermeldesystem einzuführen, um Schwachstellen in der Diagnostik und Therapie schneller zu erkennen und zu beseitigen, wir wollen die Verfahren bei Verdacht auf Behandlungsfehler vereinfachen, allerdings nicht durch eine Beweislastumkehr, wie oft behauptet wird, sondern z.B. durch die Einrichtung von Schlichtungsstellen, in denen auch Patientenvertreter sitzen. Heute schon wird das in Rheinland-Pfalz mit Erfolg praktiziert.

Welche weiteren Verbesserungen für Kinder planen Sie?

Ein besonderer Schwerpunkt meiner Arbeit in den nächsten Jahren wird die Situation von Kindern mit seltenen Erkrankungen sein. Wir werden daran mitarbeiten, Referenzzentren einzurichten für einzelne Krankheitsbilder. Das erste gibt es nun bereits in Tübingen (siehe KJA 6/10, S. 354). In diesen Referenzzentren werden auch aus Europa alle Informationen zu Diagnose und Therapie der jeweiligen seltenen Erkrankung zusammengeführt, sodass wir belastbare Daten bekommen.

Ein weiterer Schwerpunkt meiner Arbeit wird die Verbesserung der Lage psychisch kranker Kinder sein, wir wollen sie durch mehr Aufklärung raus aus der sozialen Isolation und Stigmatisierung holen. Weiterhin werden wir uns zusammen mit der Drogenbeauftragten der Bundesregierung um die Bekämpfung des Komatrinkens kümmern. Ganz wichtig auch ist mir die weitere Spezialisierung von Krankenhäusern bei der Behandlung Frühgeborener. Studien beweisen, dass sie viel mehr Überlebenschancen haben, wenn sie in einem spezialisierten Zentrum behandelt werden.

Last but not least werde ich mich darum kümmern, dass in Deutschland mehr Menschen ihre Organe spenden. Hier ist das Potential noch lange nicht ausgeschöpft. Ursachen könnten Bürokratie oder mangelnde Unterstützung von Angehörigen und Ärzten sein.

Kinder- und Jugendärzte fordern für ihre Patienten die bestmögliche medizinische Versorgung. Hierzu gehören auch die von der STIKO empfohlenen Impfungen und auch die Vorsorgen. Einige Eltern enthalten ihren Kindern Impfungen oder auch Vorsorgen vor. Was werden Sie als Patientenbeauftragten hier tun?

Wir müssen einen Weg finden, Eltern deutlich zu machen, wie wichtig Impfungen sind. Eine gesetzlich vorgeschriebene Impfpflicht wird es dazu nicht geben, das ist nicht machbar. Aber wir werden Konzepte entwickeln, um noch mehr als bisher Eltern zu informieren etwa durch entsprechende Kampagnen in Kitas und Schulen.

Anders ist es bei Vorsorgen. Hier wird es auch keinen Gesetzeszwang geben, nur Aufklärung, aber wir müssen in Zukunft bei Verdacht auf Vernachlässigung schneller handeln können. Kinderschutz muss vor Datenschutz gehen. Ich bin für eine Meldepflicht.

Kinder- und Jugendärzte müssen dem Jugendamt melden, wenn Verdacht auf Vernachlässigung besteht. Denn das Jugendamt kann sich dann vor Ort ein Bild machen, wie es dem Kind geht.

Kinder- und Jugendärzte klagen, dass sie zunehmend aus der Primärversorgung gedrängt werden. Es scheint den politischen Willen zu geben, Kinder- und Jugendärzte abzuschaffen. Was werden Sie dagegen tun?

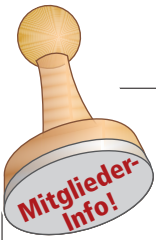
Erst mal möchte ich betonen, dass ich auf der ganzen Linie für Kinder- und Jugendärzte als Primärversorger bin. Die niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte sind meines Erachtens die Hausärzte der Kinder und Jugendlichen und müssen es bleiben. Auch in den Notfallpraxen sollten Kinder und Jugendliche von Pädiatern behandelt werden. In ländlichen Gebieten, wo Pädiater fehlen, müssen wir nach anderen Konzepten für die hausärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen suchen.

Aus Sicht der Pädiater aber auch aus Sicht der Eltern muss der § 73b geändert werden. Er stärkt einseitig die Hausärzte und schwächt die Position der Pädiater. Bisher aber werden der Elternwille und die Bedenken der Pädiater ignoriert. Warum?

Zunächst mal möchte ich festhalten, dass jedes Kind zum Pädiater gehen kann, wenn es krank ist oder wenn Vorsorgen anstehen. Daran ändert der § 73b nichts. Der Streit um den § 73b ist zudem Sache der Selbstverwaltung.

Handlungsbedarf für mich als Patientenbeauftragten sehe ich erst, wenn diese Möglichkeiten ausgeschöpft sind und zu keinem befriedigenden Ergebnis geführt haben. Erst dann werden wir uns mit der KV und den Hausärzten zusammensetzen und auch unter Beteiligung des BMG nach einer Lösung suchen. Ich werde dabei die Position vertreten, dass Kinder- und Jugendärzte als Primärversorger unbedingt erhalten bleiben. Dafür werde ich alles in meiner Macht Stehende tun. Nicht weil es mir um die Pädiater als Berufsgruppe geht, sondern weil der Erhalt der Kinder- und Jugendärzte als Hausärzte wichtig ist für unsere Kinder und Jugendlichen.

ReH



bvkj.
Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Ergebnis

Wahlen im Landesverband Thüringen des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. für die Legislaturperiode 2010–2014

Landesverbandsvorsitzender und 1. Delegierter:	Dr. Andreas Lemmer, Erfurt
Stellv. Landesverbandsvorsitzender und 2. Delegierter:	Dr. Wolfgang Karmrodt, Mühlhausen
Schatzmeisterin:	Veronika Bier, Erfurt

**Praxisabgabe-Seminar des BVKJ
am 11. und 12.09.2010 in Friedewald (bei Bad Hersfeld)**

Die Aufgabe der eigenen Praxis ist sicherlich ein wichtiger und für viele Vertragsärzte auch schmerzlicher Schritt. Noch schmerzlicher kann jedoch der Prozess der Praxisabgabe verlaufen, wenn dieser nicht langfristig und sorgfältig vorbereitet wurde, stellt doch der Ertrag aus der Praxisveräußerung im allgemeinen einen wichtigen Bestandteil der materiellen Absicherung im Alter dar.

Als Hilfe zur erfolgreichen Durchführung der Praxisabgabe bieten wir Mitgliedern des BVKJ ein Seminar mit ausgewiesenen Fachleuten an, in dessen Rahmen alle in diesem Kontext wichtigen Aspekte behandelt werden:

- Vorbereitung der Praxisabgabe
- Nachfolgersuche
- Vertragsverhandlungen
- Steuerliche Aspekte der Praxisveräußerung
- Abschluss des Übernahmevertrages
- Vertragsarztrechtliche Abwicklung der Praxisübergabe
- Vollzug der Praxisübergabe

Referenten

Die Referenten sind Herr **Stefan Kalenberg**, Geschäftsführer der Bezirksstelle Köln der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Herr Rechtsanwalt **Dirk Nig-**

gehoff, Justitiar des BVKJ, und Herr **Jürgen Stephan**, SKP Unternehmensberatung, Jüchen.

Die **Teilnahmegebühr** beträgt 310,- € (500,- € für Nichtmitglieder des BVKJ) und beinhaltet Unterbringung und Verpflegung in einem Haus der 4-Sterne-Kategorie in Friedewald.

Wegen der begrenzten Teilnehmerzahl bitten wir Sie bei Interesse um baldige Anmeldung mittels des nachfolgenden Anmeldecoupons oder per PädInform.

Stephan Eßer
Hauptgeschäftsführer des BVKJ



An den
Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.
z. Hd. Frau Gabriele Geße

per Telefax (02 21) 68 32 04

Praxisabgabeseminar des BVKJ am 11. und 12.09.2010 in Friedewald

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Teilnahme am Praxisabgabeseminar an. Die Teilnahmegebühr von 310,- € bzw. 500,- € überweise ich bis zum Beginn des Seminars auf Konto 000 127 3779 (BLZ 370 606 15), Deutsche Apotheker- und Ärztebank.

Name

Datum, Unterschrift

Anschrift

(Tel. u. Fax)



Klinikärzte im bundesweiten Streik

Nachdem die Tarifverhandlungen zwischen dem Marburger Bund und der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) nach der fünften Verhandlungsrunde ergebnislos abgebrochen wurden und die Urabstimmung unter seinen Mitgliedern eine 93-prozentige Zustimmung zu einem Streik ergab, begann dieser am 17. Mai mit einer Eröffnungsveranstaltung in München. Mehr als 4.000 Ärztinnen und Ärzte aus der gesamten Bundesrepublik waren nach München gekommen. In mehr als 200 Klinikstandorten traten ca. 15.000 Ärztinnen und Ärzte in den Ausstand. Der Marburger Bund forderte für die rund 55.000 Ärzte an kommunalen Krankenhäusern eine lineare Erhöhung der Gehälter um durchschnittlich fünf Prozent und eine deutlich bessere Bezahlung von Bereitschaftsdiensten, insbesondere in der Nacht, an Wochenenden und an Feiertagen.

Gehaltserhöhung

In den ersten Verhandlungen wollte die VKA für die ersten vier Monate dieses Jahres überhaupt keine Gehaltserhöhung zugestehen. Es wurde lediglich für die Dauer von 15 Monaten eine Gehaltssteigerung in Höhe von 1,7 Prozent ab 1. Mai 2010 in Aussicht gestellt und eine Erhöhung ab 1. August 2011 um weitere 1,2 Prozent mit einer Laufzeit bis zum 30. September 2012. Das bedeutet: Auf's Jahr gerechnet würden durchschnittlich deutlich weniger als ein Prozent Gehaltssteigerung übrigbleiben – damit wäre noch nicht einmal ein Inflationsausgleich garantiert. Im Klartext: Die VKA wollen die Steigerung der Arztgehälter im Jahresdurchschnitt sogar niedriger ansetzen als für den öffentlichen Dienst.



Am 9. Juni 2010 einigten sich der Marburger Bund und die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) auf einen neuen Tarifvertrag für Klinikärztinnen und -ärzte an kommunalen Krankenhäusern.

Die wichtigsten Punkte der Tarifeinigung:

Mindestlaufzeit bis zum 31.08.2011

Gehaltserhöhung rückwirkend zum 01.05.2010 um 2,0 %
Einmalzahlung in Höhe von 400 €

Verkürzung von Stufenlaufzeiten in den Stufen 3 und 4 der Entgeltgruppe I (Assistenzärzte) von 18 auf 12 Monate.

Erhöhung der Bereitschaftsdienstvergütung

Erhöhung **Stundenentgelte** rückwirkend zum 01.05.2010:

Entgeltgruppe I (Arzt):	25,00 € → +12%
Entgeltgruppe II (Facharzt):	29,00 € → +7%
Entgeltgruppe III (Oberarzt):	31,50 € → +5%
Entgeltgruppe IV (Leitender Oberarzt):	33,50 € → +4,7%

Zusätzlicher **Zeitzuschlag für Nachtstunden im Bereitschaftsdienst** (21–6 Uhr) je Stunde 15 % des Bereitschaftsdienstentgelts

Zusatzurlaub bei nächtlichem Bereitschaftsdienst

Bessere Bezahlung der **telefonischen Inanspruchnahme in der Rufbereitschaft**

Zeitzuschlag für Nachtarbeit im Volldienst statt der bisherigen 1,28 €/h ein 15%-iger Zuschlag

Tarifverhandlungen über **Erweiterung des Tarifbereichs** für Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst vereinbart

Leistungs- und erfolgsorientierte Entgelte (Vario-Ä)
zusätzliches variables Vergütungssystem auf freiwilliger Basis für Ärztinnen und Ärzte (Zielvereinbarungen über Fort- und Weiterbildungen)

Weitere Informationen unter: www.marburg-bund.de und www.vka.de

ge

Bereitschaftsdienst

Die Bereitschaftsdienste in der Nacht, an Wochenenden sowie Feiertagen sind ausgesprochen belastend. Die Arbeitszeit beläuft sich dabei in aller Regel auf 24 Stunden (8 Stunden Vollarbeit und 16 Stunden Bereitschaftsdienst). Bei der Berechnung der Vergütung werden die Bereitschaftsdienste nicht voll, sondern nur zu einem geringeren Prozentsatz als Arbeitszeit gewertet (90, 75 oder 60 Prozent). Diese Einstufung der Arbeitsbelastung nimmt der Arbeitgeber vor. In den meisten Fällen entspricht die tatsächliche Arbeitsbelastung nicht der Bewertung des Arbeitgebers, sondern ist weitaus höher. So werden die Bereitschaftsdienste von den Kliniken zunehmend als Ersatz für Vollarbeit missbraucht, um einerseits Kosten zu sparen und andererseits vorhandene Kapazitäten möglichst komplett auszulasten. Leidtragende sind die Ärzte, die auf unterbesetzten Stationen arbeiten und häufig mehr Bereitschaftsdienste leisten, als das Arbeitszeitgesetz erlaubt. Daher mussten Bereitschaftsdienste besser vergütet werden.

Die Bezahlung der Ärzte muss der steigenden Arbeitsbelastung entsprechen, die vor allem durch höhere Fallzahlen und geringere Verweildauern von Patienten gekennzeichnet ist. In immer kürzerer Zeit müssen immer mehr Patienten versorgt werden.

