

bvkJ.

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

Heft 9/08 · 39. (57.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Die Nr. 1*!

Forum:
Kooperationen mit
Kliniken: Argwohn
angebracht?

Fortbildung:
Entwicklungs-
diagnostik
in der Praxis

Berufsfragen:
Auftrag verfehlt.
Die neue G-BA U7a

Magazin:
Vaterlosigkeit ist modern

Nach 2006
**KINDER-UND
JUGENDARZT**
wieder 2x Platz 1

* Platz 1: 82,1 % Reichweite bei
Niedergelassenen Pädiatern
* Platz 1: Höchste Leser-Blatt-Bindung
(33% über Gesamtdurchschnitt)

Quelle: **I-MED** 2008
Schriftliche Befragung von Facharztgruppen
und Klinikern, Facharzttitel der Pädiater



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT



Foto: fotolia © Philippe Devanne

bvkJ.



Vaterlosigkeit ist modern

Alle Menschen werden Brüder – und wer sind ihre Eltern?

Seite 657

Inhalt 9 | 08

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

Forum

- 595 **Bad Orb steht an – hören und erleben Sie es!**
Wolfram Hartmann
- 596 Vermischtes
- 598 Vermischtes
- 599 **Eine Frage an ...**
Dr. Wolfram Hartmann
- 600 **National Coalition: Deutschland hinkt bei den Kinderrechten immer noch hinterher**
Raimund Schmid
- 603 **Mein Tag**
- 604 **Neuer GKind-Vorstand**
- 606 **Strategien gegen hohe Säuglingssterblichkeit**
- 608 Vermischtes
- 610 **Anmeldung Kliniker-Seminar Altötting**

Fortbildung

- 613 **Entwicklungsdiagnostik vom Säuglingsalter bis zum Schulalter in der Praxis des Kinder- und Jugendarztes**
Ronald G. Schmid
- 623 **Hämangiome (vaskuläre Tumoren) – neue Klassifizierung**
Hansjörg Cremer
- 634 **Consilium Infectiorum: Therapie bei Rezidiven der Pityriasis versicolor**
Peter H. Höger
- 636 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**
- 639 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Anne Ostendorf, Peter H. Höger



Berufsfragen

- 642 **Auftrag verfehlt**
Elke Jäger-Roman, Wolfgang Gempp
- 643 **Die neue U7a „light“**
Martin Terhardt
- 646 **Neue Untersuchungszeiträume und Toleranzgrenzen für Vorsorgeuntersuchungen und sonographisches Hüftscreening**
Roland Ulmer
- 646 **Welche Untersuchungen können neben der U7a als IGeL-Leistungen abgerechnet werden?**
Roland Ulmer
- 647 **Ankündigung 6. Assistentenkongress Nürnberg**
- 650 Vermischtes
- 651 **Die aktuellen Impfeempfehlungen der STIKO**
Ursula Lindlbauer-Eisenach
- 654 **Bericht über eine erfolgreiche Zertifizierung nach proCumCert**
Martin Falke
- 656 **Aus der Sprechstunde**
Gerrit Tigges

Magazin

- 657 **Vaterlosigkeit ist modern**
Dieter Thomä
- 660 Tagungen
- 661 **Die Welt der Kinder im Blick der Maler**
Peter Scharfe
- 661 Praxistafel
- 662 Personalia
- 664 Fortbildungstermine des BVKJ
- 665 **Buchtipps**
- 667 **Nachrichten der Industrie**
- 676 Wichtige Telefonnummern

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegt in voller Auflage eine Leserbefragung zum „Kinder- und Jugendarzt“, eine Beilage der Firma Otobar GmbH, Gießen, der Firma Diagnostik Nord, Schwerin, sowie als Teilbeilage das Programmheft 6. Pädiatrie zum Anfassen, Bamberg, bei.

Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

Entwicklungsdiagnostik vom Säuglingsalter bis zum Schulalter in der Praxis des Kinder- und Jugendarztes

Die Entwicklungsdiagnostik ist ein essentieller Bestandteil pädiatrischer Tätigkeit in Praxis und Klinik. Am häufigsten findet sie Verwendung bei der Nachsorge von Frühgeborenen und Risikopatienten, im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen sowie zur Indikationsstellung und Verlaufskontrolle bei therapeutischen Maßnahmen. Entwicklungsdiagnostik ist entsprechend der unterschiedlichen Fragestellungen in drei Stufen zu sehen. In der Stufe 1 findet ein Entwicklungsscreening mit einem Zeitaufwand von fünf bis zehn Minuten Verwendung. Der Einsatz erfolgt klassischerweise bei Präventionsuntersuchungen und zur Identifikation entwicklungsauffälliger Kinder. In der Stufe 2 findet eine 15- bis 40-minütige Basisdiagnostik Verwendung. Es entsteht ein Entwicklungsprofil, das bei Auffälligkeiten im Screening die Kenntnisse zum Entwicklungsstand erheblich erweitert. Darüber hinaus besteht eine besondere Bedeutung bei der Verordnung von Heilmitteln und in der Nachsorge von Risikokindern. Liegen neben reinen Funktionsdefiziten auch Störungen im psychosozialen Bereich vor oder erhebliche Defizite bei den Ressourcen in und außerhalb der Familie, ist der Einsatz der Stufe 3, einer differenzierten Diagnostik für die Dauer von zwei bis acht Stunden, erforderlich. Stufe 1 ist das klassische Betätigungsfeld in der kinder- und jugendärztlichen Praxis, Stufe 2 sollte in allen Kinder- und Jugendkliniken vorgehalten werden, aber auch in Praxen, die schwerpunktmäßig entwicklungsgestörte Kinder betreuen. Stufe 3 ist dem institutionellen Einsatz vorbehalten. Die derzeitig gängigen für Deutschland normierten Verfahren werden vorgestellt.



Prof. Dr. med.
Ronald G. Schmid

Eine wesentliche Aufgabe des Kinder- und Jugendarztes ist die Durchführung von Präventionsmaßnahmen. Ein Schwerpunkt liegt auf den Impfmaßnahmen und der frühzeitigen Erkennung von Entwicklungsstörungen mit den daraus resultierenden therapeutischen Konsequenzen.

Weiterbildung und Entwicklungsdiagnostik

In den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern ist dieser Aufgabe eine zentrale Bedeutung zugedacht. In der Weiterbildungsordnung der Bayerischen Landesärztekammer vom 24.04.2004 (Bayerisches Ärzteblatt, 2004) wird das Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin definiert:

Das Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin umfasst die Erkennung, Behandlung, Prävention, Rehabilitation und Nachsorge aller körperlichen, neurologischen, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsstörungen und Behinderungen des Säuglings, Kleinkindes, Kindes und Jugendlichen von Beginn bis zum Abschluss seiner somatischen Entwicklung, einschließlich pränataler Erkrankungen, Neonatologie, Sozialpädiatrie und der Schutzimpfungen.

Der Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fähigkeiten wird gefordert für:

- die Beurteilung der körperlichen, sozialen, psychischen und intellektuellen Entwicklung des Kindes und Jugendlichen,

- die Durchführung und Beurteilung entwicklungs- und psychodiagnostischer Testverfahren und Einleitung therapeutischer Verfahren,
- die Indikationsstellung und Überwachung logopädischer, ergotherapeutischer und physiotherapeutischer sowie physikalischer Therapiemaßnahmen.

Die Entwicklungsdiagnostik und Testdiagnostik sowie die Indikationsstellung von Therapiemaßnahmen sind einer zunehmenden wissenschaftlichen Validierung unterworfen. Aus diesem Grund werden unter anderem vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) immer mehr Fortbildungs- und Weiterbildungsmaßnahmen in diesem Fachbereich angeboten.

Entwicklungsdiagnostik im Gesundheitswesen

Die derzeitigen Entwicklungen zeigen die Bedeutung zur Fortbildung in der Entwicklungsdiagnostik auf. Die drei relevantesten Neuerungen seien dargestellt:

1. In der **Richtlinie des Bundesausschusses zur perinatalen Nachsorge (BGA)** von 2005 wurde für Frühgeborene eine standardisierte entwicklungsdiagnostische Nachsorge im Alter von zwei Jahren festgelegt. In der ersten Fassung waren dafür ausschließlich die Bayley Scales of Infant II zugelassen. In der darauf folgenden Diskussion war diese Entscheidung sehr umstritten. Vor allem wegen der fehlenden Normierung für das deutsche Einsatzgebiet wurden in einer modifizierten Fassung des BGA die deutschen Entwicklungsverfahren zugelassen. Damit besteht im klini-

sehen Bereich ein Fortbildungsbedarf bezüglich dieser Untersuchungsmaßnahmen.