Ärztmangel

Ohne eine Anpassung der Ärztegehälter an die Marktlage werden die kommunalen Kliniken den Ärztemangel nicht bewältigen können. Schon jetzt sind Tausenden von Arztstellen unbesetzt. Die Ruhestandswelle in den nächsten zehn Jahren wird das Problem weiter verschärfen. Der Ärztemangel führt zu Überlastung,

Unzufriedenheit und damit auch zu erhöhter Wechselbereitschaft der verbliebenen Ärztinnen und Ärzte, weil diese die Unterbesetzung kompensieren müssen. Jede unbesetzte Arztstelle mindert die Leistung in den Kliniken und führt zu sinkenden Erlösen. Dies hat unweigerlich auch Auswirkungen auf die übrigen Berufsgruppen. Die Forderung nach attraktiven Arbeitsbedingungen für Ärzte ist deshalb nicht selbstsüchtig, sondern vernünftig, weil sie den Arbeitsplatz Krankenhaus sichern hilft. Es geht schließlich

auch um die notwendige Nachbesetzung von über 10.000 Stellen in den kommenden fünf Jahren. Wer die Ärzte mit systematischer Unterbezahlung aus den Häusern treibt, der riskiert das Ausbluten der Häuser und eine Verschlechterung der Patientenversorgung.

Armin Ehl,
Hauptgeschäftsführer des Marburger Bundes e. V.

Red.: ge



bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Wahlaufufruf für den Landesverband Baden-Württemberg

Termingerecht findet vom **13.09.2010** bis **04.10.2010** die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Beisitzer, des Schatzmeisters sowie der zusätzlichen Delegierten und Ersatzdelegierten statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum **04.10.2010** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Dr. med. Klaus Rodens, Langenau
Landesverbandsvorsitzender

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

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

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

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

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

Verantw. Redakteure für „Forum“, „Magazin“ und „Berufsfragen“: Regine Hauch, Salierstr. 9, 40545 Düsseldorf, Tel. (0211) 5560838, E-Mail: regine.hauch@arcor.de; Dr. Wolfgang Gemp, 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 13.600
lt. IVW I/2010

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft
Kommunikationsforschung im
Gesundheitswesen



LA-MED

Redaktionsausschuss: Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Hannover, Prof. Dr. Frank Riedel, Hamburg, Dr. Wolfgang Gemp, 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. 43 vom 1. Oktober 2009

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

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

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



bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Wahlaufruf für den Landesverband Sachsen-Anhalt

Termingerecht findet vom **09.08.2010** bis **30.08.2010** die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Beisitzer, des Schatzmeisters sowie der zusätzlichen Delegierten und Ersatzdelegierten statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum **30.08.2010** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Dr. med. Wolfgang Lässig, Halle
Landesverbandsvorsitzender

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

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

Die Themen im Einzelnen:

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

trag, Arbeitsverträge, Kooperationsverträge)

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

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

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

Stephan Eßer
Hauptgeschäftsführer des BVKJ

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

Ich plane die Niederlassung

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

**An BVKJ
per Telefax (02 21) 68 32 04**

Name

Anschrift

Datum, Unterschrift

(Tel. u. Fax)

Kölner Erklärung zur Entwicklungsgefährdung von Kindern und Jugendlichen durch Alkohol, Drogen sowie Medienkonsum

Anlässlich der Frühjahrstagung der AG-Pädiatrie der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) im Konvent der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DGKJ) vom 12.–14.3. in Köln wurden die Auswirkungen von Alkohol, Drogen und Medienkonsum auf den Lebensrhythmus von Kindern und Jugendlichen diskutiert.

Anhand wissenschaftlicher Daten konnte festgestellt werden, dass **Alkohol und Drogen zu einer nachhaltigen Gefährdung grundlegender körperlicher und psychosozialer Parameter wie erholsamer Schlaf, hinreichende Tagesvigilanz, emotionale Stabilität und angemessenes Sozialverhalten führen.** Die derzeitige extreme Zunahme des Alkoholkonsums bei Kindern und Jugendlichen unterstreicht den Stellenwert der Problematik.

Bezogen auf den Medienkonsum sind die Dauer der täglichen Mediennutzung, die Art der Medien und die Inhalte der Medien zu berücksichtigen. **Extensiver Medienkonsum führt zu Schlafstörungen und daraus resultierenden Konzentrations- und Lernstörungen.** Damit einhergehend werden neben der Tagesmüdigkeit auch Hyperaktivität und emotionale Störungen beschrieben. **Besonders ausgeprägt sind die Störungen bei der Beschäftigung mit Videospiele mit hohem Aggressivitäts- und Brutalitätspotenzial.** Dadurch können hirnorganische Funktionsabläufe in einem Ausmaß beeinträchtigt werden, das die Lern- und Gedächtnisprozesse für bildungsrelevante Lerninhalte einschränkt. Hinzu kommt die Gefahr eines emotionalen Kompetenzverlustes mit dem Risiko erhöhter Gewaltbereitschaft. Das Problem vieler betroffener Kinder liegt in der fehlenden psychischen Reifeentwicklung. Viele Eltern gera-

ten auf Grund gesellschaftlicher Überforderungen in Beziehungsstörungen zum Kind und bieten nicht mehr ausreichend Halt und Orientierung für die Kinder.

Negative Auswirkungen von Alkohol, Drogen und Medienkonsum in einer für Kinder und Jugendliche prägenden Lebensphase können zu erheblichen Entwicklungsbeeinträchtigungen führen mit im Erwachsenenalter weiter bestehender Problematik.

Die gesellschaftliche Relevanz der beschriebenen Problematik mit einer zunehmenden Anzahl betroffener Kinder und Familien erfordert dringlich ein zielgerichtetes Handeln:

- die umfassende intensivierete Beratung junger Familien über die Risiken von Alkohol, Drogen und Medienkonsum für Kinder und Jugendliche
- die intensivierete Einbeziehung der Thematik in die Aus- und Weiterbildung für Erzieherinnen/Erzieher sowie Lehrerinnen und Lehrer
- die Schaffung beziehungsorientierter Spiel- und Lernangebote in Kindertagesstätten, Kindergärten und Grundschulen
- das Angebot entwicklungsfördernder Aktivitäten für Kinder und Jugendliche, wie kreative Beschäftigungsmöglichkeiten und vielfältige sportliche Aktivitäten

PD Dr. Stefan Cohrs, Berlin

Dr. Markus Dworak, Boston

Prof. Dr. Michael Klein, Köln

Prof. Dr. Christian Pfeiffer, Hannover

Dr. Michael Winterhoff, Bonn

Prof. Dr. Jürgen Zully, Regensburg

Dr. Alfred Wiater, Köln – Tagungsleiter

Red.: ge

Curriculum Psychosomatische Grundversorgung des BVKJ



Dr. Uwe Büsching

Welche Lerninhalte für die tägliche pädiatrische Arbeit in Praxis und Klinik von Nutzen sind, sollte nicht nur den Dozenten der psychosomatischen Medizin oder gar der Psychiatrie überlassen sein. Deshalb entwickelten Prof. Dr. med. Ronald Schmid, Altötting, Dr. med. Nikolaus Weissenrieder, München, und Dr. med. Uwe Büsching, Bielefeld, ein eigenes Curriculum Psychosomatische Grundversorgung des BVKJ.

Die Weiterbildungsordnungen der Kinder- und Jugendmedizin belegen, dass Kinder- und Jugendärzte über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten verfügen müssen, die wesentliche Themen der psychosomatischen Grundversorgung beinhalten (Tab. 1). Dies reichte offensichtlich den Autoren des Curriculums der Psychosomatischen Grundversorgung der Bundesärztekammer als Nachweis nicht aus. Nur so wird verständlich, dass ein Kinder- und Jugendarzt für seine Arbeit in der Praxis noch eine zusätzliche Qualifikation braucht, um die entsprechenden Ziffern auch abrechnen zu können.

Diese Anforderungen bestimmen dann letztlich die Inhalte der Kurse des BVKJ, die nicht Bekanntes zusammenfassen, sondern deutlich über das Niveau der klinischen Weiterbildung hinausgehen sollen. Ob dieser Anspruch an die Qualität der Kurse, wie von der BÄK erwartet, von Nicht-Pädiatern, die ebenfalls Kurse anbieten, überhaupt erfüllt werden kann?

Auszug aus der Weiterbildungsordnung zur Kinder- und Jugendmedizin:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in:

- der Beurteilung der körperlichen, sozialen, psychischen und intellektuellen Entwicklung des Kindes und Jugendlichen
- der Erkennung und die koordinierte Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter
- der Gesprächsführung mit Kindern und Jugendlichen und der Gesundheitsberatung einschließlich ihrer Bezugspersonen
- die Durchführung und Beurteilung entwicklungs- und psychodiagnostischer Testverfahren
- die Einleitung therapeutischer Verfahren
- die Behandlung im familiären und weiteren sozialen Umfeld sowie häuslichen Milieu einschließlich der Hausbesuchstätigkeit und sozialpädiatrischer Maßnahmen
- der Erkennung und Behandlung von psychogenen Symptomen, somatopsychischen Reaktionen und psychosozialen Zusammenhängen sowie von akuten und chronischen Schmerzzuständen.

Tab. 1

Was wird geboten?

Ein Charakteristikum der Pädiatrie ist die besondere Art der verbalen und nonverbalen Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen. Diese besondere Form der Kommunikation ist bei psychosomatischen Erkrankungen noch wichtiger. Der primäre Kontakt verläuft auch über die Eltern, die nicht nur Gesprächspartner sind, sondern auch Co-Therapeuten oder Mitbetroffene sein können.

Die psychosomatische Grundversorgung im Kindes- und Jugendalter hat einen hohen präventiven Anteil. Früherkennung von Symptomen der „Neuen Kinderkrankheiten“ ist dem Pädiater ebenso vertraut wie das Wissen um die Notwendigkeit der psychosozialen Begleitung bei chronischen Erkrankungen. Vieles, was in den Kursen vermittelt werden soll, ist den Teilnehmern in unterschiedlichem Maß bekannt. Die vielen Stunden Seminararbeit werden dem Wunsch nach Erfahrungsaustausch hinsichtlich Therapie, Beratungsinhalt und Gesprächsführung entsprechend den Bedürfnissen einer pädiatrischen Praxis eher gerecht, als Gruppen mit Teilnehmern aus verschiedenen Fachbereichen.

Das qualifikationsgebundene Zusatzbudget der EBM-Änderung zum 1. 1. 2009 unterstreicht den Stellenwert der psychosomatischen Grundversorgung. Es hat ein Jahr gedauert bis alle Gremien, insbesondere die Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen, ihre Zustimmung zu dem vorgelegten Curriculum gaben. Besonders die KVen taten sich mit der Zustimmung schwer und haben die Genehmigung dadurch verzögert. Umso mehr wünschen wir, dass der Aufwand durch eine hohe Nachfrage vonseiten der Kolleginnen und Kollegen belohnt wird.

Wann und wo geht es los?

Die ersten Kurse sind in Planung. In Bad Orb wird im Oktober 2010 gestartet. In Bayern, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und Saarland sind die Kurse ange-dacht oder in konkreter Planung. Über die Termine werden wir kontinuierlich im KJA-Kongresskalender informieren.

Die Teilnahme am Kurs mit Nachweis der von der Bundesärztekammer geforderten 20 Stunden Vorträge und 30 Stunden Seminare ist eine Voraussetzung die psychosomatische Ziffern 35100 und 35110 bis zu einem

Gesamtwert von z.Zt. 3,50 € pro Patient pro Quartal abrechnen zu können. Eine weitere Voraussetzung ist die Teilnahme an einer Balintgruppe für 30 Stunden. Diese werden nicht bei jedem Kurs angeboten, da die Fortbildung pro Tag neun Stunden nicht überschreiten darf. Bei der Vermittlung von Balintgruppen sind wir und die Landesverbände oder die Landesärztekammern behilflich.

Welchen Nutzen bringt die Teilnahme Kinder- und Jugendärzten?

- Sie können Bekanntes zu den „Neuen Kinderkrankheiten“ vertiefen
- Sie stärken ihre „pädiatrisch-hausärztlichen“ Fertigkeiten
- Sie lernen, was sie tatsächlich in ihrer pädiatrischen Praxis benötigen.

Diese Mühe lohnt sich, indem sie dann Honorar für Beratungen erhalten, die ihnen ohne diese Qualifikation nicht honoriert würden. Das Honorar kann sich auf mehr als 1000 € pro Jahr summieren.

Dr. Uwe Büsching
Bielefeld

Red.: ge

● Recht aktuell

Keine Rente bei später Ehe

Eine ärztliche Versorgungseinrichtung kann den Anspruch auf Witwen- bzw. Witwerrente davon abhängig machen, dass die Ehe vor der Vollendung des 65. Lebensjahres des Mitgliedes geschlossen worden ist. In einem konkreten Fall war der im Jahr 1939 geborene Kläger als niedergelassener Arzt tätig und bezieht seit 2003 eine Altersrente der Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer. Im Alter von 67 Jahren heiratete er erneut. Nach der Satzung der Versorgungseinrichtung erhält der überlebende Ehegatte eines Mitglieds Witwenrente nur, sofern die Eheschließung vor Vollendung des 65. Lebensjahres erfolgt ist. Zwar ist eine Benachteiligung von Personen wegen ihres Alters grundsätzlich unzulässig – jedoch könnten Rechtsfolgen vom Lebensalter abhängig gemacht werden. Dies nämlich dann, wenn die entsprechenden Regelungen durch legitime Ziele gerechtfertigt seien. Solchen Zwecken dient der Ausschluss sogenannter „nachgeheirateter Witwen“ von der Hinterbliebenenversorgung einer Versorgungseinrichtung. Er bewirkt eine Begrenzung zukünftiger Zahlungsverpflichtungen nach Beginn des Rentenbezuges. Hierbei handelt es sich im Interesse der gesamten Versicherungsgemeinschaft um eine zulässige Einschränkung des Solidarprinzips (OVG Koblenz, Az.: 6 A 10320/10 OVG).

ReH



Der normative Schadensbegriff

Von Klaus Ellbogen, Potsdam

– Referiert aus „arztrecht“*) Heft 10/2009



Prof. Hans-Jürgen
Nentwich

Im Bereich des ärztlichen Abrechnungsbetruges sind zwei Kategorien zu unterscheiden.

Grundsätzlich gilt zunächst: **Rechnet ein Arzt eine Leistung ab, die er überhaupt nicht, nicht vollständig, ohne entsprechende fachliche Qualifikation erbracht hat, oder klassifiziert er seine Leistung falsch, so ist unzweifelhaft eine Strafbarkeit wegen Betruges gegeben.** Dabei gibt es nach sachlicher, zweifelsfreier Feststellung des Deliktes keinen Ermessungsspielraum. Der Schaden besteht in einer Vergütung, welche nicht durch entsprechende Gegenleistung kompensiert wird.

Sehr viel problematischer ist die Beurteilung der Fälle, in denen ein Versicherter von einem Arzt lege artis und medizinisch indiziert behandelt wurde. **Ist die Leistung jedoch aufgrund sozialrechtlicher Bestimmungen nicht abrechnungsfähig, wird zunächst ein Betrugsschaden angenommen.** Denn beim ärztlichen Abrechnungsbetrug findet die strenge formale Betrachtungsweise des Sozialversicherungsrechts Anwendung. Dem Arzt steht dann kein Vergütungsanspruch zu, wenn die Leistung, unabhängig von ihrer tatsächlichen Qualität, nach den gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen nicht ordnungsgemäß erbracht wurde.

Denn die Bestimmungen des Leistungserbringungsrechts über die Erfüllung bestimmter formaler oder inhaltlicher Voraussetzungen der Leistungserbringung könnte ihre Steuerungsfunktion nicht erfüllen, wenn der Vertragsarzt die rechtswidrig bewirkten Leistungen im Ergebnis dennoch vergütet bekäme. Durch die Kopplung der Vergütung an die Erfüllung bestimmter formaler oder

inhaltlicher Voraussetzungen soll also gewährleistet werden, dass sich die Leistungserbringung nach den für die vertragsrechtliche Versorgung geltenden Bestimmungen vollzieht. **Eine Leistung ist demnach insgesamt nicht erstattungsfähig, wenn sie in Teilbereichen nicht den gestellten Anforderungen genügt.** Bei Anwendung dieser streng formalen Sichtweise auf den Betrugstatbestand spielt es dann folglich keine Rolle, ob der Krankenkasse durch die Heilbehandlung des Arztes Aufwendungen in gleicher Höhe erspart geblieben sind, weil diese medizinisch indiziert und lege artis ausgeführt wurde. Begründet wird diese Verfahrensweise, indem die kassenärztliche Versorgung nur solche Leistungen umfasse, die zweckmäßig, notwendig und wirtschaftlich sind. Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, könne der Versicherte nicht beanspruchen, der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt dürfe sie nicht bewirken oder verordnen. **Maßgeblich für die Abrechnung des Kassensarztes sei der vertraglich vereinbarte-standardisierte-einheitliche Bewertungsmaßstab, der den Inhalt der abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen bestimme.**

Es muss jedoch in jedem Einzelfall überprüft werden, warum die Leistung nach Kassensarztrecht nicht abrechnungsfähig ist. Nur so kann geklärt werden, ob die Leistung auch in strafrechtlicher Hinsicht mangelhaft ist. Erweist sich bei dieser Prüfung, dass die sozialversicherungsrechtliche Norm, gegen die verstoßen wurde, dem Schutz des Patienten dient bzw. der Sicherstellung der Qualität der Leistungserbringung, dann wird durch ei-

nen Verstoß gegen diese Norm die Leistung des Arztes mangelhaft. Liegt hingegen nur eine Ordnungsvorschrift vor, so ist ein Verstoß hiergegen in strafrechtlicher Hinsicht neutral und führt nicht zu einer Verletzung der Vermögensinteressen.

Um dies zu verdeutlichen, werden entsprechende Beispiele genannt.

Der erste vom Autor dargestellte Fall bezieht sich auf eine Situation, in der **ein Kassenarzt Injektionen, Infusionen und Blutentnahmen von seinem Praxispersonal aufgrund einer generellen Anweisung durchführen lässt. Abrechnungsfähig wären diese Leistungen aber nur, wenn er die erforderlichen Anweisungen in jedem Einzelfall gegeben hätte.** Für die Bewertung dieses Vorgangs muss geklärt werden, ob die Vorschrift, die der Abrechenbarkeit entgegen steht, eine Ordnungsvorschrift ist oder die Qualität der Leistungserbringung sicherstellen, insbesondere also Risiken für den Patienten ausschalten soll. Das heißt, es ist zu prüfen, welchem Zweck das Erfordernis der Einzelanweisung diene. Sollte dieses nur sicherstellen, dass keine Untersuchungen durchgeführt werden, welche für die Krankenkassen unnötige Mehrkosten verursachen, so handelt es sich um einen Grund, welcher keinen Leistungsbezug aufweist. Eine Strafbarkeit scheidet dann folglich aus. Soweit die Einzelanweisung bzw. die Regelung, gegen die verstoßen wurde, generell den Patienten vor unnötigen Risiken bzw. gesundheitlichen Gefahren schützen sollte, macht ein Verstoß gegen dieses Erfordernis die Leistung allerdings mangelhaft, und ein Schaden ist im Rahmen des Betruges grundsätzlich gegeben.

Im zweiten gegebenen Beispiel geht es um die Situation in einer Gemeinschaftspraxis, in der **ein Arzt nur Angestellter und nicht, wie erforderlich, selbstständiger Arzt ist**. Das Abrechnungserfordernis, wonach der Leistungserbringer ein „freier“ Arzt sein muss, weist keinen Leistungsbezug auf. Es betrifft nicht die Art, den Inhalt oder die Qualität der vertragsärztlichen Leistung, sondern hat eine reine Lenkungsfunktion. Da das Sozialversicherungsrecht die Leistung des mit Genehmigung tätigen angestellten Arztes ansonsten der Leistung eines freien Arztes gleichgestellt ist, ist die Abhängigkeit des Arztes kein Schadenselement. Eine Strafbarkeit scheidet daher aus.

Im dritten Beispiel stellt der Autor eine Situation dar, in der der **Arzt notwendige Medikamente verordnet, ohne dass ein Überweisungsschein vorliegt, oder statt des ermächtigten Krankenhausarztes das Rezept ein anderer Arzt der Krankenhausabteilung unterschreibt**. Die Erfordernis der Überprüfung

der Kassenzugehörigkeit des Patienten hat die Ordnungsfunktion sicherzustellen, dass die Kassen nur mit Kosten belastet werden, die sie tatsächlich zu übernehmen haben. Steht jedoch fest, dass der Verstoß gegen diese Ordnungsvorschrift keinen Schaden verursacht hat, darf dies im Rahmen des Vermögensdeliktet Betrug zu keinem anderen Ergebnis führen.

Ähnlich gelagert sind die Fälle, in denen **statt des ermächtigten Arztes ein anderer Arzt der Krankenhausabteilung das Rezept unterschreibt**. Wenn der ermächtigte Arzt sich zuvor persönlich vom Krankheitszustand des Patienten überzeugt hat oder wenn ihm der Zustand aus der laufenden Behandlung bekannt ist, fehlt es wiederum an einem Schaden der Krankenkasse. Der formale Mangel, dass der ermächtigte Arzt nicht selbst das Rezept unterschrieben hat, weist dann also wiederum keinen vermögensrechtlichen Bezug auf.

Zusammenfassend wird festgestellt, dass abgerechnete Leistun-

gen, welche nicht erbracht wurden oder dafür die erforderliche Qualifikation nicht vorliegt bzw. falsch klassifiziert sind, den Tatbestand eines Betruges nach sich ziehen.

Lege artis erbrachte und medizinisch indizierte Leistungen unterliegen trotzdem sozial- und leistungsrechtlichen Bestimmungen. Dienen diese Bestimmungen dem Schutz des Patienten bzw. der Sicherstellung der Qualität der Leistungserbringung, dann wird durch einen Verstoß gegen diese Norm die Leistung des Arztes mangelhaft.

Liegt hingegen nur eine Ordnungsvorschrift vor, so ist ein Verstoß hiergegen in strafrechtlicher Hinsicht neutral und führt nicht zu einer Verletzung der Vermögensinteressen.

* Mit freundlicher Genehmigung des Verlags für „arztrecht“

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

Red.: ge

Reprint der 1. Auflage von 1918

Atlas der Hygiene des Säuglings und Kleinkindes

von L. Langstein und F. Rott

„So übergeben wir diesen Atlas der Öffentlichkeit mit dem herzlichen Wunsche, er möge seinen Teil dazu beitragen, den Frauen und Mädchen, überhaupt allen, die sich beruflich oder nicht beruflich mit dem Wohlergehen des Kindes beschäftigen, Kenntnisse zu geben über die zweckmäßigste Art der Kinderaufzucht, über die Notwendigkeit der Vermeidung von Fehlern, über die Grundlagen des Säuglingsschutzes (...)“



Atlas der Hygiene des Säuglings und Kleinkindes

von
L. Langstein und F. Rott

Nachdruck der 1. Auflage

erschienen in Berlin 1918
bei Julius Springer

Verlag Schmidt-Römhild · Lübeck
1989

€ 25,-

Mappe mit 100
Schautafeln und Beiheft
mit den ursprünglichen
Vorworten, Verzeichnis
der Tafeln und dem
1912 erschienenen
Bericht „Von meinen
Fürsorgebesuchen“
von Schwester Gertrud
Röhrssen, Format DIN A4

**SCHMIDT
RÖMHILD**

DEUTSCHLANDS
ÄLTESTES VERLAGS-
UND DRUCKHAUS
SEIT 1579

So können Sie bestellen:

per Tel.: 0451-70 31 267, per Fax: 0451-70 31 281,
per e-mail an: vertrieb@schmidt-roemhild.com oder über
unseren Online-Shop auf: www.schmidt-roemhild.de



© Atlas der Hygiene des Säuglings und Kleinkindes von L. Langstein und F. Rott, Springer, Berlin 1918, Nachdruck Verlag Schmidt-Römhild, Lübeck, 1989

Ärztliche Stillempfehlungen in Deutschland im 20. Jahrhundert

– „Natürlich“ mit dem Segen der Wissenschaft, Teil 1

Angelehnt an die Empfehlungen der WHO hält die Nationale Stillkommission in Deutschland eine Säuglingsernährung in den ersten sechs Lebensmonaten ausschließlich durch Stillen für wünschenswert. Tatsächlich ist das gegenwärtige Stillverhalten nicht so, wie es in den Augen der Stillbefürworter sein könnte: „Stillen – es dürfte etwas länger sein!“ vermeldet die Nationale Stillkommission. Die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS) zeigten zwar einen Anstieg der Stillhäufigkeit im Zeitraum 1986–2005 mit einer durchschnittlichen Stilldauer von insgesamt 6,9 Monaten; die Dauer des vollen Stillens betrug allerdings durchschnittlich nur 4,6 Monate, und lediglich 22,4 Prozent aller Kinder wurden sechs Monate lang voll gestillt. Die Ergebnisse, so die aktuelle Forschung, unterstreichen die Notwendigkeit einer weiteren nachhaltigen Stillförderung. Damit werden alte Traditionslinien aufgenommen.

Die Ursprünge der modernen, medizinisch begründeten Stillbewegungen liegen um die Wende zum 20. Jahrhundert und sind eng verknüpft mit dem Aufstieg der Pädiatrie. Während die hohe Säuglingssterblichkeit traditionell als unvermeidbares Schicksal oder, mit dem Aufkommen eugenischen Gedankenguts, sogar als natürliche Auslese im Sinne einer sozialdarwinistischen Interpretation gesehen wurde, lösten sinkende Geburtenraten gegen Ende des 19. Jahrhunderts Be-

fürchtungen aus, dass die Zukunft der Nation in wirtschaftlicher und militärischer Hinsicht nicht mehr gewährleistet sei. In der Tat erlebten im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts mehr als 20 Prozent eines Geburtsjahrganges nicht den ersten Geburtstag. Damit erlangte das Thema im Rahmen des bevölkerungswissenschaftlichen Diskurses gesellschaftliche Bedeutung und die Ärzte sicherten sich diesbezüglich öffentliche Aufmerksamkeit und wissenschaftliche Autorität - nicht zuletzt indem sie



Prof. Dr. Jörg Vögele

Thorsten Halling

Luisa Rittershaus



Abb. 1

© Atlas der Hygiene des Säuglings und Kleinkindes von L. Langstein und F. Rott, Springer, Berlin 1918, Nachdruck Verlag Schmidt-Römhild, Lübeck, 1989

z.T. auch aggressiv nationale Töne anschlugen. So gelang es, die Pädiatrie um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert als eigenes Fach in der universitären Medizin zu etablieren. Es wurden Lehrstühle eingerichtet, Zeitschriften begründet, Reihen aufgelegt und Lehr- und Handbücher publiziert. Eine Fülle von Publikationen erschien, die das Thema Säuglingssterblichkeit und Säuglingsfürsorge im sozialpolitischen, demographischen, nationalökonomischen und medizinischen Kontext behandelten.

Als Schlüsselvariable für das Überleben bzw. das gesunde Heranwachsen des Säuglings wurde die Ernährungsweise identifiziert, konkret ging es um Fragen, ob bzw. wie lange die Mütter ihre Säuglinge stillten, wann der Übergang zu künstlicher Ernährung erfolgte bzw. was sie in welcher Menge, Zubereitung und Darreichungsform zufütterten. Entsprechend entwickelte sich die Ernährung des Säuglings zum Herzstück der Sozialpädiatrie und der von ihr lancierten Säuglingsfürsorgebewegung im frühen 20. Jahrhundert. Nach einer kurzzeitigen Euphorie für die sogenannte künstliche Ernährung im Zuge der aufkommenden Bakteriologie während der 1880er Jahre, wurde bald das Stillen als adäquate Säuglingsernährung propagiert und gegen die Nahrungsmittelindustrie argumentiert, die ihrerseits versuchte, mit aufwendigen Werbefeldzügen Milchersatzprodukte auf den Markt zu bringen.