2. **In Ergänzung zu den derzeitigen Vorsorgeuntersuchungen U 1 bis U 9 sowie der J 1** wurde vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (2006) (BVKJ) auf einer wesentlich verbesserten wissenschaftlichen Basis ein **Gesundheitscheckheft für Kinder und Jugendliche** vorgestellt. Dieses Checkheft enthält folgende zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen:
U 7a im Alter von drei Jahren
U 10 im Alter von sieben bis acht Jahren
U 11 im Alter von neun bis zehn Jahren
J 2 im Alter von 16 bis 17 Jahren

Jede dieser Vorsorgeuntersuchungen hat einen besonderen Schwerpunkt, so zum Beispiel die U 7 a die Erkennung und Behandlungseinleitung von:

- allergischen Erkrankungen,
- Sozialisations- und Verhaltensstörungen,
- Übergewicht,
- Sprachentwicklungsstörungen,
- Zahn-, Mund- und Kieferanomalien.

Es wurden erstmals Zielpunkte und Schwerpunkte der Primärprävention definiert. Darüber hinaus wurden standardisierte Grenzsteine der Entwicklung festgelegt, die im Sinne eines Screening eine objektive Erfassung des Entwicklungsstandes ermöglichen.

Ein Fragebogen zu Sozial- und Verhaltensproblemen ist Bestandteil der neuen Vorsorgeuntersuchungen. Durch einen Fragebogen mit 23 bis 67 Fragen (entwickelt von G. Esser und M. Lauch, Klinische Psychologie Potsdam) wird die Verhaltensentwicklung des Kindes von den Eltern erfragt. Eine Broschüre erläutert die Auswertung dieses Fragebogens.

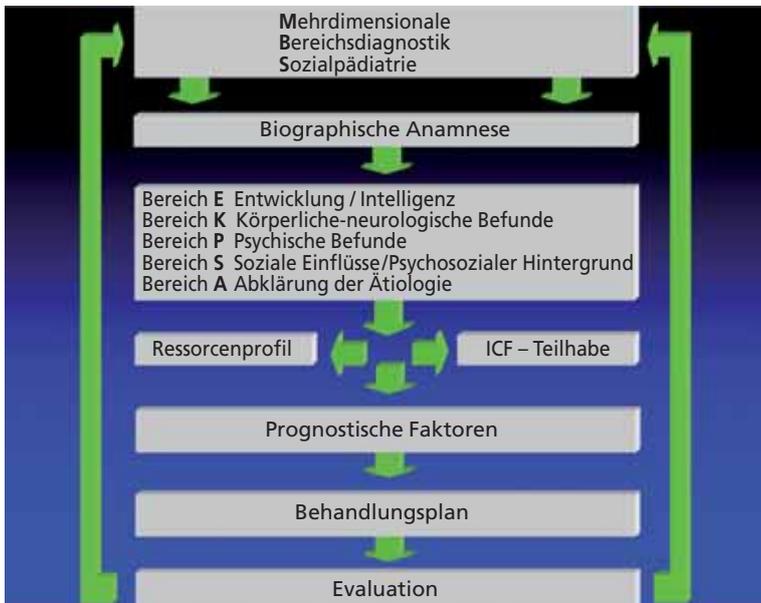


Abb. 1: Die Behandlung in der Sozialpädiatrie nach der Mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik der Sozialpädiatrie (MBS). Sie umfasst die biographische Anamnese, die Untersuchung nach dem EKPSA-Prinzip, die Erfassung des Ressourcenprofils und der ICF sowie die Einbeziehung von prognostischen Faktoren. Daraus wird der Behandlungsplan entwickelt. Der Behandlungsplan ist durch die Evaluation zu überwachen.

3. **Durch die Heilmittelrichtlinien vom 01.07.2004 wurden die Rahmenbedingungen für die Heilmittelverordnung grundlegend geändert** (Kassenärztliche Vereinigung, 2004). Es wurde zum Beispiel festgelegt, dass eine pädagogische Förderung nicht durch Heilmittelmaßnahmen ersetzt werden darf. Die Therapieindikation muss durch Testverfahren abgesichert sein. Die Ergebnisse dieser diagnostischen Verfahren müssen dokumentiert sein. Der Therapieverlauf und der Therapieerfolg müssen gemessen werden. Es muss eine Re-Testung im Therapieverlauf erfolgen, um über die Indikation der Heilmittelverordnung eine Aussage machen zu können.

Alle drei genannten Punkte erfordern ein umfassendes und aktualisiertes Wissen des Kinder- und Jugendarztes in Klinik und Praxis, um adäquat diagnostisch und therapeutisch handeln zu können. Der Umfang der diagnostischen Maßnahmen ist entsprechend der Fragestellung unterschiedlich und in drei Stufen einzuteilen:

Entwicklungsdiagnostik in drei Stufen

Stufe 1 Entwicklungs- und Testscreening in der Praxis (fünf bis zehn Minuten)

Diese Verfahren werden klassischerweise zur Prävention und zur Identifikation von entwicklungsauffälligen Kindern eingesetzt.

Stufe 2 Basisdiagnostik in Praxis und Klinik (15 bis 40 Minuten)

Diese Verfahren stellen differenziert das Entwicklungsprofil eines Kindes dar. Sie können in Praxis und Klinik erbracht werden, wenn ein Schwerpunktprofil in dieser Richtung besteht.

In der Praxis ist diese Stufe der Diagnostik zum Beispiel bei der Nachsorge von Frühgeborenen und anderen Risikokindern einzusetzen. Eine besondere Bedeutung hat die Basisdiagnostik auch bei langfristigen Heilmittelverordnungen, zur Erstellung von Wiederholungsgutachten und beim Überschreiten der Regelverordnung. Bei dieser Diagnostik ist neben der Definition von spezifischen Defiziten auch immer die psychosoziale Ebene mit zu betrachten.

Stufe 3 Differenzierte Diagnostik in Zentren (zwei bis acht Stunden)

Diese Diagnostik wird in der Regel in Beratungsstellen, Sozialpädiatrischen Zentren und von spezialisierten klinischen Abteilungen bzw. pädiatrischen Netzwerken erbracht. Grundlage ist die „Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik der Sozialpädiatrie“ (MBS) (Abb. 1) (Bode, 2002). Die Befunderhebung umfasst fünf Bereiche, nämlich die Beurteilung der Entwicklung und Intelligenz, den körperlich-neurologischen Befund, den psychischen Befund, die Beurteilung sozialer Einflüsse und den psychosozialen Hintergrund sowie die Abklärung der Ätiologie. Unter Einbeziehung eines Ressourcenprofils und der internationalen Klassifikation der Fertigkeiten (ICF) sowie von prognostischen Faktoren wird ein Behandlungsplan erstellt.