Während des Kaiserreiches und der Weimarer Republik wurde die Säuglingsfürsorge in Deutschland zunehmend institutionalisiert und professionalisiert. Wie in anderen westeuropäischen Ländern setzte auch in Deutschland zu Beginn des 20. Jahrhunderts eine Grün-

dungswelle von Säuglingsfürsorgestellen ein. Als Musteranstalten galten dabei der 1907 gegründete Verein für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf und das „Kaiserin Auguste Victoria Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche“ in Berlin.

Nach reichsweiten Schätzungen zu Beginn des 20. Jahrhunderts war die Sterblichkeit der „Flaschenkinder“ bis zu siebenmal höher als diejenige der „Brustkinder“. Selbst unter ungünstigsten wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen starben weniger „Brustkinder“ als in guten wirtschaftlichen Verhältnissen aufwachsende künstlich ernährte Säuglinge. Alarmierend war in diesem Zusammenhang, dass die Stillquoten im internationalen Vergleich niedrig lagen und im Kaiserreich rückläufig waren. Ziel der (Sozial-)Pädiater war neben einem allgemeinen hygienischen Umgang mit dem Säugling deshalb vor allem, die Stillquoten zu heben. „Der Säugling gehört an die Brust der Mutter“ (Schlossmann 1912). Dabei wurden durchweg feste Stillzeiten mit fünf bis sechs Mahlzeiten und einer Nachtpause propagiert. Dahinter stand eine physiologische Begründung, der Magen des Säuglings dürfe erst wieder mit einer neuen Mahlzeit gefüllt werden, wenn er nach drei bis vier Stunden vollkommen entleert sei. Gleichzeitig barg die strikte Regel sowohl ein hygienisches als auch ein pädagogisches Anliegen. Die Reduzierung der Zahl und der Dauer der Kontakte zwischen Mutter und Kind galt wegen potentieller Infektionsrisiken aus hygienischen Gründen als ratsam. Vor allem aber erachtete man die Trennung auch aus erzieherischen Gründen für sinnvoll, obschon die Bedeutung des Stillens im Zusammenhang mit psychosozialen Aspekten der Mutter-Kind-Beziehung durchaus Beachtung fand. Grundanliegen war es, den Müttern einen entwicklungsfördernden und gesunderhaltenden Umgang mit ihrem Säugling oder Kleinkind zu vermitteln.

Dazu wurden Lehrmaterialien und Aufklärungsbroschüren entwickelt, in denen die wissenschaftlichen Erkenntnisse der Kinderheilkunde popularisiert werden sollten. Als Schlüssel der Fürsorge galt die Massenbelehrung. Die vornehmlich in den größeren Städten entstehenden Säuglingsfürsorgestellen zielten angesichts sinkender Stillquoten darauf ab, junge Mütter durch Aufklärungskampagnen und Geldprämien zum Stillen zu bewegen. Sie konzipierten Wanderausstellungen, Filme und lokale Informationsblätter. Essentielles Medium im Rahmen der Stillbewegung war gedrucktes Unterrichtsmaterial für Lehrkurse sowie Säuglingsfibeln. Während die Zahl der Ratgeber zur Säuglingspflege heutzutage Legion ist, lassen sich in der historischen Rückschau anhand ihrer Verbreitung und Auflagenzahl einige Best- und Longseller festmachen.

Ärztliche Stillempfehlungen: Kaiserreich und Weimar – Der Atlas für Säuglingsfürsorge

Mit der Erkenntnis, dass Mütterkurse zum großen Teil nur vom gebildeten Mittelstand besucht wurden, begann die Entwicklung von Konzepten der visuellen Belehrung, mit denen man auch die unteren Schichten zu erreichen hoffte. So richtete man im Kaiserin Auguste

Victoria Haus ein Museum für Säuglingskunde ein, in dem das gesamte Gebiet der Säuglingshygiene systematisch dargestellt werden sollte. Um eine größere Breitenwirkung zu erzielen, wurden die wichtigsten Exponate auf Wanderausstellungen in die preußischen Provinzen, nach Anhalt, Baden, Braunschweig, Mecklenburg-Schwerin, Oldenburg sowie nach Österreich und in die Türkei gegeben. Angeregt durch den großen Erfolg und mit finanzieller Unterstützung des Vaterländischen Frauen-Vereins und des preußischen Ministeriums der geistlichen, Medizinal- und Unterrichtsangelegenheiten konnten Leo Langstein und Fritz Rott ihren berühmten „Atlas der Hygiene des Säuglings und des Kleinkindes“ veröffentlichen. Er erschien in drei Auflagen: 1918 sowie leicht überarbeitet und aktualisiert 1922 und 1926. Adressaten, so formulierten die Autoren im Vorwort, sollten Volksschülerinnen, werdende Mütter, Hebammen und Kinderpflegerinnen sein. Anhand von 100 Tafeln sollte „das Wesentliche der Säuglings- und Kleinkinderhygiene“ zu Anschauungszwecken dargestellt werden. Behandelt wurden die Bereiche Statistik, Körperbau und Entwicklung, Pflege, Ernährung, Krankheitsverhütung und Fürsorge, nicht aber die Krankheitslehre, um die Frauen nicht „in Gegensatz zu ihrem Arzt zu bringen.“

Die Nachfrage nach dem Atlas war groß: Die erste Auflage war nahezu allein durch die Subskribenten 1920 vergriffen, sodass 1922 eine zweite Auflage von 1.500 Exemplaren folgte und auch die dritte Auflage bereits 1929 vergriffen war. Allein 400 Atlanten konnten auf Grund von Fördermitteln zu vergünstigten Konditionen an Krankenhäuser, Ärzte, Schulen, Fürsorgestellen und andere Institutionen abgegeben werden. Rezensionen belegen eine intensive und kritische Auseinandersetzung mit dem Atlas als „eine auf diesem Gebiete noch nie vorhandene Möglichkeit der Belehrung“. So hebt eine Wanderlehrerin zunächst die positiven Merkmale des Atlases hervor, um dann die fehlende Authentizität der Zeichnungen zu bemängeln, die über Fotografien hätte erreicht werden können. Aber auch diese finden nicht immer ihre Zustimmung. So kritisiert sie, wie zur Propagierung der natürlichen Ernährung eine stillende Mutter in einem inszenierten Interieur gezeigt wird (Abb. 1). Es müsse auf eine „einfache, zweckmäßige und schöne Ausgestaltung des Heimes“ hingewirkt werden, „Nippes [ist] jedenfalls für die Säuglingspflege entbehrlich“. Ob dieser Punkt noch von anderen Seiten angemerkt wurde, ist nicht bekannt. Allerdings wurde aber gerade diese Tafel für die dritte Auflage durch eine Holzkohlezeichnung von Albrecht Dürer „Maria mit Kind“ ersetzt (Abb. 2).

Trotz des großen Erfolgs kritisierten einige Rezensenten, dass man dem Vorgang des Stillens im Gegensatz zur künstlichen Ernährung viel zu wenig Raum widmete. Wenn hier jedoch, so wie bei anderen zeitgenössischen Autoren, das Stillen als die natürliche Ernährung der Säuglinge galt, schien eine Problematisierung nicht notwendig. Mutterschaft, Geburt und Stillen wurden als Natürlichkeit konstruiert und bewusst in Opposition zu industriell gefertigten Muttermilchsurrogaten gesetzt.



Abb. 2:
Albrecht
Dürer, Maria
das Kind
nährend,
1512

Stillprobleme oder Stillschwierigkeiten brauchten dementsprechend überhaupt nicht angesprochen werden. Visuell portraitierte man die stillende Mutter häufig im Freien, in Harmonie mit der Natur, obwohl die psychosoziale Komponente der Mutter-Kind-Beziehung keine Erwähnung fand. Überhaupt ist auffällig, dass die Rolle der Mutter kaum thematisiert wurde, obwohl in der wissenschaftlichen Diskussion zumindest einige Autoren auf die gesundheitlichen Vorteile, die das Stillen auch für die Mutter bringt, verwiesen. Auch das Thema Ammen oder Stillfrauen fand kaum Niederschlag. Ebenso ausgespart wurden in den populären Darstellungen Fälle, in denen das Stillen als medizinisch nicht angezeigt galt, wie etwa bei „offener“ Tuberkulose, oder umstritten war, wie etwa bei Syphilis oder „geschlossener“ Tuberkulose. Die Ausnahmefälle lassen klare rassehygienische Tendenzen erkennen und sehen erkrankte Frauen nicht als Mütter: „Insbesondere Frauen, die an leicht vererblichen Krankheiten, wie z.B. Geistesstörungen, Lungenschwindsucht usw. leiden oder Trinkerinnen sind, dürfen nicht stillen. Solche Frauen sollten aber [...] überhaupt keine Kinder bekommen“ (Ebert-Stockinger 1918).

Prof. Dr. Jörg Vögele
Thorsten Halling
Luisa Rittershaus
Institut für Geschichte der Medizin
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Postfach 10 10 07, 40001 Düsseldorf
Tel.: 0211/81 13940, Fax: 0211/81 13949
Email: InstGeschMed@uni-duesseldorf.de

Red.: ReH

Den zweiten
Teil des Bei-
trages fin-
den Sie in
der nächsten
Ausgabe.

Fortbildungstermine des BVKJ

August 2010

28. August 2010

Jahrestagung des LV Sachsen

des bvkj e.V., Dresden

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

September 2010

3.–4. September 2010

13. Seminartagung des LV Hessen

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

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

11.–12. September 2010

Pädiatrie zum Anfassen

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

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

11.–12. September 2010

Praxisabgabe-Seminar des BVKJ e.V.

in Friedewald (bei Bad Hersfeld)

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

25.–26. September 2010

Praxiseinführungs-Seminar des BVKJ e.V.

in Friedewald (bei Bad Hersfeld)

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

Oktober 2010

9.–13. Oktober 2010

38. Herbst-Seminar-Kongress

des bvkj e.V., Bad Orb

Funktionelle Störungen

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

November 2010

12.–13. November 2010

4. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., Berlin

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

20.–21. November 2010

8. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Bayern, Bamberg

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

Termine 2011

März 2011

11.–13. März 2011

17. Kongress für Jugendmedizin

des bvkj 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 (bvkj.kongress@uminfo.de) ②

18.–19. März 2011

Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Mecklenburg-Vorpommern, Rostock

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

24.–27. März 2011 (voraussichtlich)

8. Assistentenkongress

des bvkj e.V., voraussichtlich in Dresden

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

April 2011

1.–2. April 2011

Pädiatertreff 2011

des bvkj e.V., LV Nordrhein, Köln

und **3. Kongress PRAXISfieber-regio für medizinische Fachangestellte in Kinder- und Jugendarztpraxen**

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

29.–30. April 2011

9. Pädiatrie à la carte des LV Westfalen-Lippe

des bvkj e.V., Bielefeld

Auskunft: N.N. ⑤

Mai 2011

14. Mai 2011

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

des bvkj 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

21. Mai 2011

gemeinsame Veranstaltung LV Nordrhein mit den Hebammen

Dortmund

Auskunft: Antonio Pizzulli, Köln ⑤

Juni 2011

17.–19. Juni 2011

41. Kinder- und Jugendärztetag 2011

41. Jahrestagung des bvkj e.V., Berlin

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

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

Präsident Dr. Wolfram Hartmann ist 65

„*Ich kann auch lachen.*“ In einer überzeugenden Rede bewarb sich Wolfram Hartmann auch mit diesem Satz um das Präsidentenamt im BVKJ. Heute darf man fragen, ob ihm noch immer danach zumute ist, denn die Herausforderungen an ihn sind seither von Jahr zu Jahr gewachsen.

Zunächst gab es bei seiner beruflichen und Verbandskarriere weder Hürden noch Stolpersteine. Abitur 1965, nach dem Wehrdienst ab 1967 Medizinstudium, Weiterbildung in der DRK-Kinderklinik Siegen, als Facharzt 1979 in großer Praxis mit umfangreichem Leistungsspektrum in Kreuztal niedergelassen.

1978 wurde er Obmann im BVKJ, entwickelte sich zum Honorarspezialisten und glänzte seit 1987 mit bundesweiten Vorträgen über kinderärztliche Abrechnung. Sein phänomenales Gedächtnis, die Flexibilität bei der Anpassung an rasch wechselnde Gebührenordnungen, das Verhandlungsgeschick gegenüber der KBV und seine didaktische Begabung wirkten sich segensreich für die gesamte Fachgruppe aus und hoben sie vom Schlusslicht in der Einkommensskala in deutlich höhere Regionen. Sein Talent kam insbesondere nach der Wende den abrechnungstechnisch unerfahrenen Kollegen in Ostdeutschland zugute, denen er gemeinsam mit dem Kollegen Blatt half, sich in diesem Dschungel zurecht zu finden.

Ab 1991 hielt er als Mitglied des BVKJ-Vorstandes und Vorsitzender des Honorarausschusses seinen Präsidenten den Rücken frei von zeitraubenden und verschleißenden Honorarproblemen. Sie konnten sich daher unbelastet von dieser Materie dem breiten Spektrum der übrigen Verbands- und Gesundheitspolitik widmen.

Im Jahr 2003 übernahm er als Präsident die volle Verantwortung für das Schicksal unseres Verbandes und setzte die Politik seines Vorgängers nahtlos fort. Er baute die



Zusammenarbeit mit den pädiatrischen Nachbargesellschaften in der Akademie und das Zusammenspiel mit anderen medizinischen Fachverbänden, der ärztlichen Selbstverwaltung und die Öffentlichkeitsarbeit aus. Neue Aufgaben, Zumutungen und komplizierte Vertragsverhandlungen takteten nun seine Termine immer enger. Manche seiner Verhandlungspartner haben durchaus keinen Sinn für sanfte Kammermusik sondern bevorzugten Heavy Metal. Das stresst gewaltig.

Aber diese zermürbenden Belastungen werden durch Erfolge aufgewogen. Sein eigener Bekanntheitsgrad und die Wertschätzung auch des Verbandes steigen. Gelungen ist die Verankerung von pädiatrischen EBM-Leistungen, besonders der Subspezialitäten, ebenso wie die Sicherung der pädiatrischen Qualifikationen durch Verträge des BVKJ mit verschiedenen Kassen nach dem Sozialgesetzbuch V. Für das Ansehen bei der Politik spricht seine Berufung als einziger Pädiater in die Sachver-

ständigenkommission beim Familienministerium zur Erstellung des 13. Kinder- und Jugendberichts.

Auf all das darf Wolfram Hartmann stolz und sich unseres Dankes gewiss sein. Ihm – aber auch uns – wünschen wir viele weitere Erfolge. Dafür sind Beharrlichkeit, robuste Gesundheit und Schaffensfreude wichtigste Voraussetzungen. Weil er gelegentlich darüber klagt, nicht mehr „Herr seiner Termine“ zu sein, mögen ihm darüber hinaus schöpferische Pausen für Freude und Zuwendung in der Familie vergönnt sein. Auch seine Enkel sind nämlich glücklich, wenn Opa lachen kann.

Herzlichen Glückwunsch zum Erreichen der „Altersgrenze“ und weiterhin frohes Schaffen!

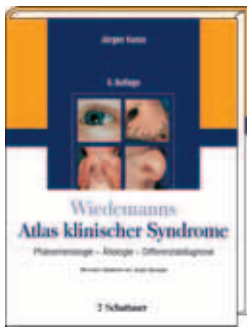
Klaus Gritz
Zollstr. 22
21354 Bleckede

Red.: ge

Buchtipps

Wiedemanns Atlas Klinischer Syndrome Phänomenologie-Ätiologie- Differenzialdiagnose

Hrsg. Jürgen Kunze, 6. überarbeitete und erweiterte Auflage, Schattauer Verlag 2010, 1.134 S., 3.665 Abb., 269,- €, ISBN-978-3-7945-2657-4.



Wiedemanns Atlas klinischer Syndrome von Professor Jürgen Kunze nun in der 6. Auflage erhältlich.

Der neue Syndromatlas von Professor Jürgen Kunze ist da. Er widmet den Atlas seinem Lehrer Herrn Professor Hans-Rudolf Wiedemann, ehem. Ordinarius für Kinderheilkunde der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, einem der bedeutendsten Mitbegründer der deutschsprachigen Syndromatologie, nach dem einige Syndrome, wie z.B. das Wiedemann-Beckwith-Syndrom und das Wiedemann-Rautenstrauch-Syndrom, benannt sind.

Wie in dem nach Wiedemann zitierten Vorwort der 1. Auflage aus dem Jahr 1976 soll auch der aktuelle Syndromatlas verschiedenen medizinischen Fachrichtungen als wertvolles Hilfsmittel in der differenzialdiagnostischen Betrachtung von Erkrankungen mit morphologischen Auffälligkeiten dienen; dazu gehören „Augenärzte wie Röntgenologen, Dermatologen wie Psychiater, Humangenetiker wie Otiater, Internisten wie Orthopäden und Kinderärzte wie Neurologen.“

Dem Geleitwort von Professor Jürgen Spranger ist zu entnehmen: „Der Hauptteil des Atlas beschreibt und illustriert Wesensmerkmale von über 390 nach Ätiologie oder Leitsymptomen gegliederten Syndromen. Altersabhängigen Änderungen des Phänotyps werden durch Bilder aus verschiedenen Lebensabschnitten Rechnung getragen. Röntgenbilder tragen zur Diagnostik bei.“

Das Kapitel „Kleine Fehlbildungen und Anomalien“, das didaktisch sinnvoll, der Darstellung der eigentlichen Syndrome vorangestellt ist, wurde in der aktuellen Auflage ergänzt und mit vorwiegend farbigen Abbildungen sehr anschaulich illustriert.

Nach Auskunft des Autors wurden 42 Syndrome neu in den Atlas aufgenommen. Er erreicht nunmehr die beachtliche Zahl von 1134 Seiten und wird damit zum umfangreichsten deutschsprachigen Syndromatlas. Von Seiten des Verlages wurde in der vorliegenden 6. Auflage erheblicher Wert auf farbige Abbildungen gelegt, so dass viele „Schwarz-Weiss“-Abbildungen der 5. Auflage nun farbig dargestellt sind, wobei die meisten Syndrome mit zusätzlichen Patienten-Fotos ergänzt werden. Das erhöht den Wiedererkennungswert, insbesondere von Syndromen mit dermatologischen Auffälligkeiten, beträchtlich.

Auch erfolgte eine inhaltliche Überarbeitung der bereits in der 5. Auflage beschriebenen Syndrome entsprechend des aktuellen klinischen und genetischen Wissenstandes. Das aktuelle Werk stellt neben der Symptomatik auch umfassend den ätiologischen, pathogenetischen und genetischen Hintergrund der einzelnen Syndrome und Krankheitsgruppen dar. So weit bekannt, wurden alle Krankheitsbilder mit den bis heute bekannten Genloci und Genen überarbeitet und ergänzt. Somit dürfte der Atlas auch für den Molekulargenetiker interessant sein, der auf dem Gebiet der Diagnostik genetisch bedingten Erkrankungen und Syndromen tätig ist.

Das Sachverzeichnis wurde wesentlich überarbeitet, ergänzt und zum Nachschlagen erleichtert. Im Anhang der Neuauflage, die vom Autor den Kinderärzten dieser Welt gewidmet wurde, ist ein Kapitel angehängt, das die Pädiater namentlich zitiert, die die „Syndromwelt“ primär geschaffen haben (Entdecker und Erstpublikation von Fehlbildungs-Syndromen).

Zusammenfassend kann dieses Werk jedem klinisch tätigen Arzt empfohlen werden, in dessen Fachgebiet morphologische Auffälligkeiten in die Differenzialdiagnose eingehen. Die aktuelle 6. Auflage erreicht eine bisher nie da gewesene Vielfalt und Qualität in der Darstellung der Syndromalen Krankheitsbilder, einerseits in der fotografischen Qualität und andererseits auch in der inhaltlichen Aufarbeitung von der klinischen Symptomatik ausgehend bis

hin zur Ätiopathogenese, dem klinischen Verlauf einschließlich Prognose, den Differenzialdiagnosen und der Therapie. Es stellt deshalb auch in der Welt der modernen Medien ein in vielen Bereichen der Medizin und Humangenetik unverzichtbares Nachschlagewerk dar.

Prof. Dr. J. Seidel
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
SRH Wald-Klinikum Gera
Straße des Friedens 122
07548 Gera
E-mail: joerg.seidel@wkg.srh.de

Red.: Christen

Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen

Kindesmisshandlung: Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen



Verlag Springer, Berlin; 2. Auflage, vollst. aktualisierte u. erw. Aufl. (März 2010), 349 S., ISBN 978-3642102059, € 59,95

Bereits zwei Jahre nach Erscheinen der ersten Auflage von „Kindesmisshandlung“ in 2008 ist nun die zweite Auflage des Buches erschienen. Schon die kurze Zeitspanne, in der die erste Auflage vergriffen war, macht deutlich, dass es den Autoren gelungen ist, eine Lücke im deutschsprachigen Fachbuchmarkt zu schließen. Ganz offensichtlich wurden zwar mit der Herausgabe des Buches offene Türen eingerannt; die Nachfrage aber konnte quantitativ nicht befriedigt werden. Aus fachlicher Sicht wäre eine Aktualisierung nicht unbedingt notwendig gewe-

sen; daher muss ich zunächst Teile der Laudatio für die erste Auflage wiederholen (Siehe Kinder- und Jugendarzt (2009, Heft 7, S. 481).

Die ganz besondere Stärke des Buches ist, dass sich die vier Autoren paritätisch aus den Fachdisziplinen Pädiatrie und Rechtsmedizin zusammensetzen. Eine derart fruchtbare Synthese beider Fächer zum Wohle des misshandelten Kindes ist in der verfügbaren Literatur zu dem Thema wohl einzigartig und sollte den praktisch tätigen kinderärztlichen und rechtsmedizinischen Kollegen bei der interdisziplinären Bearbeitung von konkreten Fällen ein Vorbild sein. Dabei gelingt den Autoren aufgrund einer klugen redaktionellen Gesamtstrategie ein Werk aus einem Guss. Hier gibt es keine Wiederholungen oder – schlimmer – Widersprüche zwischen zusammenhängend aneinander gereihten Kapiteln, wie es leider nicht selten bei vergleichbaren Büchern zu beobachten ist.

Was also ist neu in Auflage 2? Zunächst einmal hat sich die Erscheinungsform zu einem robusten Hardcoverbuch gewandelt. Inhaltlich wurden im Vergleich zur ersten Auflage zahlreiche Leitlinien auf den neusten Stand gebracht. Auch die zitierte Literatur wurde einem Update unterzogen und um systematische Reviews ergänzt. Auch finden sich neue Tabellen wie z. B. eine Übersicht über die MRT-basierte Datierung intrakranieller Blutungen. Am ehesten aktualisiert werden musste das Kapitel „Gesetzlicher Opferschutz“ – nicht etwa, weil es in der ersten Auflage nicht gut recherchiert gewesen wäre, sondern, weil sich erfreulicherweise die gesellschaftliche, rechtliche und politische Wahrnehmung des Phänomens Kindesmisshandlung in einer vermehrten Dynamik bei der Gesetzgebung niederschlägt. Schließlich fällt im direkten Vergleich der Auflagen auch auf, dass das Kapitel „Intervention und Prophylaxe“ in Teilen umgearbeitet wurde und nun noch präziser und verständlicher abgefasst ist.

Das Buch gehört unbedingt zur Grundausstattung jedes Kinder- und Jugendarztes und jedes Rechtsmediziners. Auch andere Berufsgruppen, die mit misshandelten Kindern zu tun haben, wie z. B. Juristen oder Sozialpädagogen, können von dem

Buch nicht zuletzt aufgrund seiner gut lesbaren und allgemeinverständlichen Abfassung stark profitieren. Persönlich empfehle ich das Buch allen Medizinstudenten, denn Kindesmisshandlung geht jeden Arzt etwas an.

Priv.-Doz. Dr. med. Jan P. Spherhake
Oberarzt
Institut für Rechtsmedizin
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf
Butenfeld 34, 22529 Hamburg
Email: spherhake@uke.de
T: 040 7410 5 5625

Red.: ge

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.



BETHLEHEM GESUNDHEITZENTRUM STOLBERG gGmbH Akademisches Lehrkrankenhaus der RWTH Aachen

Wir sind ein leistungsfähiges, modern ausgestattetes Krankenhaus, in unmittelbarer Nähe zu den Universitätsstädten Aachen, Maastricht und Lüttich gelegen; dort wo Europa gelebt wird.

In 7 Hauptfachabteilungen (Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Anästhesie und Intensivmedizin sowie Radiologie) bieten wir unseren Patienten ein abgestimmtes und differenziertes Leistungsspektrum an. Wir versorgen dort ca. 14.000 stationäre und 35.000 ambulante Fälle jährlich.

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/einen

Oberärztin/-arzt

für die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Die Abteilung verfügt über 42 Betten inklusive einer Intensivpflegeeinheit mit 12 Betten. Im stationären Bereich werden ca. 2.500 pädiatrische Patienten pro Jahr behandelt, darüber hinaus ca. 10.000 Patienten ambulant. Schwerpunkte liegen in der Neonatologie, der Kinder-Endokrinologie und Diabetologie (DMP Diabetes mellitus Typ 1), Neuropädiatrie und Allergologie. Zur Kinderklinik gehört darüber hinaus ein leistungsstarkes SPZ.

Für die o. g. Position suchen wir eine Ärztin oder einen Arzt für Kinder- und Jugendmedizin. Für die Beteiligung an Hintergrunddiensten sind neonatologische Kenntnisse notwendig.

Hauptaufgabengebiet ist die oberärztliche Betreuung der allgemeinen Kinderstation. Zusätzlich soll die ambulante Betreuung von Kindern und Jugendlichen zum Beispiel im Bereich der Gastroenterologie ausgebaut werden.

Wir wünschen uns eine teamfähige Persönlichkeit, die engagiert unsere Zielsetzung einer Patienten zugewandten leistungsfähigen Kinder- und Jugendmedizin mitgestaltet.

Sie erhalten eine den Anforderungen und Aufgaben angemessene Vergütung. Auch Teilzeitarbeit ist nach Vereinbarung möglich.

Für weitere Informationen steht Ihnen gerne der Chefarzt, Herr Priv.-Doz. Dr. med. Heiner Kentrup, unter der Telefonnummer 02402/107-8117 zur Verfügung.