Entwicklungsscreening für die kinderärztliche Praxis (3. Auflage, 2003) Ronald G. Schmid, Günter Esser					
Alter / U	Grobmotorik	Feinmotorik	Sprache	Perzeption / Kognition	Sozial-/emotionale Kompetenz
3 Monate U4	<ul style="list-style-type: none"> • Hält Kopf in Sitzhaltung mind. 1/2 Minute aufrecht oder • Hält Kopf in Bauchlage zwischen 40° und 90° mind. 1 Min. in Unterarmstütz hoch 	<ul style="list-style-type: none"> • Halb geöffnete Hand wird auf vorgehaltenen roten Gegenstand zu-bewegt 	<ul style="list-style-type: none"> • Erste Silbenketten • RRR-Ketten 	<ul style="list-style-type: none"> • Folgt Rassel von einem bis zum anderen Augenwinkel, mit und ohne Geräusch 	<ul style="list-style-type: none"> • Soziales Lächeln • Schaut eigene Finger an, spielt damit
6 Monate U5	<ul style="list-style-type: none"> • Handstütz mit gestreckten Armen auf den Handflächen oder • Kopf bei Traktionsreaktion in Verlängerung der Wirbelsäule • Beugung beider Arme bei Traktionsreaktion 	<ul style="list-style-type: none"> • Palmares Greifen angebotenen Spielzeugs • Wechselt Spielzeug zwischen den Händen 	<ul style="list-style-type: none"> • Plaudern 	<ul style="list-style-type: none"> • Blickt nach Spielzeug • Ablenkungsaudiometrie (Ewing-Rassel), evtl. Wiederholung mit 8 Monaten 	<ul style="list-style-type: none"> • Lacht stimmhaft, wenn geneckt wird • Benimmt sich gegen Bekannte und Unbekannte unterschiedlich
12 Monate U6	<ul style="list-style-type: none"> • Krabbelt sicher oder sitzt sicher • Geht an Möbeln entlang • Schritte an einer Hand gehalten 	<ul style="list-style-type: none"> • Zangengriff • Klopft 2 Würfel aufeinander 	<ul style="list-style-type: none"> • Spricht 1 Wort mit Sinn (Mama, Papa) 	<ul style="list-style-type: none"> • Lässt Scheibchen in die Schachtel fallen • Zieht Spielzeug an der Schnur heran 	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt Mutter Gegenstand nach Aufforderung • Kann Aufforderungen durch Protest ablehnen
2 Jahre U7	<ul style="list-style-type: none"> • Hockt sich hin, steht freihändig wieder auf • Geht 3 Stufen im Kinderschritt hinunter (hält sich mit 1 Hand) oder • 3 Schritte auf Zehenballen ohne festzuhalten 	<ul style="list-style-type: none"> • Schneidet zweimal mit der Schere oder • Reißt Papier mit Gegenbewegung auseinander • Baut Turm aus 8 Würfeln 	<ul style="list-style-type: none"> • Gebraucht unter anderem 20 Begriffe sinngemäß • Zeigt oder blickt auf 3 Körperteile • Erste Zweiwortsätze (evtl. Kontrolle mit 26 Monaten) 	<ul style="list-style-type: none"> • Steckt 3 Becher ineinander • Setzt großen und kleinen Kreis in die Formbretter ein (25 Monate) 	<ul style="list-style-type: none"> • Spielt gerne mit Gleichaltrigen fangen • Wirft von sich aus Abfall in den Abfalleimer
4 Jahre U8	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestens ein Hüpfen auf jedem Bein und maximal 3 Abweichungen bei Seiltänzerengang (20 Schritte) und mind. 3 Sek. Einbeinstand beidseits 	<ul style="list-style-type: none"> • Frostig-Test (4 Punkte) 	<ul style="list-style-type: none"> • Möhring-Test – 4 Jahre (max. 5 Fehler) • Grammatiktest PET (1 richtig) • Wörter ergänzen aus PET (1 richtig) • Spricht erste Sechswort-Sätze 	<ul style="list-style-type: none"> • CMM (24 Punkte) • Sehtest (Figuren, Farben) 	<ul style="list-style-type: none"> • Detailliertes Rollenspiel mit anderen Kindern • Einfaches konstruktives Spiel
5 Jahre U9	<ul style="list-style-type: none"> • Hüpfen auf einem Bein: Mädchen 5 und mehr, Buben 2 und mehr • Einbeinstand mind. 3 Sek. beidseits 	<ul style="list-style-type: none"> • Frostig-Test (6 Punkte) 	<ul style="list-style-type: none"> • Möhring-Test – 5 Jahre (max. 5 Fehler) Kontrolle mit 5 1/2 Jahren • Grammatiktest PET (3 richtig) • Wörter ergänzen aus PET (4 richtig) 	<ul style="list-style-type: none"> • CMM (35 Punkte) • Sehtest (Stereotest, Landoltringe) • FTF-K (17 Punkte) 	<ul style="list-style-type: none"> • Konstruktives Spiel • Regelspiel
6 Jahre Einschulungsuntersuchung	<ul style="list-style-type: none"> • 15 Sekunden lang seitlich Hin- und Her-springen über Leiste (Buben: mind. 17 Mal, Mädchen mind. 20 Mal) 	<ul style="list-style-type: none"> • Frostig-Test (7 Punkte) 	<ul style="list-style-type: none"> • Möhring-Test – 5 Jahre (1 Fehler) • Grammatiktest PET (6 Richtige) 	<ul style="list-style-type: none"> • CMM (44 Punkte) 	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnese Kindergarten / soziale Gruppen • Kind spielt in Gruppen ohne Erwachsene
				<ul style="list-style-type: none"> • Zahlenfolgegedächtnis PET (6 Punkte) • Conners-Skala unter 15 Punkten 	
				<ul style="list-style-type: none"> • Zahlenfolgegedächtnis PET (8 Punkte) • Conners-Skala unter 15 Punkten 	

Abb. 2: Entwicklungsscreening für die kinderärztliche Praxis. 90 bis 95 Prozent der Kinder erfüllen die aufgeführten Leistungen in der entsprechenden Altersstufe. Wird ein Item nicht erfüllt, so ist von einem Entwicklungsdefizit auszugehen. Dies muss durch eine Basisdiagnostik (Stufe 2) abgesichert werden.

Welche Verfahren sind einsetzbar?

Screening (Stufe 1)

Als klassisches Screeningverfahren ist der Denver-Suchtest vom Säuglingsalter bis zu sechs Jahren weit verbreitet. Er tendiert eher zur Überdiagnostik von Störungen. Die anderen Verfahren sind allesamt der Basisdiagnostik zuzuordnen und dauern zwischen 15 und 60 Minuten. Diese Verfahren sind aber auch als Screeningverfahren verwendbar, wenn der Untersucher die Testitems heranzieht, die der Altersstufe des untersuchten Kindes entsprechen. Dadurch wird festgestellt, ob das Kind seine altersbezogenen Items erfüllt oder nicht. Ergibt sich bei diesem auf einen Alterspunkt bezogenen Screeningverfahren ein Defizit, so ist das gesamte Verfahren im Sinne einer Basisdiagnostik durchzuführen.

Ein Screening zu den klassischen Vorsorgezeitpunkten U 4 bis U 9 und zur Einschulungsuntersuchung ist in Abbildung 2 dargestellt. Geprüft werden die Bereiche Grobmotorik (Abb. 3), Feinmotorik, Sprache, Perzeption / Kognition und sozial-emotionale Kompetenz



Abb. 3: Screeningtestung der Grobmotorik im Alter von sechs Jahren bzw. zur Einschulungsuntersuchung. Ein Junge muss bei einer normalen motorischen Entwicklung mindestens 17-mal, ein Mädchen mindestens 20-mal hin und her hüpfen.

U7a – Neurologische Untersuchung

Normal	Pathologisch	Neurologische Untersuchung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muskeltonus: seitengleich normal / pathologisch
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopfhaltung: Symmetrisch / asymmetrisch
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Körperachse: Symmetrisch / asymmetrisch
		Gesicht: Symmetrisch / asymmetrisch
Erfüllt	Nicht da	Körpermotorik
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beidseitiges Hüpfen von der untersten Treppenstufe mit sicherer Gleichgewichtskontrolle
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rennen mit deutlichem Armschwung und Umsteuern von Hindernissen. Plötzliches promptes Anhalten ohne Gleichgewichtsgefährdung möglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hüpft über einen 10 cm breiten Streifen, ohne ihn zu berühren
Erfüllt	Nicht da	Hand-Finger-Motorik
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Buch-Journal-Seiten werden einzeln und korrekt umgeblättert
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Präziser Dreifinger-Spitzgriff (Daumen, Zeige- und Mittelfinger) zur Manipulation auch sehr kleiner Gegenstände möglich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Baut Turm aus 8 Würfeln
Erfüllt	Nicht da	Sprache
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gebraucht das Zahlwort 2 für mehrere Gegenstände
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drei- bis Vierwortsätze (Kombination von Nomina, Verben, Hilfsverben, Präpositionen, adverbiale Bestimmungen von Zeit und Raum)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eigener Vor- und Rufname wird bei Absichten oder Ankündigungen verwendet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liebt gemeinsames Betrachten von Kinderbüchern, lässt sich in knapper Form Texte, Inhalte erklären
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hört gern Kinderreime, möchte sie oft wiederholt haben
Erfüllt	Nicht da	Kognitive Kompetenz
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malen und Kritzeln: Auch wenn noch wenig gestaltend gemalt wird, kommentiert Kind oft, wen oder was es gemalt hat
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Baut Brücke aus drei Würfeln
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Konzentrierte, intensive „als ob Spiele“ mit Puppen, Autos, Bausteinen u.a. Spielmaterialien über längere Zeitabschnitte
Erfüllt	Nicht da	Soziale Kompetenz
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gemeinsames Spielen mit etwa gleichaltrigen Kindern über mindestens 5 Minuten mit Reden, Austauschen von Gegenständen, jedoch noch ohne gemeinsame Zielaktionen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kind beteiligt sich gerne an häuslichen Tätigkeiten, will mithelfen, ahmt sie nach, übernimmt sie in seine Rollenspiele
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hält sich an die Spielregel: „ Einmal ich, einmal Du“
Erfüllt	Nicht da	Emotionale Kompetenz
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kind kann für einige Stunden bei ihm bekannten Personen bleiben, auch außerhalb seines Zuhauses und ohne seine Bindungsperson(en)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drückt Gefühle sprachlich aus
Erfüllt	Nicht da	Selbstständigkeit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wäscht sich die Hände mit Seife und trocknet sie ab
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kann mit Löffel selber essen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trinkt selbst aus Becher / Tasse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zieht sich selbst bei Toilettengang (Unter-)Hosen herunter und wieder hoch

Abb. 4: Die entwicklungsdiagnostische und neurologische Untersuchung bei der U 7a in dem neuen Vorsorgeheft nach dem Konzept des BVKJ (modifiziert von R. Schmid, 2007).



Abb. 5: Testung der nonverbalen Intelligenz in der BUEVA mit der Columbia Mental Maturity Scale. Bei dieser und der folgenden Karte ist die jeweils abweichende Figur zu identifizieren.

(Schmid, 2003, 2006). Die Validierung der Entwicklungsparameter entstammt folgendem Testsystem:

3–12 Monate: Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik 1. Lebensjahr (Hellbrügge et al.: Testzentrale Göttingen¹, Bestellnummer 4700608)

2 Jahre bis 3 Jahre: Münchener Funktionelle Entwicklungsdiagnostik 2. und 3. Lebensjahr (Coulin et al.: Testzentrale Göttingen¹, Bestellnummer 4700603)

4 Jahre bis 6 Jahre: BUEVA (G. Esser, Testzentrale Göttingen¹, Bestellnummer 0423301)

4 Jahre bis 5 Jahre: Grobmotorik (Schirm et al., Früherkennung neuromotorischer Entwicklungsstörungen im Vorschulalter, Gustav-Fischer-Verlag 1986)

6 Jahre: Grobmotorik, KTK (Kiphard et al.: Testzentrale Göttingen¹, Bestellnummer 0404002)

Das gesamte Set der angegebenen Untersuchungunterlagen kostet bei der Testzentrale 350,- € (2008). Mit den Testkoffern liegen die Kosten bei 1414,- €. Vor Durchführung der Testung ist die Bearbeitung der Quellen zu empfehlen.

Die angegebene Diagnostik ermittelt im ersten Lebensjahr die ca. zehn Prozent der am schlechtesten entwickelten Kinder (ca. 90 % Perzentile). Ab dem Untersuchungszeitpunkt zwei Jahre (bis sechs Jahre) wurde eine Fünf-Prozent-Grenze zu Grunde gelegt (95 % Perzentile), die aber bis in den Zehn-Prozent-Bereich variiert.

Die U 7a – eine neue Dimension der Entwicklungsdiagnostik Stufe 1

Wesentlich differenzierter und auf aktuellem wissenschaftlichem Niveau ist das Entwicklungsscreening zur U 7a (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, 2006, Barth et al., 2003) im Alter von drei Jahren (Abb. 4).

Die Basis für die Messparameter ist das Alter von 36 Monaten. Gemessen wird auf der 90. bis 95. Perzentile der Entwicklung. Falls die Kinder die Items erfüllen, ist

¹ Testzentrale Göttingen, Postfach 37 51, 37027 Göttingen

die Entwicklung normal. Vor dem 36. Monat muss bei Defiziten mit 36 Monaten eine Re-Testung erfolgen. Falls die Items nicht gekannt werden, ist eine Basisdiagnostik (Stufe 2), also eine erweiterte Diagnostik, durchzuführen.

Für die erste Regelverordnung entsprechend der Heilmittelrichtlinien genügt die Diagnostik des Bereiches, in dem das Defizit vorliegt. Falls mehrere Bereiche Defizite zeigen oder wenn die Regelverordnung überschritten wird, ist eine umfassende Basisdiagnostik erforderlich.

Zeigt das Entwicklungsscreening einen hoch auffälligen Befund oder zeigen mehrere Testbereiche beim Entwicklungsscreening Defizite, so ist eine umfassende Basisdiagnostik erforderlich.

Die Basisdiagnostik (Stufe 2)

Bei der Basisdiagnostik sind zu prüfen:

- Grob- und Feinmotorik,
- Perzeption (Kognition),
- Sprache, Sprachverständnis,
- soziales Verhalten, Selbständigkeit.

Als Testverfahren vom Säuglings- bis zum Schulalter stehen mit einer Normierung für deutsche Kinder für die Basisdiagnostik derzeit zur Verfügung (Petermann, 2005):

- Münchner Funktionelle Entwicklungsdiagnostik (0–3,5 Jahre),
- Griffiths Skalen (0–2 Jahre),
- Wiener Entwicklungstest (3–6 Jahre),
- ET 6-6 (0,5–6 Jahre),
- Basisdiagnostik der umschriebenen Entwicklungsstörungen im Vorschulalter (BUEVA) (4 Jahre bis zur Einschulung),
- Basisdiagnostik der umschriebenen Entwicklungsstörungen im Grundschulalter (BUEGA) (6–11,5 Jahre).

Die **Münchner Funktionelle Entwicklungsdiagnostik** und die **Griffiths Skalen** sind als Stufenleiterverfahren angelegt. Damit sind die Ergebnisse übersichtlich und die Durchführung ökonomisch. Die Stufenleiterverfahren sind zur **Erkennung von Entwicklungsstörungen** gut geeignet.

Für die Berechnung von Entwicklungsquotienten und Gesamtaussagen sind Testinventare wie der **ET 6-6** geeignet, der ein großes Spektrum von Leistungen und Fertigkeiten überprüft. Die Diskussion von Testergebnissen allerdings ist erschwert (Petermann, Macha, 2003).

Für das Vorschulalter von vier Jahren bis zur Einschulung ist das geeignete Verfahren die **Basisdiagnostik der umschriebenen Entwicklungsstörungen im Vorschulalter (BUEVA)** (G. Esser, 2002). Gemessen werden die für diese Altersstufe relevanten Entwicklungsparameter:

1. **Intelligenz** (mit der Columbia Mental Maturity Scale) (Abb. 5)
2. **Sensumotorik** (mit dem FROSTIG-Test)
3. **Artikulation** (mit dem Möhring-Test)
4. **Expressive Sprache** (mit dem Grammatiktest aus dem PET)

5. **Rezeptive Sprache** (mit „Wörter ergänzen“ aus dem PET)
6. **Aufmerksamkeit** (mit dem Frankfurter Test für Fünfjährige)
7. **Aufmerksamkeit** (mit dem Zahlen-Folgen-Test aus dem PET)

Das Verfahren ist so angelegt, dass die Diagnostik in 20 bis 30 Minuten inklusive Auswertung durchgeführt werden kann. Es ist eine Aussage über eine globale Entwicklungsretardierung oder eine umschriebene Entwicklungsstörung aus dem Testergebnis möglich. Die BUEVA ist die derzeit geeignetste Basisdiagnostik zur Beantwortung der Frage nach der Schulfähigkeit.

Die Basisdiagnostik der umschriebenen Entwicklungsstörungen im Grundschulalter (BUEGA) misst von sechs Jahren bis elfeinhalb Jahren folgende Parameter (Testzentrale, 2007):

1. **Verbale Intelligenz** (P-ITPA)
2. **Nonverbale Intelligenz** (Potsdamer Intelligenztest PIT)
3. **Expressive Sprache** (Grammatiktest aus dem P-ITPA)
4. **Lesen** (Lesetest aus dem P-ITPA)
5. **Rechtschreibung** (Rechtschreibtest aus dem P-ITPA)
6. **Rechnen** (Potsdamer Rechentest PORT)
7. **Aufmerksamkeit** (bp-Test)

Der Einsatz des gesamten Verfahrens erfordert 40 bis 50 Minuten. Zur Ermittlung der allgemeinen Intelligenz sind die ersten zwei Untertests erforderlich, die insgesamt 13 Minuten dauern. Die anderen spezifischen Tests sind entsprechend der Fragestellung zu ergänzen. Es müssen nicht alle Untertests bei jedem Kind durchgeführt werden. Die Testung erstreckt sich somit je nach Auswahl der Untertestverfahren auf 13 bis 50 Minuten. Dem Kinder- und Jugendarzt ist es durch den Einsatz dieses Verfahrens möglich, eine Basisdiagnostik zu den schulalterrelevanten Fragestellungen durchzuführen. Dies sind in erster Linie schulische Probleme, Lese- und Rechtschreibstörung, Rechenstörung und Konzentrationsstörungen bis hin zum ADHS.

Die Therapie leitet sich aus dem Ergebnis der Basisdiagnostik ab. Bei umfassenden Störungen ist primär eine pädagogische Förderung einzuleiten. Zeigen in der Basisdiagnostik mehrere geprüfte Bereiche Defizite oder liegen noch darüber hinaus Störungen im Bereich des sozialen Umfeldes, des Sozialverhaltens und / oder im psychogenen Bereich vor, ist eine institutio-

nelle Behandlung nach Durchführung einer differenzierten Diagnostik (Stufe 3) in Zentren zu empfehlen.

Die differenzierte Diagnostik (Stufe 3)

Die differenzierte Diagnostik bedarf des Einsatzes von umfassenden Intelligenztestverfahren, Teilleistungsverfahren und psychometrischen Tests sowie psychoemotionaler Diagnostik. Die aktuell standardisierten Verfahren zur allgemeinen Intelligenzmessung im Vorschulalter sind der HAWIVA-III und im Schulalter der erst jüngst neu aufgelegte HAWIK-IV (Petermann, 2007). Wegen der bestehenden Komplexität soll an dieser Stelle darauf nicht näher eingegangen werden. Weitere Informationen sind dem Band „Qualität in der Sozialpädiatrie“, Band 2, zu entnehmen (Fricke et al., 2007).

Aus dem Ergebnis einer differenzierten Diagnostik resultiert ein Behandlungsplan, häufig mit einer Komplexbehandlung (Altöttinger Papier, Bode, 2002).