Unser Krankenhaus können Sie im Internet näher kennenlernen unter: www.bethlehem.de

Ihre Bewerbung (gerne auch per E-Mail) richten Sie bitte an:

Bethlehem Gesundheitszentrum Stolberg gGmbH
Personalabteilung, z. H. RA Helmut Drummen
Steinfeldstr.5, 52222 Stolberg
E-Mail: drummen@bethlehem.de

● Tagungen

Juli 2010

22.–27. Juli 2010, Landshut
 Spezialseminar: Echokardiografie und Dopplersonografie in der Neonatologie und Pädiatrischen Intensivmedizin
 Info: herterich@st-marien-la.de

September 2010ä

16.–19. September 2010, Potsdam-Babelsberg
 106. Jahrestagung Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)
 Info: www.dgkj2010.de

24.–25. September 2010, Heidelberg
 3rd Heidelberg Deformity-Day
 Info: www.deformity-day.de

Oktober 2010ä

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

November 2010ä

6. November 2010, Frankfurt am Main
 Interdisziplinäres Symposium „Das frühgeborene Kind“
 Info: www.comed-kongresse.de

13.–14. November 2010, Wangen/Allgäu
 Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer Block 1
 Info: Dr. med. T. Spindler, Tel. 07522/7971211 oder www.aabw.de

Dezember 2010

4.–5. Dezember 2010, Wangen/Allgäu
 Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer Block 2
 Info: Dr. med. T. Spindler, Tel. 07522/7971211 oder www.aabw.de

Februar 2011ä

25.–26. Februar 2011, Freiburg
 Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer Block 1
 Info: Prof. Dr. med. J. Forster, Tel. 0761/27112801 oder www.aabw.de

April 2011ä

1.–2. April 2011, Freiburg
 Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer Block 2
 Info: Prof. Dr. med. J. Forster, Tel. 0761/27112801 oder www.aabw.de

Juli 2011ä

9.–10. Juli 2011, Wangen/Allgäu
 Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer Block 1
 Info: Dr. med. T. Spindler, Tel. 07522/7971211 oder www.aabw.de

23.–24. Juli 2011, Wangen/Allgäu
 Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer Block 2
 Info: Dr. med. T. Spindler, Tel. 07522/7971211 oder www.aabw.de

● Pädindexä

Praxiseinrichtungenä

● Praxistafelä

Suche f. meine **gut eingeführte Kinderarztpraxis** (i.ä. Kleinstadt b. Passau, KV-Sitz, Einzelpraxis i. Ärztehaus)ä **Kollegen/in für kurzzeitige Praxisgemeinschaft** mitä anschl. Praxisübernahme.ä
 Tel. 0175-3567019ä

Suche **FÄ/FA zur Mitarbeit in pädiatr. Praxis** in München, angestellt, Honorarbasis oder Koop. GP möglich.
 Tel. 0173-4254046 ab 20 Uhr

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

Wir gratulieren zum Geburtstag im August 2010

65. Geburtstag

Herrn Dr. med. Rudolf *Kappes*, Kempten, am 02.08.
 Herrn Dr. med. Hermann *Rossius*, Neumünster, am 02.08.
 Frau Dr. med. Heidrun *Hoffmann*, Cottbus, am 03.08.
 Frau Dr. med. Ute *Hackemesser*, Mainz, am 06.08.
 Frau Dr. med. Gisela *Schneider*, Freigericht, am 06.08.
 Frau Dr. med. Brigitte *Zillessen*, Bad Neuenahr-Ahrweiler, am 06.08.
 Frau Dr. med. Gabriele *Hafften*, Schwerin, am 08.08.
 Frau Dr. med. Ursula *Hörnschemeyer*, Krefeld, am 10.08.
 Frau Christiane *Wandt*, Sondershausen, am 11.08.
 Herrn Dr. med. Klaus *Strasser*, Villingen-Schwenningen, am 13.08.
 Frau Dr. med. Agnes *Hofmann*, Jena, am 14.08.
 Frau Dr. med. Renate *Münchbach*, Speyer, am 17.08.
 Herrn Dr. med. Friedrich *Boos*, Bonn, am 20.08.
 Frau Dr. med. Marianne *Breter*, Stackeden-Elsheim, am 21.08.
 Herrn Dr. med. Björn *Kumlien*, München, am 22.08.
 Herrn Dr. med. Ingwer *Jürgensen*, Bremen, am 26.08.
 Herrn Dr. med. Hans-Jochen *Teuber*, Duisburg, am 27.08.
 Herrn Georg Christian *Weymann*, Hildesheim, am 27.08.
 Herrn Hans-Joachim *Bänsch*, Nossen, am 31.08.

70. Geburtstag

Frau Dr. med. Angelika *Händel*, Berlin, am 01.08.
 Frau Dr. med. Karin *Meyer*, Meiningen, am 01.08.
 Herrn Dr. med. Burkhard *Will*, Rudolstadt, am 01.08.
 Frau Dr. med. Inge *Liebhold*, Bernkastel-Kues, am 02.08.
 Herrn Dr. med. Karl H. R. *Soer*, Unna, am 02.08.
 Herrn Dr. med. Karl *Zeller*, Ludwigshafen, am 02.08.
 Herrn Dr. med. Eugen *Pinkawa*, Aachen, am 07.08.

Frau Dr. med. Gudrun *Seidel*, Freital, am 07.08.
 Herrn Prof. Dr. med. Hans-Peter *Weber*, Bonn, am 07.08.
 Herrn Dr. med. Jörg *Radicke*, Detmold, am 08.08.
 Herrn Dr. med. Jürgen *Beese*, Wernigerode, am 10.08.
 Frau Dr. med. Barbara *Braune*, Rotenburg, am 10.08.
 Frau Dr. med. Solveig *Jürges*, Hamburg, am 10.08.
 Frau Dr. med. Gisela *Avrambos*, Unna, am 11.08.
 Frau Dr. med. Renate *Bley*, Leipzig, am 11.08.
 Herrn Wolf *Doering*, Lübeck, am 14.08.
 Herrn Dr. med. Wolfgang *Münch*, Tharandt, am 22.08.
 Herrn Dr. med. Dirk *Brands*, Heidelberg, am 23.08.
 Herrn Prof. Dr. med. Nikolaus *Stahnke*, Hamburg, am 25.08.
 Herrn Dr. med. Hans-Walter *Zillhardt*, Stuttgart, am 25.08.
 Herrn Dr. med. Manfred *Kräck*, Remscheid, am 28.08.
 Frau SR Friderun *Paasch*, Fröndenberg, am 28.08.
 Herrn Dr. med. Jürgen *Viethen*, Bischofswiesen, am 28.08.
 Frau Monika *Heidemann*, Erkelenz, am 29.08.
 Herrn Dr. med. Johann G. *Schulz-Baldes*, Freiburg, am 31.08.

75. Geburtstag

Frau Dr. med. Marianne *Koy*, Warstein, am 01.08.
 Frau Dr. med. Edith *Kurek*, Dinslaken, am 07.08.
 Herrn Dr. med. Franz Josef *Lang*, Groß-Umstadt, am 19.08.
 Frau Dr. med. Anne *Gettmann*, Saarbrücken, am 31.08.
 Frau Dr. med. Heidi *von Leszczynski*, Frankfurt/Main, am 31.08.

80. Geburtstag

Herrn Dr. med. Hans Georg *Esche*, Pinneberg, am 24.08.

81. Geburtstag

Herrn Dr. med. Harald *Zoepffel*, Würzburg, am 05.08.
 Herrn Dr. med. Oskar *Uskert*, Köln, am 06.08.
 Frau Dr. med. Maria *Boulanger*, Bonn, am 15.08.

82. Geburtstag

Frau Dr. med. Dorothea *Pfalzgraf*, Kempten, am 02.08.
 Herrn Ltd.Med.Dir.a.D. Dr. Hans Wolfgang *Schmidt*, Zorneding, am 13.08.
 Herrn Dr. med. Otto Heinrich *Klöß*, Frankfurt, am 17.08.

83. Geburtstag

Herrn Dr. med. Ahmad *Nikpour*, Essen, am 18.08.
 Frau Dr. med. Angela *Cordier*, Aachen, am 22.08.
 Herrn Dr. med. Meinolf *Bartscher*, Schwalbach, am 27.08.

84. Geburtstag

Herrn Dr. med. Raul *Salup*, Wiesbaden, am 04.08.
 Frau Dr. med. Dorothee *Doldinger*, Freiburg, am 27.08.
 Herrn Dr. med. Harald *Stein*, Ludwigshafen, am 31.08.

86. Geburtstag

Herrn Dr. med. Hans Josef *Krug*, Essen, am 11.08.
 Herrn Dr. med. Fritz *Karsten*, Berlin, am 12.08.
 Frau Dr. med. Inge *Tropf*, Tiefenthal, am 28.08.

87. Geburtstag

Frau Dr. med. Renate *Scheier*, Wermelskirchen, am 01.08.
 Herrn OMR Dr. med. Günter *Preusche*, Sankt Augustin, am 23.08.
 Frau Dr. med. Lieselotte *Schuster*, Bünde, am 29.08.

88. Geburtstag

Frau Dr. med. Christel *Beggerow*, Hamburg, am 02.08.
 Frau Dr. med. Ursula *Josten*, Aurich, am 03.08.
 Herrn Dr. med. Werner *Gladel*, Saarlouis, am 07.08.
 Frau Dr. med. Gisela *Biermann*, Köln, am 08.08.
 Frau Dr. med. Gotlinde *Mailänder*, Birkenfeld, am 28.08.

89. Geburtstag

Frau Dr. med. Irmgard *Trösch*, Tauberbischofsheim, am 06.08.
 Frau Dr. med. Liselotte *Reichenbach*, Rosenheim, am 07.08.
 Frau Dr. med. Gerda *Bitterolf*, München, am 10.08.
 Frau Dr. med. Ruth *Kirchesch*, Mannheim, am 14.08.

90. Geburtstag

Herrn Dr. med. Armin *Unterberg*, Moers, am 02.08.

Herrn Med.Dir.Dr. med. Horst *Chomse*, Soest, am 03.08.

Herrn Dr. med. Rudolf *Würkert*, Schramberg, am 04.08.

Herrn Dr. med. Fridhard *Sander*, Merzig, am 10.08.

Frau Dr. med. Hildegard *Schmidt*, Wiesbaden, am 12.08.

Herrn Dr. med. Heinrich *Barthelmes*, Speyer, am 20.08.

Herrn Dr. med. Hubert *Schulte*, Essen, am 31.08.

91. Geburtstag

Herrn Dr. med. Heinz *Kohler*, Ermatingen, am 13.08.

Herrn Dr. med. Herbert *Herpertz*, Köln, am 28.08.

95. Geburtstag

Herrn Dr. med. Friedrich *Koester*, Dortmund, am 07.08.

96. Geburtstag

Herrn Dr. med. Hans-Hermann *Dorsch*, Duisburg, am 25.08.

97. Geburtstag

Frau Dr. med. Maria *Schumacher*, Mülheim a.d. Ruhr, am 14.08.

Frau Dr. med. Lotte *Baertz*, Münster, am 15.08.

Herrn Dr. med. Tibor *Adler*, Neuss, am 23.08.

98. Geburtstag

Herrn Dr. med. Gerhard *Pampel*, Waiblingen, am 01.08.

Wir trauern um:

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

Herrn Dr. med. Wolfgang *Toeller*, Wietze

Herrn Dr. med. Heinz *Walther*, Alfeld

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

Frau Katharina *Obst*

Landesverband Bayern

Frau Dr. med. Nina *Haschke*

Frau Dr. med. Jeannette *Renner*

Frau Ida Szantho *von Radnoth*

Frau Olga *Hofmann*

Frau Christine *Morasch*

Herrn Johannes *Schiffer*

Frau Dr. med. Katharina *Lindhorst*

Frau Dima *Anani*

Frau Marcelline *Huppmann*

Frau Elena *Sharypova*

Frau Simone *Gröber*

Frau Cornelia *Pohle*

Frau Dr. med. Melanie *Adelhardt*

Frau Dr. med. Ingrid *Kääb*

Frau Eva-Maria *Ramisch*

Landesverband Berlin

Frau Dr. med. Pia *Feldmann*

Frau Susann *Rode*

Herrn Prof. Dr. med. Uwe *Querfeld*

Herrn Dipl.-Med. Abdallah *Karajoli*

Landesverband Brandenburg

Herrn Karsten *Kördel*

Frau Dr. med. Christiana *Schauer-Petrowskaja*

Landesverband Hamburg

Frau Eva *Krüger*

Landesverband Niedersachsen

Frau Dr. med. Heike *Steffeck*

Frau Dr. med. Susanne *Steffeck*

Herrn Dr.med. Markus *Kastner*

Landesverband Nordrhein

Frau Dr. med. Elena *Boehm*

Frau Birgit *Bröker*

Frau Annette *Hagedorn*

Frau Dr. med. Maria *Krümpel-Mees*

Landesverband Rheinland-Pfalz

Frau Ina *Larres*

Herrn Dr. med. Thomas *Koffler*

Landesverband Sachsen

Frau Dr. med. Heike *Neumann*

Frau Dr. med. Raluca *Muresan*

Herrn Michael *Teschner*

Frau Janine *Marks*

Landesverband Schleswig-Holstein

Frau Dr. med. Joke *Schubach*

Landesverband Westfalen-Lippe

Frau Mandira *Reuther*

Frau Britta-Christian *Robl*

Frau Maria *Lepidou*

Frau Annekatrin *Markwart*

GlaxoSmithKline und wellcome ziehen positives Zwischenfazit nach zwei Jahren Familienhilfe-Kooperation

- 10.000 frisch gebackene Mütter im Jahr 2009 unterstützt
- wellcome-Initiative wächst stetig
- Auch Kinderärzte können gestressten Müttern Unterstützung durch Ehrenamtliche vermitteln

Für unbürokratische schnelle Hilfe steht die gemeinnützige Organisation wellcome die seit 2008 von GSK unterstützt wird. Nach zwei, der auf drei Jahre ausgelegten Kooperation, wird nun eine positive Zwischenbilanz gezogen: „Wir sind sehr dankbar für die Unterstützung von GSK. wellcome hat sich nicht zuletzt auch aufgrund solcher Partnerschaften in den vergangenen Jahren hervorragend entwickelt“, so wellcome-Gründerin Rose Volz-Schmidt. Während der dreijährigen Kooperation stellt GlaxoSmithKline jährlich 30.000 Euro zur Verfügung und übernahm darüber hinaus die Patenschaft für eines der neuen wellcome-Teams in München. Seit dem Jahr 2008 hat sich die Anzahl der wellcome-Teams beinahe verdoppelt. Mittlerweile ist wellcome in 13 von 16 Bundesländern vertreten. Die Gründung des 150. wellcome-Teams ist Anfang September in Frankfurt geplant.

wellcome – Eine moderne Form der Nachbarschaftshilfe

Chaos nach einer Geburt? Wie ein guter Engel kommt in diesen Fällen die ehrenamtliche wellcome-Mitarbeiterin ins Haus. Das Ziel von wellcome ist es, zu verhindern, dass sich aus kleinen Krisen durch Überforderung später Vernachlässigung oder gar Gewalt entwickelt. GSK fördert mit der Unterstützung von wellcome die praktische und unbürokratische Hilfe

für Familien, die sich subjektiv nach der Geburt eines Kindes überfordert fühlen. Die Hilfe erfolgt durch ehrenamtliche Mitarbeiter/innen, die bei der Betreuung des Babys, beim Spielen mit den Geschwistern oder bei kleinen Hausarbeiten zur Hand gehen. Die Hilfe kann für mehrere Monate, etwa zweimal pro Woche für zwei bis drei Stunden, in Anspruch genommen werden. „wellcome leistet einen Beitrag zu einer Gesellschaft in der Kinder willkommen sind. Dazu gehört auch, Verantwortung zu übernehmen und dort zu helfen, wo keine Hilfe ist“, so Volz-Schmidt.