Fazit

Die Durchführung eines validierten entwicklungsdiagnostischen Vorgehens auf der Screeningebene ist Aufgabe eines jeden Kinder- und Jugendarztes. Intuitive und selbst erstellte Verfahren sollten durch standardisierte Verfahren ersetzt werden. Die derzeit gängigen Verfahren sind in diesem Beitrag vorgestellt. Wünschenswert wäre auch die Durchführung der Basisdiagnostik in der kinder- und jugendärztlichen Praxis und Klinik. Kurse zum Erlernen dieser Verfahren werden vorwiegend vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), aber auch von den Landesverbänden (meist in den Veranstaltungen „Pädiatrie zum Anfassen“) angeboten. Stellt sich die Entwicklungsstörung als komplex dar, ist eine Überweisung an eine Institution zu empfehlen. Eine komplexe Störung liegt dann vor, wenn die Entwicklungsretardierung sehr ausgeprägt ist oder neben der Entwicklungsverzögerung auch soziale und psychogene Störungen vorliegen. Eine weitere Indikation für eine institutionelle Versorgung kann auch ein schwieriges soziales Umfeld sein.

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid
Zentrum für Kinder und Jugendliche Inn-Salzach
Vinzenz-von-Paul-Straße 14
84503 Altötting

Red.: Christen

Betriebswirtschaftliche Beratung für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

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

Hämangiome (vaskuläre Tumoren) – neue Klassifizierung

Die strikte Trennung der Hämangiome von den angeborenen Gefäßfehlbildungen durch MULLIKEN & GLOWAKI (1982) bedeutete einen wichtigen Fortschritt auf dem Wege der Klassifizierung der Hämangiome, wobei international unter der Bezeichnung „Hemangiomas“ die von mir „klassische Hämangiome“ genannten „Hemangiomas of Infancy“ verstanden wurden. Die Entdeckung neuartiger – von den klassischen Hämangiomen abweichender – Gefäßanomalien veranlasste die ISSVA (International Society for the Study of Vascular Anomalies) 1996 die Bezeichnung „Hemangioma“ zu ersetzen durch die Bezeichnung „Vascular Tumor“. Letztlich erwies sich dies aber als nicht sehr hilfreich, denn nach wie vor hatte man es auch bei dieser Neubezeichnung mit einem Sammeltopf unterschiedlicher Gefäßveränderungen zu tun.



Prof. Dr.
Hansjörg Cremer

Dr. Christina Kosel

Beim Bemühen um eine weitere klinische Unterteilung der Gefäßtumoren ergaben sich zunächst 2 Hauptgruppen:

A) die häufig vorkommenden „**Hemangiomas of Infancy**“, welche ich die „**klassischen Hämangiome**“ nenne. Diese haben histologisch eine auffallende Ähnlichkeit mit der Gefäßstruktur von Plazenta-Gewebe.

B) die wesentlich selteneren „**sonstigen vaskulären Tumoren**“. Diese unterscheiden sich sowohl histologisch wie auch im klinischen Verlauf erheblich von den klassischen Hämangiomen.

Aber bald zeigte sich, dass auch die „**klassischen Hämangiome**“ keine einheitliche Gruppe darstellten. In einer in den USA von Haggstrom u.a. veröffentlichten Arbeit wurde beschrieben, dass ausgedehnte flächige Hämangiome im Gesichtsbereich sich Entwicklungssegmenten des Schädels zuordnen ließen und dass diese eine wesentlich höhere Komplikationsrate aufwiesen und therapeutisch viel problematischer waren als die kleinen lokalisierten Hämangiome. In dieser Arbeit wurden neue Klassifizierungs-Begriffe für die „klassischen Hämangiome“ verwendet, welche ich so überzeugend finde, dass ich die bisher von mir vertretene Klassifizierung erweitert habe unter Berücksichtigung dieser neuen Terminologie der Hämangiome.

A) Die „klassischen Hämangiome“

A1) Lokalisierte Hämangiome

Als „lokalisiert“ werden Hämangiome bezeichnet, welche zentral von einem Focus ausgehen.

A2) segmentale Hämangiome

Als „segmental“ werden flächige Hämangiome bezeichnet, welche ganz oder teilweise einem bekannten Entwicklungssegment zugeordnet werden können.

A3) nicht determinierte Hämangiome

Als „indeterminate“ werden Hämangiome bezeichnet, welche nicht eindeutig zugeordnet werden können, da sie weder eindeutig segmental noch eindeutig lokalisiert sind.

A4) abortive Hämangiome

Als „abortiv“ werden Hämangiome bezeichnet, welche bei von vornherein oft unscheinbarem Aussehen im weiteren Verlauf keine Wachstumstendenz aufweisen.

B) Sonstige vaskuläre Tumoren

Die seltenen (ca. 1–2%) „**sonstigen vaskulären Tumoren**“ unterscheiden sich bezüglich erforderlicher Diagnostik und erforderlicher Therapie grundsätzlich von den „Klassischen Hämangiomen“

In diese Gruppe gehören:

B1) Hämangiome mit abgeschlossener Entwicklung bereits bei Geburt

B1a) mit guter Spontanrückbildung

B1b) ohne Spontanrückbildung (sehr selten)

B2) Hämangiome mit histologischen Besonderheiten

B2a) tufted Angiom (sehr unterschiedliche Verlaufsformen)

B2b) Kaposiformes Hämangioendotheliom

B2b) Spindelzell - Hämangioendotheliom

B3) Hämangiomatosen

B3a) benigne Hämangiomatose

B3b) disseminierte Hämangiomatose

Im Folgenden werden die einzelnen Gruppen besprochen.

Besprechung der einzelnen Gruppen:

A) die „klassischen Hämangiome“ (vom Gefäß-Endothel ausgehende benigne Tumoren)

A1) Lokalisierte Hämangiome (LH)

Sie bilden die mit Abstand größte Gruppe aller Hämangiome (über 90%). Sie gehen von einem zentralen Focus aus. Ihre krankmachende Bedeutung ist in erster Linie kosmetischer Natur und damit abhängig von ihrer Lokalisation.

Verlauf:

Bei Geburt häufig noch nicht sichtbar, werden sie als rötliche, rundliche, leicht erhabene und regelmäßig begrenzte Veränderungen erkennbar und wachsen anfänglich mehr oder weniger rasch. Wachstumsstillstand nach ca. 6–12 Monaten, dann allmähliche Rückbildung (bei tiefliegenden LHs langsamer als bei überwiegend oberflächlichen LHs). Es können schließlich narbenartige Veränderungen verbleiben, welche in Form und Größe dem Zustand zum Zeitpunkt ihrer maximalen Ausdehnung entsprechen.

Diagnostik bei LHs:

Die **überwiegend oberflächlichen LHs** erlauben meist eine Blickdiagnose. Man sollte aber daran denken, dass diese Hämangiome immer auch eine gewisse Tiefenausdehnung aufweisen. Die Palpation gibt hier zwar bereits ungefähre Hinweise, eine **exakte Aussage** zur **Tiefenausdehnung** erlaubt aber nur die **Sonographie**. Diese sollte in allen Zweifelsfällen erfolgen. Der **codierte Farbdoppler** ermöglicht zusätzlich eine **Beurteilung der Durchblutung** und damit des Aktivitätsgrades. Sinnvoll ist eine Fotodokumentation und Ausmessung.

Diese Untersuchungen sind unentbehrlich bei überwiegend oder ausschließlich tiefliegenden LHs. Auch für eine **Therapie-Kontrolle** sind **sonographische Kontrollen** wichtig sowie zur Beantwortung der Frage, ob eine Behandlung überhaupt noch erforderlich ist.

Eine **Histologie** ist bei LHs **nicht erforderlich**.

Therapie der LHs:

LH im Gesichtsbereich sind kosmetisch besonders belastend („kosmetischer Notfall“), sie sind daher so früh wie möglich zu behandeln. Dies gilt vor allem für LHs im **Augenbereich** (Abb. 1) (drohende Sichtbehinderung und mögliche funktionelle Erblindung), im **Lippenbereich** (Abb. 2) (schlechte Rückbildungstendenz) und im **Nasenbereich** (Abb. 3) (es drohen bleibende Nasendeformitäten – „Cyrano-Nase“).

Bei **LH im Stamm- und/oder Extremitätenbereich** kann oft unter Beobachtung eine Spontanrückbildung abgewartet werden („wait and see“).

Ausnahmen hiervon bilden LHs im **ano-genital-Bereich** (wegen der erhöhten Gefahr einer Ulzeration), im **Fingerbereich** (Tastprobleme) und beim weiblichen Geschlecht im **Brust- bzw. Decollete-Bereich** (wegen eventueller späterer kosmetischer Beeinträchtigung). Auch **rasch wachsende LH** sollten behandelt werden.

Ziel einer jeden Behandlung ist, einen möglichst **raschen Wachstumsstop** mit möglichst **minimalen Nebenwirkungen** zu erreichen. Es stehen inzwischen gut verträgliche und nebenwirkungsarme Therapiemethoden zur Verfügung.

Die Wahl einer geeigneten Therapie ist in erster Linie **abhängig vom Ausmaß der Tiefenausdehnung**.

Mit der **Kontaktkryotherapie** (Eindringtiefe etwa 2–3 mm, mit Druck bei festem Untergrund – z.B. über dem Schädelknochen – bis zu 4 mm) lassen sich die meisten therapiebedürftigen, überwiegend oberflächlichen LHs behandeln – vorzugsweise mit elektrischer Kühlung von ca. minus 30° C über 10–15–(20) Sekunden (Cryocare oder KRYODERM). Eine halbe bis eine Stunde vor der Behandlung kann eine lokale Betäubung mittels anesthesierender Externa erfolgen (z.B. EMLA; im Augenbereich Xylocain-haltige Salben oder Augentropfen; im Schleimhautbereich Dynexan).

Eine Behandlung in kritischen Bereichen sollte erfahrenen Therapeuten vorbehalten bleiben. Dies gilt auch für eine Anwendung von flüssigem Stickstoff (–196° C), da hier die Gefahr von unerwünschten Nebenwirkungen (Depigmentierungen, Ulzerationen, Narbenbildung) größer ist als mit –30° C.

Alternativ: gepulster Farbstofflaser (Eindringtiefe bis 2 mm).

Die **Behandlung therapiebedürftiger tiefliegender LHs** (> 4 mm) ist schwieriger und sollte erfahrenen Therapeuten überlassen werden. Zum Einsatz gelangen vorwiegend **ND-YAG-Laser, perkutan** mit Eiskühlung oder **intraläsional** über Quarzfasern. Weitere Laser-Arten mit ganz speziellen Indikationsbereichen sind **Dioden-, Argon-, und Krypton-Laser** sowie **Blitzlampen**. Bei **tiefliegenden LHs im Bereich des behaarten Kopfes** ist meist eine **operative Entfernung** nach dem 1. Lebensjahr am besten, da sonst oft unschöne haarlose Areale zurück bleiben.

LHs, bei welchen das Wachstum bereits abgeschlossen ist, bedürfen keiner Therapie mehr, bei Alter über 6 Monate ist das Wachstum fast immer abgeschlossen.



Abb. 1



Abb. 2



Abb. 3



Abb. 4a (NG)

Abb. 4b (5 Mo)



Abb. 5

Abb. 6

A2) Segmentale Hämangiome (SH)

Sie sind wesentlich seltener (3–5%) als die lokalisierten Hämangiome. Es kommt bei ihnen häufiger zu Komplikationen, die Behandlung ist schwieriger und langwieriger und Assoziationen mit neurologischen, cardialen und ophthalmologischen Anomalien sind möglich (**Phaces-Syndrom**). Dies gilt vor allem bei Sitz im Kopfbereich (über 50%), diese bedürfen daher einer intensiven Diagnostik und Überwachung, weshalb sie prinzipiell in einem im Umgang mit Hämangiomen erfahrenen Zentrum vorgestellt werden sollten.

Verlauf:

Bei Geburt noch nicht oder kaum sichtbar, wachsen sie oft erschreckend rasch (Abb. 4a,b). Im Augenbereich (Abb. 5) führen sie unbehindert relativ rasch zu Erblindung („funktionelle Erblindung“).

Bei Lokalisation im „Bart-Bereich“ (Abb. 6) und bei Mitbeteiligung der Mund/Rachenschleimhaut findet sich nicht selten auch eine tracheale Beteiligung, hinweisend ist ein inspiratorischer Stridor. Hier ist dann zur weiteren Diagnostik unbedingt eine Sonographie, MRT und auch eine Bronchoskopie und gegebenenfalls auch

eine intratracheale Lasertherapie in einem entsprechend ausgerüsteten Zentrum erforderlich.

Therapie segmentaler Hämangiome im Gesichtsbereich:

Die Behandlung der segmentalen Hämangiome im Schädelbereich (in den meisten Fällen mit Prednisolon) sollte in aller Regel spezialisierten Zentren oder Kliniken mit Erfahrung auf diesem Gebiet überlassen werden. Ein möglichst frühzeitiger Therapie-Beginn ist oft entscheidend für den weiteren Verlauf.

Dosierungsempfehlung zur Prednisolon-Behandlung:

Ohne drohende Sichtbehinderung: ca. 3 (–4) mg/kg/d. **Bei SHs mit Sichtbehinderung** (es droht „funktionelle Erblindung“): **Hochdosierung von 5 mg/kg/d.** Bei raschem Ansprechen innerhalb weniger Tage nach 1 Woche langsame Reduktion, bei Hochdosierung von 5 mg Prednisolon eventuell schon nach 3–5 Tagen mit der Reduktion beginnen. Nach unseren Erfahrungen wird oft zu niedrig dosiert und zu rasch reduziert (Rebound!). Gesamtdauer der Behandlung 3–6 Monate. Reversible Nebenwirkungen sind Cushing, erhöhte Infektanfälligkeit und zeitweilige Wachstumsverlangsamung (nach Absetzen Aufholwachstum).

Eine **Lasertherapie** sollte wegen **Ulzerationsgefahr** prinzipiell **nur unter gleichzeitiger Steroidbehandlung** durch einen erfahrenen Therapeuten erfolgen.

Bei **segmentale Hämangiomen im Stamm/Extremitätenbereich** (Abb. 7a,b; 8a,b) sollte die Frage der Therapie-Notwendigkeit (Laser) vom Verlauf abhängig gemacht werden.

A3) Nicht determinierte Hämangiome

Als **nicht determinierte Hämangiome** werden solche Hämangiome bezeichnet, welche weder lokalisiert sind (also nicht von einem zentralen Fokus ausgehend) noch – z.B. wegen geringer Ausdehnung (Abb. 9–11) – eindeutig den segmentalen Hämangiomen zugeordnet werden können.

Es gelten weitgehend die Empfehlungen wie bei lokalisierten Hämangiomen, wobei im Gesichtsbereich meist eine Lasertherapie oder auch eine Kortikosteroid-Behandlung indiziert ist. Im Zweifelsfall ebenfalls Kontaktaufnahme mit einem der spezialisierten Zentren.

A4) Abortive Formen

In diese Gruppe gehören Hämangiome, die im weiteren Verlauf keine wesentliche Wachstumstendenz zeigen und daher in der Regel auch keiner Therapie bedürfen – wohl aber einer kritischen Überwachung.



Abb. 7a (3 Mo)



Abb. 7b (4 Mo)



Abb. 8a (2 Wo)



Abb. 8b (7 Wo)



Abb. 9



Abb. 10



Abb. 11



Abb. 12 (NG)



Abb. 13



Abb. 14



Abb. 15a (NG)



Abb. 15b (1 J.)

Zu dieser Gruppe gehört ein Großteil der „**weißen Hämangiome**“ (quasi Hämangiom-Vorläufer, Abb. 12), sowie die meisten **teleangiektatischen Hämangiome** (Abb. 13, 14). Gelegentlich entwickeln sich aber auch aus „weißen Hämangiomen“ flächige Hämangiome.

B) Die sonstigen vaskulären Tumoren

Es gibt einige seltene (1–2%) Formen vaskulärer Tumoren, welche sich hinsichtlich Verlauf, erforderlicher Diagnostik und erforderlicher therapeutischer Maßnah-

men grundsätzlich von den bereits erwähnten Hämangiomformen unterscheiden.

In diese Gruppe gehören:

B1) Hämangiome mit abgeschlossener Entwicklung bereits bei Geburt (auch „*tumor-like hemangioma*“ genannt).

Diese seltenen Hämangiome sind bereits bei Geburt voll entwickelt und zeigen danach kein weiteres Wachstum mehr.

Es gibt zwei im weiteren Verlauf unterschiedliche Formen:

a) mit guter Spontanrückbildung (RICH = rapid involuting congenital hemangioma) (Abb. 15a,b; 16a,b,c).

Diese bei Geburt bereits voll entwickelten, tumorartig aussehenden Hämangiome sind häufig von einem weißen Randsaum umgeben, sie bilden sich im Verlauf von 1–2 Jahren spontan zurück und bedürfen keiner Behandlung. Sie sollten aber kritisch überwacht werden, um nicht seltene maligne Tumoren zu übersehen. Vereinzelt wurden im Rückbildungsstadium auch Ulzerationen beobachtet (Abb. 16b).

b) ohne Spontanrückbildung (NICH = non involuting congenital hemangioma) (sehr selten) (Abb. 17a,b).



Abb. 16a (NG)



Abb. 16b (2 Mo)



Abb. 16c (2 J.)



Abb. 17a

Abb. 17b

B3) Hämangiomatosen

B3.1) Benigne neonatale Hämangiomatose

Die multiplen kleinen perlartigen Hämangiome, welche teils schon bei Geburt vorhanden sind oder sich in den ersten Lebenstagen entwickeln (Abb. 22a,b), erinnern im Aussehen an eruptive Hämangiome. Sie zeigen eine gute Rückbildungstendenz und bedürfen in der Regel keiner Therapie.