Broschüren zur Abgabe an gestresste Mütter

wellcome-Broschüren können auch von Kinderärzten an gestresste Mütter abgegeben werden. Die Broschüren können beim GSK-Außendienst oder beim MED INFO & SERVICE CENTER von GlaxoSmithKline angefordert werden, gebührenfrei unter Tel.: 0800 - 1 22 33 55, per Fax: 0800 - 1 22 33 66 oder per E-Mail: service.info@gsk.com. Die Broschüre bietet Informationen zur Unterstützung von Frauen direkt nach einer Geburt durch die Vermittlung von Ehrenamtlichen. Weitere Informationen gibt es unter www.wellcome-online.de.

GlaxoSmithKline – eines der weltweit führenden forschungsorientierten Arzneimittel- und Healthcare-Unternehmen –



wellcome-Broschüre für gestresste Mütter direkt nach einer Geburt

engagiert sich für die Verbesserung der Lebensqualität, um Menschen ein aktiveres, längeres und gesünderes Leben zu ermöglichen.

Nach Informationen von GlaxoSmithKline GmbH, München

Kleinkindernährung: Hohe Proteinzufuhr als Risikofaktor

Aktuell wird der Zusammenhang zwischen einer hohen Proteinzufuhr im Kleinkindalter und einem erhöhten Übergewichtsrisko im Grundschulalter diskutiert. Vor diesem Hintergrund hat das Forschungsinstitut für Kinderernährung (FKE) in einer Sonderauswertung der DONALD-Studie den Einfluss von Milch auf die Proteinzufuhr bei Kleinkindern untersucht. Die Auswertung zeigt, dass der hohe Eiweißgehalt der Kuhmilch zu einer höheren Proteinzufuhr beiträgt. Im Hinblick auf die potenziellen Zusammenhänge zwischen einer hohen Proteinzufuhr im Kleinkindalter und der Entwicklung von späterem Übergewicht, kann eine spezielle Kindermilch einen Beitrag leisten, die Proteinzufuhr im Kleinkindalter zu vermindern.

Hohe Proteinaufnahme begünstigt Übergewicht

Die Zahlen sind besorgniserregend: Nach Ergebnissen des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) des Robert-Koch-Instituts in Berlin sind bereits etwa 9 Prozent der Kinder im Alter von 3 bis 6 Jahren übergewichtig, knapp 3 Prozent zeigen eine Adipositas (1).

Die Entwicklung von Übergewicht kann durch eine erhöhte Proteinaufnahme – unter anderem aus (Kuh-)Milch – in den ersten Lebensjahren begünstigt werden (2). Dieser Zusammenhang wird durch Studienergebnisse gestützt, die zeigen, dass eine erhöhte Proteinzufuhr zu einer verstärkten Sekretion des Insulin-like growth factors (IGF-1), insbesondere nach dem Verzehr von Milchprotein, führt. IGF-1 fördert die Bildung von Fettzellen sowie die Fettspeicherung (3, 4).

Viel Protein aus Kuhmilch

Das Forschungsinstitut für Kinderernährung (FKE) in Dortmund untersucht bereits seit 1985 im Rahmen der Langzeitstudie DONALD (Dortmund Nutritional and Anthropometric Longitudinally Designed Study) das Ernährungsverhalten von Säuglingen und Kleinkindern. Für eine Sonderauswertung im Hinblick auf die Proteinzufuhr aus Milch wurden aktuell Daten aus den Jahren 2005 bis 2008 von 223 Kindern (126 Jungen, 97 Mädchen) im Alter von 9 Monaten bis 3 Jahren ausgewertet. Verglichen wurde die Proteinaufnahme von Kindern, die vorzugsweise (mehr als 90 %) eine Milch mit niedrigem Proteingehalt wie zum Beispiel Formula oder Kindermilch tranken mit der Proteinaufnahme von Kindern, die haupt-

sächlich (mehr als 90 %) Milch- und Milcherzeugnisse, wie Kuhmilch oder Kakaotränke aufnahmen (5).

Die Auswertung der Daten ergab eine altersunabhängig hohe Proteinaufnahme von im Durchschnitt etwa 2,5 Gramm pro Kilogramm Körpergewicht. Dieser Wert entspricht dem 2,5fachen der Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) von 1 Gramm pro Kilogramm Körpergewicht für Kinder zwischen dem 1. und 3. Lebensjahr. Dabei verzehrte die Formula/Kindermilch-Gruppe durchschnittlich 6,3 g weniger Protein am Tag als die Kinder aus der Kuhmilch-Gruppe. Damit haben Kinder, die Kinder-Milch verzehren, eine signifikant niedrigere Proteinaufnahme.

Kinder-Milch mit Zusatznutzen

Diese Ergebnisse zeigen, dass proteinreduzierte Kinder-Milchen, wie sie zum Beispiel von Aptamil angeboten werden, die Gesamtproteinzufuhr reduzieren können. Dies ist im Hinblick auf die Prävention von Übergewicht im späteren Lebensalter empfehlenswert. Gleichzeitig kann durch den altersgerechten Gehalt an wichtigen Nährstoffen in Kinder-Milch, wie Jod, Eisen und Vitamin D, das Risiko von Nährstoffdefiziten reduziert werden. Wie der Ernährungsbericht 2008 zeigt, liegt die Zufuhr dieser Nährstoffe bei Kleinkindern deutlich unter den Empfehlungen (6).

Aptamil Kinder-Milch plus bietet einen weiteren Zusatznutzen: Die patentierte Prebiotika-Mischung von Galacto- und Fructo-Oligosaccharide (GOS/FOS) fördert eine bifidogene, und damit gesunde Darmflora. Dieser Effekt konnte aktuell in einer randomisierten Studie an fast 140

Kindern nachgewiesen werden: Kinder, die über 3 bis 5 Monate eine mit GOS/FOS angereicherte Kinder-Milch erhielten, zeigten im Vergleich zur Kontrollgruppe einen signifikant höheren Prozentsatz an Bifidusbakterien im Stuhl (7).

Literatur:

- (1) Kurth, B.-M., Schaffrath Rosario, A.: Die Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 50 (2007) 736-743
- (2) Günther, A. LB, Remer, T., Kroke, A., Buyken, A. E.: Early protein intake and later obesity risk: which protein sources at which time points throughout infancy and childhood are important for body mass index and body fat percentage at 7 y of age?. *AM J Clin Nutr* 2007; 86: 1765-72
- (3) Hoppe, C., Udam, R.T., Lauritzen, L.: Anima protein intake, serum insulin-like growth factor I, and growth in healthy 2,5-y-old Danish children. *Am J Clin Nutr* 80, 2 (2004) 447-452
- (4) Hoppe, C., Molgaard, C., Juul, A., Michaelsen, K.F.: High intakes of skimmed milk, but not meat, increase serum IGF-I and IGFBP-3 in eight-year-old boys. *Eur J Clin Nutr* 58, 9 (2004) 1211-1216
- (5) Alexy U., Kersting M.: Kindermilch und Kuhmilch – welche Rolle spielen sie in der derzeitigen Kinderernährung? (in Druck)
- (6) Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.): Ernährungsbericht 2008.
- (7) Scholtens, P., Yaron, A., Martin, R., Amor, K.B., Vaisman, N.: Beneficial effects of a growing up milk supplemented with short-chain galacto-oligosaccharides and long-chain fructo-oligosaccharides on the gut microbiota of healthy toddlers. Presentation at NutrEvent Conference, 17-18th of June 2009, Lille, France

Nach Informationen von
Milupa GmbH, Friedrichsdorf

Schließen von Impfücken im Rahmen der J1-Untersuchung

Fast jeder zehnte Jugendliche ist nicht vollständig gegen Masern geimpft¹

Die Erfassung und Kontrolle des Impfstatus ist ein wichtiger Bestandteil der J1-Untersuchung neben einer detaillierten Anamnese und einer körperlichen Untersuchung.

Jugendarzt als Vertrauensperson

Den Kinderärzten, die die Patienten oft schon von Geburt an kennen, kommt hier eine besondere Rolle zu. In der J1 findet ein gewisser Rollenwechsel vom Kinder- zum Jugendarzt statt. Während es früher hauptsächlich um das körperliche Befinden ging, das in der Regel mit den Erziehungsberechtigten besprochen wurde, rückt jetzt der Jugendliche in den Mittelpunkt und der Arzt wird nun zur Vertrauensperson. „Als Jugendarzt hat man eine neue Verantwortung für die ehemals kleinen Patienten. Denn durch die Jugendgesundheitsuntersuchung erhalte ich die Möglichkeit, ein neutraler Ansprechpartner zu werden, der auch außerhalb der Familie mit Rat und Tat zur Seite steht“, so Dr. Sven Holger Braun, niedergelassener Pädiater aus Viersen.

Es ist die Aufgabe des Arztes, im Rahmen der J1 auch aktiv soziale Themen wie Sexualität, Alkoholmissbrauch oder auch Probleme in der Familie anzusprechen.

Impfaufklärung und Beratung

Bei der Abklärung des Impfstatus sollte vor allem darauf geachtet werden, ob z. B. gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis und Polio entsprechend der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) geimpft wurde. Auch bei Masern-Mumps-Röteln oder Varizellen sollten die zwei empfohlenen Impfungen vorhanden sein.² Ist dies nicht der Fall, ist es sinnvoll, die fehlenden Impfungen direkt bei der J1-Untersuchung nachzuholen. Die Impfraten für die genannten Erkrankungen sind bei den Kleinkindern bereits sehr gut, bei den Jugendlichen aber nicht ausreichend. Wie die Schuleingangsuntersuchungen des Robert Koch-Instituts der letzten Jahre gezeigt haben, ist die Impfrate für die 2.



Masern-Impfung deutlich angestiegen.¹ Bei den Schuleingangsuntersuchungen im Jahr 2008 hatten bereits 89 % der Kinder einen vollständigen Masern-Schutz, sie hatten also die beiden empfohlenen Masern-Impfdosen erhalten.¹

Impfungen im Rahmen der J1

Trotzdem fehlt weiterhin bei zirka 12 % der Jugendlichen die zweite MMR-Impfung. Ein gutes Beispiel für die Bedeutung der Kontrolle des Impfstatus bei der J1 sind die Daten der Masernepidemie in Südbayern 2007. In der 41. bis 51. Woche 2007 waren in Südbayern 31 % (29 Erkrankungen) der Masernpatienten 20 Jahre oder älter. Insgesamt kam es bei 24 Patienten zu einer stationären Behandlung. Dabei waren 50 % der Erwachsenenengruppe zuzuordnen.³

Die Daten zeigen anschaulich, wie wichtig es ist, dass die J1-Untersuchung ge-

nutzt wird, um diese Impfücken zu schließen, zumal z. B. die Masernerkrankung mit steigendem Alter der Erkrankten häufiger mit Komplikationen verbunden ist.

Nutzung des Vorsorgeangebots

Die Zahlen über die Nutzung der J1 sind sehr unterschiedlich. Viele Bundesländer beklagen, dass die Untersuchung nur von einem kleinen Teil der Jugendlichen wahrgenommen wird und starten daher Aufklärungskampagnen, um diese Rate zu verbessern. Nach Aussagen der Techniker Krankenkasse nahmen im Jahr 2007 etwa 70 % der dort versicherten Jugendlichen an der Jugendgesundheitsuntersuchung teil.⁴

Referenzen:

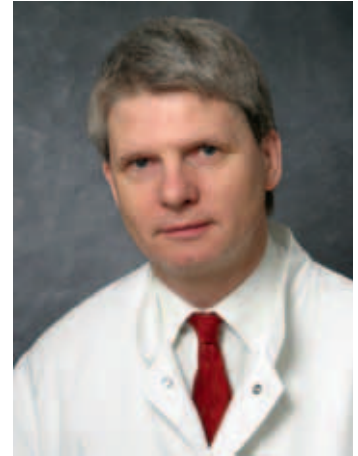
- 1 Robert Koch-Institut. Impfquoten bei den Schuleingangsuntersuchungen in Deutschland 2008. Epidemiologisches Bulletin 2010;16:137-146.
- 2 STIKO. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am RKI. Stand Juli 2009. Epidemiologisches Bulletin 2009;30:279-298.
- 3 Bernhardt H et al. Ongoing Measles Outbreak in Southern Bavaria, Germany. Eurosurveillance 2008;13(1):1-2.
- 4 <http://www.tk-online.de/tk/landesvertretungen/baden-wuerttemberg/pressemitteilungen-2009/157164> (letzte Abfrage: 1. September 2009).



Die Prävention des malignen Melanoms beginnt früh

Effektiver UV-Sonnenschutz ist keine Selbstverständlichkeit

Der richtige Umgang mit der Sonne will gelernt sein. Der Münchener Dermatologe Prof. Dr. Dietrich Abeck erklärt, worauf es bei einem guten Sonnenschutzmittel ankommt und wann man ärztlichen Rat einholen sollte.



? Die Empfehlung eines ausreichenden Sonnenschutzes im Kindesalter scheint noch nicht recht verinnerlicht worden zu sein.

Prof. Abeck: Das ist ein menschliches Phänomen. Man muss die Eltern immer wieder darauf hinweisen, damit es wirklich gemacht wird. Dieses Verantwortungsbewusstsein ist aber auch eine Frage der sozialen Kompetenz, die nicht überall so ausgeprägt ist wie wir uns dies wünschen.