Prinzipiell Sonographie des Abdomen zum Ausschluss der prognostisch dubiosen disseminierten Hämangiomatose.



Abb. 18



Abb. 19a



Abb. 19b



Abb. 20



Abb. 21

Sie sind ebenfalls bei Geburt bereits voll entwickelt, zeigen aber im weiteren Verlauf keinerlei Rückbildung. Hierbei ist zu einem späteren Zeitpunkt chirurgische Entfernung angezeigt.

B2) VTs mit histologischen Besonderheiten (sehr selten, <1%)

Eine **Diagnosesicherung** ist bei allen diesen 3 Formen nur histologisch möglich.

a) Tufted Angiom. Dieses kann unauffällig klein (Abb. 18), aber auch ausgedehnt und mit einem **KASABACH-MERRITT-Phänomen** verknüpft sein (Abb. 19a,b).

b) Kaposiformes Hämangio-Endotheliom.

Es finden sich meist schon bei Geburt vorhandene tumorartige Veränderungen (Abb. 20), häufig kombiniert mit einem **KASABACH-MERRITT-Phänomen** (Verbrauchskoagulopathie).

Nach neuesten Untersuchungen hat sich für die Behandlung des **KASABACH-MERRITT-Phänomen** außer Steroiden auch **Vincristin** bewährt (0,05 mg/kg 1x pro Woche streng i.v. über 4–6 Monate).

c) Spindelzell-Hämangio-Endotheliom (Abb. 21)

Es handelt sich um seltene Gefäßtumoren, welche meist im frühen Erwachsenenalter, gelegentlich aber auch im Kindesalter vorkommen. Hauptsächliche Lokalisation ist der Extremitätenbereich an den Endphalangen – vor allen an den Händen. Nach scheinbarer Rückbildung erneutes Aufsprießen an unterschiedlichen Stellen. Möglicherweise handelt es sich um die Kombination einer Gefäßfehlbildung mit einem Hämangiom. Therapie: operative Entfernung.



Abb. 22a

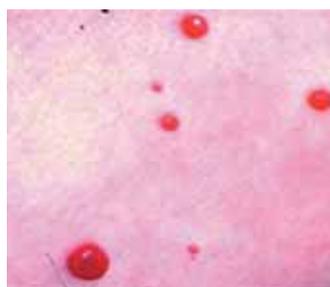


Abb. 22b

B3.2) Disseminierte neonatale Hämangiomatose

Auch hier finden sich multiple Hämangiome, gelegentlich sehr flach erscheinend (Abb. 23).



Abb. 23 (2 Wo)

Diagnostik: Die abdominal-Sonographie zeigt eine viszerale Beteiligung, vorwiegend von Leber, Pankreas oder Milz.

Am häufigsten ist die Leberbeteiligung. Diese kann zu Anämie, „high-output“ Herzversagen und Thrombozytopenie (KASABACH-MERRITT-Phänomen) führen. Die Prognose ist dubios (Letalität ca. 40%).

Therapie: Versuch mit Prednisolon systemisch (2–3 (–5) mg/kg/d). Bei Nichtansprechen: Therapieversuch mit Vincristin 0,05 mg/kg/Wo i.v. Behandlungsdauer: 4–6 Mo.

Prof. Dr. med. Hansjörg Cremer
Dittmarstr. 54
74074 Heilbronn
Tel. (07131) 176910
e-mail: Hj.Cremer@t-online.de

Red.: Riedel

Auf der Webseite des Netzwerkes NipD e.V. (haut-net.de) wurde auf der Startseite ein Bereich <Zentren/Hämangiome> eingerichtet, bei dessen Anklicken alle Kliniken erscheinen, welche durch Eintragung ihr Interesse an Hämangiom-Beurteilung und Behandlung bekundet haben.

Es gibt dort die Möglichkeit zur Neuanmeldungen von Kliniken sowie zur Änderung bereits bestehender Anmeldungen (z.B. wenn sich die Zuständigkeit geändert hat).

Auch über <Aktuelles> <Hämangiome, Empfehlung für Kinderärzte> kann dieser Bereich aufgerufen werden.

Diese Bereiche sind für alle Ärzte zugänglich, auch für Nichtmitglieder.

Nachtrag

Mitte Juni 2008 wurde über eine Zufallsentdeckung einer Arbeitsgruppe aus Bordeaux (Prof. Taieb) berichtet, in welcher über absolut faszinierende Behandlungserfolge mit dem β 2-Blocker Propranolol bei problematischen Hämangiomen (welche bisher praktisch nur mit Prednisolon behandelt werden konnten) informiert wurde (N Engl J Med 358; 2649-2651 13.06.2008). Wegen der überragenden Bedeutung dieser Beobachtung soll darüber kurz in diesem Nachtrag berichtet werden.

Diese Arbeitsgruppe behandelte zunächst ein Kind mit einem ausgedehnten Hämangiom im Nasenbereich mit Prednisolon. Dieses Kind entwickelte dann zusätzlich eine obstruktive hypertrophische Myocardiopathie. Es erhielt daher zusätzlich Propranolol. Bereits ein Tag später fiel auf, dass das Hämangiom abblasste und kleiner wurde.

Diese erstaunliche Besserung hielt auch nach Beendigung der Prednisolonbehandlung an und das Hämangiom bildete sich schließlich fast völlig zurück.

In der Folgezeit wurden 10 weitere Kinder mit ausgedehnten entstellenden Hämangiomen mit hervorragendem Erfolg mit Propranolol behandelt (nachdem die Eltern jeweils eine schriftliche Zustimmung zu dieser Behandlungsform gegeben hatten, da es sich um eine „off-Label“ Therapie handelt).

In der Kinderklinik Heilbronn (Prof. Dr. Kachel) wurden seither acht Kinder mit komplizierten Hämangiomen mit vergleichbar gutem Erfolg mit Propranolol behandelt. Die Kinder wurden 1–2 Tage stationär aufgenommen und erhielten unter Monitorüberwachung am 1. Tg 1 mg/kg Propranolol und dann ab 2. Tg 2 mg/kg. Es traten keinerlei Nebenwirkungen

auf. Einer dieser acht Fälle aus der Kinderklinik Heilbronn ist in folgenden Abbildungen dargestellt.



vor Therapie



nach 6 Wo

Für Rückfragen stehen zur Verfügung: Prof. Dr. Cremer, Tel. 07131/176910; hj.cremer@t-online.de
Frau Dr. Kosel, Tel. 07131/493702 (Klinik-Ambulanz); Christina.Kosel@slk-kliniken.de

Therapie bei Rezidiven der Pityriasis versicolor

CONSILIUM
INFECTORIUM

Prof. Dr. P. Höger

Frage: Gibt es eine wirksame systemische Therapie bei Pityriasis versicolor, wenn die lokale Therapie versagt oder es immer wieder zu Rezidiven kommt?

Antwort:

Die Pityriasis versicolor (Syn.: Tinea versicolor) stellt eine milde, chronische, oberflächliche Infektion der Haut mit einer polymorphen, lipophilen Hefe, *Malassezia spp.* (Syn.: *Pityrosporum ovale*), dar. Sie ist gekennzeichnet durch diskrete, leicht schuppene, hautfarbene bis hellbräunlich hyperpigmentierte Maculae, die sich im Sommer auf gebräunter Haut als hypopigmentierte Maculae darstellen (daher der Name *versicolor*). Das natürliche Reservoir dieser Hefen, von der acht Subspecies unterschieden werden, ist die Kopfhaut. Von diesem Ausgangsort können sie sich im Bereich von Schultern, Dekolleté und Oberkörper ausdehnen. Faktoren, die diesen Wechsel von einer reinen Kolonisation zu einer Infektion auslösen, sind noch nicht ausreichend geklärt.

Die Behandlung kann auf verschiedene Weise erfolgen:

1. Bewährt haben sich in erster Linie die *topischen Azole* (Ketoconazol, Miconazol etc.), deren Wirksamkeit sich nicht signifikant unterscheidet. Üblicherweise spricht die Behandlung innerhalb von maximal 2–3 Wochen an, meist sogar früher. Statt einer Creme oder Lotion kann auch Ketoconazol-haltiges Shampoo appliziert werden, und zwar sowohl auf die Kopfhaut wie auf die befallene Haut des Körpers. Die meisten Infektionen heilen bereits nach 2–3 Anwendungen aus. Auch 1% Terbinafin-Creme ist wirksam. Das technische Problem dabei ist die zuverlässige Anwendung bzw. Verteilung der Wirkstoffe auf großen Körperarealen. Eine preisgünstigere Alternative ist die Anwendung von Selensulfid (2.5% als Sham-

poo), das für 2 Wochen jede 2. Nacht aufgetragen und am Morgen ausgewaschen werden soll. Auch hier genügen bei vielen Patienten schon 2–3 Anwendungen. Nachteil ist die leicht irritative Wirkung.