Die Deutsche Krebsgesellschaft weist jedes Frühjahr auf die Bedeutung eines ausreichenden Sonnenschutzes hin. Das Problem dabei ist, die Menschen für ein Ereignis zu sensibilisieren, das eventuell in 25 Jahren auftreten wird. Wesentlich besser wäre es, diesen Präventionsgedanken in Aufklärungsaktionen in Kindergärten und Grundschulen sowie in den Kindervorsorgeuntersuchungen zu verankern.

? Jeder weiß, dass man einen Sonnenbrand vermeiden soll, aber sind auch die Langzeitrisiken bekannt?

Prof. Abeck: Ein Sonnenbrand ist ein singuläres Ereignis. Für die Entwicklung des malignen Melanoms ist aber vor allem die kumulative UV-Exposition der ersten 20 Jahre entscheidend. Der Mensch besitzt ein Lebenszeitkonto, das über sein Risiko entscheidet, wobei Kinder besonders gefährdet sind. So korreliert beispielsweise die Anzahl der Nävi mit der Zahl der Sonnenstunden. In der Praxis bedeutet dies, dass die Eltern neben der zeitlichen Be-

grenzung des Aufenthalts in der Sonne auf einen effektiven Sonnenschutz achten müssen, etwa nach der 4-H-Regel: Hemd, Hose, Hut und für die Stellen, die man damit nicht schützen kann, ein hoher Sonnenschutz.

? Wann sollten die Kinder einem Dermatologen vorgestellt werden?

Prof. Abeck: Es kann sinnvoll sein, das Kind einem Hautarzt vorzustellen, der die Eltern darüber aufklärt, ob das Kind einen risikoarmen Hauttyp hat oder schon viele Nävi besitzt, die regelmäßig überprüft werden sollten.

Akuter Abklärungsbedarf ist gegeben, wenn sich ein Muttermal in einem überschaubaren Zeitraum – etwa drei bis sechs Monate – verändert, also wenn es anfängt zu wachsen, zu bluten oder unregelmäßig wird.

? An die Alltagstauglichkeit von Sonnenschutzmitteln werden gerade im Kindesalter hohe Anforderungen gestellt. Worauf achten Sie als Dermatologe besonders?

Prof. Abeck: Wichtig ist insbesondere die richtige Galenik. Einschlägige Tests in Verbraucherzeitschriften berücksichtigen diesen Aspekt leider nicht. Viele Kinder haben eine empfindliche, oft trockene Haut. Verwendet man hier ein Sonnenschutzmittel nur mit einem reinen physikalischen Sonnenschutz, der die Haut vollkommen abdeckt, beginnt sie, darunter zu

schwitzen und man provoziert eine Dermatitis. Entscheidend ist, wie gut das Sonnenschutzmittel in die Haut einzieht und sich dort verteilt. Und der Anwender sollte darauf achten, ob er es als angenehm empfindet oder das Gefühl hat, die Haut nur zuzuschmieren.

Eine gute Galenik kann man nicht als selbstverständlich voraussetzen. Sonnenschutzmittel sind Hochleistungspräparate, bei denen für die Inkorporation der Lichtschutzfaktoren in die Trägersubstanz ein hoher Aufwand erforderlich ist. Liposomale Formulierungen zeigen hier eine gute Penetration in die obere Hornschicht und gewährleisten damit eine gute Deposition der UV-Filtersubstanzen.

? Als Verbraucher steht man vor einer schier unübersehbaren Auswahl von Sonnenschutzmitteln. Was spricht in dieser Situation für Daylong® Kids?

Prof. Abeck: Daylong® Kids besitzt eine liposomale Galenik und wird von den Kindern gut akzeptiert. Es besitzt darüber hinaus keine Duftstoffe und PEG-Emulgatoren. Ich empfehle es daher auch für Kinder mit empfindlicher Haut wie man sie bei einer Neurodermitis findet.

Der UV-Schutz geht auch nicht verloren, wenn man in der Sonne schwitzt. Nach dem Baden sollte aber der Sonnenschutz erneuert werden.

Mit freundlicher Unterstützung der Spirig Pharma GmbH, Augsburg

Diarrhö: Orale Rehydratation als weltweiter Standard sinnvoll

Akute Diarrhö ist auch heute noch eine der wichtigsten Ursachen kindlicher Mortalität: Vor allem Kinder in den ärmsten Haushalten der Entwicklungs- und Schwellenländer erhalten oftmals nicht die dringend notwendige orale Rehydratationstherapie (ORL)¹. Aber auch in Industrieländern ist die Gabe von ORL kein durchgehender Behandlungsstandard.

Etwa 1,3 Millionen² Kinder unter fünf Jahren sterben jährlich weltweit an den Folgen von Diarrhö. Ein gravierendes Problem: In vielen Schwellen- und Entwicklungsländern ist bisher kein einheitlicher Therapiestandard gegeben. Wie eine Studie des Stockholmer Karolinischen Instituts zeigt, gibt es in diesen Ländern ein erhebliches sozioökonomisches Gefälle. Kinder bis zu fünf Jahren erkrankten in den ärmsten Haushalten des jeweiligen Landes viel häufiger an Diarrhö als in den reichsten. Gleichzeitig erhalten sie deutlich seltener eine orale Rehydratationstherapie. Um Diarrhö-Erkrankungen künftig effektiver zu bekämpfen, plädiert Dr. Birger Forsberg vom Karolinischen Institut dafür, orale Rehydratationslösungen (ORL) in den sozial unterprivilegierten Haushalten besser verfügbar zu machen: Auf lange Sicht würden zwar auch ärmere Kinder einen Zugang zu sauberem Wasser und besseren sanitären Verhältnissen bekommen. Kurzfristig müssten jedoch die Verteilung und Einnahme oraler Rehydratationslösungen erhöht werden.

Orale Rehydratation als Goldstandard

Um der Austrocknung bei akuter Diarrhö entgegenzuwirken, sind ORL das Mittel der Wahl bei leichtem und mittlerem Wasserverlust. Oralpädon® entspricht den Empfehlungen der ESPGHAN (Europäische Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie, Hepatologie und Ernährung) und der WHO (World Health Organization). Seine Gesamtmolarität erfüllt die Kriterien für eine standardisierte ORL; die



Konzentration an Natrium-, Kalium- und Chlorionen sowie Glucose ermöglichen eine optimale Rehydratation. Der Wasserverlust bei Diarrhö lässt sich unter anderem anhand des abnehmenden Körpergewichts diagnostizieren: Je nach Schweregrad des Durchfalls gibt es drei Gruppen: Gewichtsverlust unter drei Prozent (leichte Dehydratation), Gewichtsverlust zwischen drei und acht Prozent (mittelschwere Dehydratation) sowie Gewichtsverlust über neun Prozent (schwere Dehydratation). Der behandelnde Arzt sollte die Therapie mit ORL sofort zu Beginn der Diarrhö einleiten. Erbrechen ist keine Kontraindikation für die Behandlung.

Häufig genutzte Hausmittel sind keine Alternative

Und nicht nur in Entwicklungs- oder Schwellenländern, auch in den Industriestaaten werden Durchfälle nicht immer gemäß den internationalen Empfehlungen behandelt. Eine Befragung der ESPGHAN unter 1768 westeuropäischen Medizinern zeigte 2003, dass sich nur 88 Prozent der Kinderfachärzte und Praktischen Ärzte bei akuter Gastroenteritis an die ORL-Richtlinien der Gesellschaft hielten³. Die anderen Befragten setzten auf eine Rehydratation mit Cola, Salzstangen oder Ähnlichem. Hausmittel wie diese stellen jedoch keine Alternative dar. Die Zusammensetzung an Salz, Glucose und Elektrolyten entspricht nicht den geltenden Therapiestandards. Colagetränke etwa sind hyperosmolar. Sie entziehen dem Körper zusätzlich Wasser. Erhalten die Kinder Tees oder Wasser ohne weitere Elektrolytzufuhr, kann eine Hyponatriämie entstehen.

1 Forsberg B et al.: Socioeconomic Inequalities in the Prevalence and Management of Childhood Diarrhoea. *The Open Infectious Diseases Journal*, 2009, 3: S. 44-49

2 Eigene Berechnung nach WHO und UNICEF: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599573_eng.pdf, 11

3 Hauer AC et al.: Behandlung der akuten Gastroenteritis in Österreich im europaweiten Vergleich. *Monatszeitschrift Kinderheilkunde*, 2003, 5: S. 532-538

Nach Informationen von STADA GmbH, 61118 Bad Vilbel

Grafik-Service Prevenar13®

„Breiteste Serotypenabdeckung“

Prevenar13®, zugelassen für Säuglinge und Kinder im Alter von 6 Wochen bis 5 Jahren, ist der Pneumokokken-Konjugat-Impfstoff mit der derzeit breitesten Serotypenabdeckung. Neben den im 7-valenten Prevenar® enthaltenen Serotypen (4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F und 23F) deckt die neue 13-valente Vakzine sechs zusätzliche Serotypen (1, 3, 5, 6A, 7F und 19A) ab. Dadurch erhöht sich der Impfschutz von bislang 60 bis 80 Prozent auf über 90 Prozent.¹ Als einziger Pneumokokken-Konjugat-Impfstoff enthält Prevenar13® Kapselproteine der Serotypen 3, 6A und 19A. Serotyp 19A tritt mittlerweile häufiger auf, verursacht schwerere Krankheitsverläufe und weist häufig Antibiotikaresistenzen auf.² Die veränderte Serotypen-Epidemiologie der letzten Jahre macht eine Anpassung des Impfschutzes erforderlich. Durch Prevenar13® können noch mehr Säuglinge und Kinder vor invasiven Pneumokokken-Erkrankungen geschützt werden.

Die Kapselproteine der 13 Serotypen in Prevenar13® sind wie bei dem 7-valenten Impfstoff an das nicht-toxische Trägerprotein CRM₁₉₇ konjugiert. Daher ist ein Wechsel von der 7-valenten auf die 13-valente Vakzine zu jedem Zeitpunkt innerhalb einer Impfserie problemlos möglich –



ein Vorteil für das Impfmanagement in der Praxis des Kinderarztes. Sowohl in Bezug auf Immunogenität als auch in puncto Sicherheit und Verträglichkeit ist der 13-valente Pneumokokken-Konjugat-Impfstoff seinem 7-valenten Vorgänger ebenbürtig.^{3,4}

1 2007 version (public document); GSP Summary Report (Stage1; Version1) for SAGE meeting November 6-8, 2007 October 18.

2 NRCS.

3 Grimprel E et al. Safety and Immunogenicity of a 13-valent Pneumococcal Conjugate Vaccine Given with Routine Pediatric Vaccination to Healthy Children in France. Presented at 48th Annual ICAAC/IDSA 46th Annual Meeting, Washington DC, USA, 25-28 October 2008.

4 Kieninger DM et al. Presented at: 48th Annual ICAAC/IDSA 46th Annual.

Nach Informationen von Wyeth Pharma GmbH, Münster

AZYTER® – die innovative topische Antibiotika-Therapie

Eine akute Konjunktivitis bei Kindern erfordert, um schwerwiegende Komplikationen zu vermeiden, eine rasche und wirksame Therapie.

Die systemische Behandlung mit Azithromycin hat sich erfolgreich in der Kinderheilkunde bewährt.

Nun steht mit Azyter® die erste topische Therapie mit diesem modernen Breitband-Antibiotikum zur Verfügung.

Die einzigartige Pharmakokinetik von Azyter® bietet gegenüber älteren Makrolid-Vertretern, wie Erythromycin, dem Arzt und dem Patienten den Vorteil einer lang andauernden Wirkung (7 Tage) bei kurzer, nur 3-tägiger Anwendung:



1 Tropfen, 2mal täglich (morgens und abends) über 3 Tage.

Azyter® wird in genau auf dieses Therapieschema abgestimmten Packungen mit 6 Einzeldosisbehältnissen gebrauchsfertig angeboten. Es ist unkonserviert und daher gut verträglich. In Verbindung mit der kurzen Applikationsdauer fördert das die Compliance der Kinder (und Mütter), erhöht gleichzeitig das Sicherheitsprofil und garantiert den Therapieerfolg.

Azyter® wirkt sicher gegen alle augenrelevanten Keime. Es ist zur Behandlung der bakteriellen Konjunktivitis bei Kindern ab 2 Jahren und zur Chlamydienbehandlung bei Kindern ab einem Jahr zugelassen.

Théa Pharma GmbH · Revierstraße 10
44379 Dortmund · www.theapharma.de

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. med. Wolfram Hartmann

Tel.: 02732/762900

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

Vizepräsident des BVKJ e.V.

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

Tel.: 08671/5091247

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

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Ulrich Fegeler

Tel.: 030/3626041

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

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Roland Ulmer

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

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Hauptgeschäftsführer: Dipl.-Kfm. Stephan Eßer

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

Geschäftsführerin: Christel Schierbaum

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

Mitgliederverwaltung

Leiterin der Verwaltungsabteilung: Doris Schomburg

E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

Kongressabteilung

Kongresse des BVKJ

Leiterin der Kongressabteilung: Christel Schierbaum

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

E-Mail: bvkj.kongress@uminfo.de

www.kongress.bvkj.de

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

BVKJ Service GmbH

Geschäftsführer: Dr. Wolfram Hartmann

Beauftragter: Herr Klaus Lüft

Ansprechpartnerin in Geschäftsstelle:

Frau Ursula Horst

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

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

E-Mail: Uschi.horst@uminfo.de

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Christen

E-Mail: Christen@HKA.de

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Frank Riedel

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

Dr. med. Wolfgang Gempp

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

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Sonstige Links

Kinder- und Jugendarzt

www.kinder-undjugendarzt.de

Kinderärzte im Netz

www.kinderaerzte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Pädiatisches Intranet PädInform

www.kinderumwelt.de/kontakt.htm