2. Auch orales Ketoconazol und Itraconazol über 1–5 Tage sind wirksam (1,2).

3. Rezidive sind leider häufig, weil regelhaft eine Rekolonisation eintritt. In diesen Fällen ist zu überlegen, Ketoconazol-Shampoo zur Rezidivprophylaxe einmal pro Woche anzuwenden. Allerdings muss bedacht werden, dass nicht jedes „Rezidiv“ tatsächlich ein Rezidiv ist: Der falsche Eindruck einer persistenten Infektion entsteht dadurch, dass insbesondere die scheinbare Hypopigmentierung auch bei nachweislich abgetöteten Hefen erst in der folgenden Saison (nach erneuter Pigmentierung) schwindet und somit monatelang fortbestehen kann.

Literaturangaben

1. Hay RJ, Midgley G. Short course ketoconazole therapy in pityriasis versicolor. Clin Exp Dermatol 1984; 9: 571-3
2. Del Palacio HA et al. Randomized comparative clinical trial of itraconazole and selenium sulfide shampoo for the treatment of pityriasis versicolor. Rev Infect Dis 1987; 9 (Suppl. 1): S121-7

Prof. Dr. P. Höger
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Abt. Pädiatrie und Pädiatrische Dermatologie
22149 Hamburg
Liliencronstr. 130

Das „CONSILIUM INFECTORIUM“ 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

Copy Number Variation Measured by Single Nucleotide Polymorphism Oligonucleotide Arrays in Patients with Mental Retardation

Wagenstaller J et al., *Am J Hum Genet* 81: 768-779, October 2007

Die Autoren berichten über Ergebnisse einer neuen genetischen Laboruntersuchungsmethode, die umgangssprachlich auch als CHIP-Diagnostik bezeichnet wird und die bei verschiedenen Fragestellungen eingesetzt werden kann. Das Prinzip beruht darauf, dass das Hybridisierungsverhalten der Patienten-DNA auf dem CHIP, der selbst viele kleine DNA-Abschnitte enthält, abgelesen und die Dosis errechnet wird. Die vorliegende Studie befasst sich mit der Anwendung dieser neuen Untersuchungsmethodik bei Kindern mit unklarer geistiger Behinderung:

Die Inzidenz einer geistigen Behinderung beträgt 2–3%. Bei ca. 5–10 % der Betroffenen sind zytogenetisch detektierbare Chromosomenveränderungen nachweisbar. Das Auflösungsvermögen einer konventionellen Chromosomenanalyse ist eingeschränkt. Erkennbar sind Veränderungen im Größenbereich von 5–10 Mb, d.h. Stückverluste oder Zugewinne von 5–10 Millionen Basenpaaren. Ein normales Ergebnis bei der Chromosomenanalyse schließt also nicht aus, dass innerhalb der Chromosomen Deletionen oder Duplikationen vorliegen, die die Symptomatik des Kindes erklären könnten. Bestimmte derartige Krankheitsbilder sind mittlerweile gut bekannt und gezielt untersuchbar durch Fluoreszenz-in situ-Hybridisierung (FISH) (z.B. Mikrodeletion 22 oder Deletionen/Duplikationen im Subtelomerbereich). Sie sind für weitere 5% der geistigen Behinderungen verantwortlich.

Mithilfe des „CHIPs“ haben die Autoren die Erbsubstanz von Patienten auf 100 kb genau nach kleineren, bisher nicht genau bekannten Deletionen oder Duplikationen auch innerhalb der Chromosomen untersucht.

Bei 67 Kindern mit geistiger Behinderung wurde diese Methode angewandt, bei allen war zuvor eine hochauflösende Chromosomenuntersuchung durchgeführt worden und alle waren klinisch genetisch untersucht worden, ohne dass eine spezielle Syndromzuordnung gelang.

Bei 11 Kindern wurde mit der neuen Methode die Ursache der Behinderung diagnostiziert (=16%). Es lagen Deletionen oder Duplikationen verschiedenster Chromosomenbereiche von 10kb-7Mb vor.

Deletionen oder Duplikationen innerhalb des Genoms kommen aber auch bei Gesunden vor, weshalb die Mituntersuchung der Eltern bei dieser Methode erforderlich ist. Es konnte aufgezeigt werden, dass diese die Veränderungen nicht tragen und dass sie zudem in genreichen Regionen lagen. Damit war die kausalpathogenetische Bedeutung dieser Befunde belegt.

Dies hat dann die bekannten Konsequenzen für die Familie, die Suche nach der Ursache kann gestoppt werden, das Wiederholungsrisiko kann benannt werden.

Kommentar:

Derzeit werden von vielen Arbeitsgruppen verschiedene CHIPs, die sich in der Größe der detektierbaren Deletionen/Duplikationen unterscheiden, eingesetzt. Die CHIP-Diagnostik ist noch im Entwicklungsprozess und in der Routinediagnostik noch nicht etabliert, aber – die Methode ist vielversprechend. Es kommt jetzt darauf an, Standards für die Routinediagnostik zu definieren und mögliche Fehlerquellen zu eruieren. So müssen noch immer die Eltern mit untersucht werden, weil auch Gesunde über das Genom verteilt Deletionen oder Duplikationen tragen können. Diese Veränderungen können wir allerdings in der Bedeutung für die langfristige Gesundheit noch nicht abschätzen.

Mit Hilfe dieser Methode werden wir mittelfristig sicherlich neue distinkte Krankheitsbilder kennenlernen (z.B. Duplikationssyndrome), die wir dann auch klinisch erkennen können, und auf diese Weise häufiger bei Kindern mit unklarer geistiger Behinderung eine genetische Diagnose stellen können.

(Stephanie Spranger, Bremen)

Management and Etiology of the Unilateral Multicystic Dysplastic Kidney: a Review

Hains DS et al., *Pediatr Nephrol*; epub May 2008

Die vorliegende Metaanalyse befasst sich mit der multizystischen Niere, die eine der häufigsten renalen Fehlbildungen bei Kindern darstellt. Verschiedene mögliche Ursachen werden diskutiert. Hierzu gehören Spontanmutationen, Teratogene, intrauterine Infektionen und obstruktive Uropathien. In 5-43% der Fälle sind multicystische Nieren mit anderen urologischen Fehlbildungen struktureller und funktioneller Natur assoziiert. In 19-73% der Fälle verkleinert sich die multicystische Niere, verbunden mit einer kontralateralen Hypertrophie in 24-81% der Fälle. Die GFR liegt zwischen 86-122 ml/min/1,73m² KO. Von vielen Autoren wird eine regelmäßige Kontrolle von Nierengröße (Ultraschall), Blutdruck und Serum-Kreatinin vorgeschlagen. Allerdings ist das Risiko der Entwicklung eines arteriellen Hypertonus nicht höher als in der Normalbevölkerung. Ähnliches gilt für die Entwicklung renaler Tumoren. Eine routinemäßige chirurgische Entfernung der Nieren wird in den meisten Publikationen nicht empfohlen.

Kommentar:

Heute werden multicystische Nieren auch in vielen deutschen Kinderkliniken noch als Routineeingriff entfernt. Diese große Metaanalyse zeigt, dass hierfür keine Indikation besteht. Selbst arterieller Hypertonus oder renale Tumoren treten nicht häufiger auf als bei gesunden Kindern. Auch unter den vielen Patienten, die in Hannover regelmäßig kindernephrologisch betreut werden, war in den letzten 10 Jahren in keinem Fall eine Nephrektomie oder antihypertensive Therapie notwendig. Bei Diagnose einer multicystischen Niere sollte vor allem die Aufklärung der Eltern über die Harmlosigkeit der „Besonderheit“ ihres Kindes im Vordergrund stehen, nachdem mögliche assoziierte Fehlbildungen ausgeschlossen wurden. Regelmäßige, aber seltene (max. jährliche) Routinekontrollen mit Sonografie, RR-Messung und Bestimmung der Retentionsparameter können empfohlen werden, aber vor allem, um der Familie die positive Langfristperspektive deutlich zu machen.

(Lars Pape, Hannover)

Prevalence of Celiac Disease in Children with Type 1 Diabetes mellitus Increased in the Mid-1990s: An 18-year Longitudinal Study based on Anti-endomysial Antibodies

Salardi S et al., *J Pediatr Gastroenterol Nutr*; 46, 612-614, April 2008

Eine finnische Studie (Lohi S, *Aliment Pharmacol Ther* 2007;26:1217-25) zeigte, dass die Prävalenz der Zöliakie in der finnischen Bevölkerung von 1 % zwischen 1978 und 1980 auf 2 % in dem Zeitraum 2000 bis 2001 angestiegen ist. Auch im klinischen Alltag beobachtet man, dass Zöliakieerkrankungen immer atypischer verlaufen und auch bei älteren Kindern zunehmend diagnostiziert werden können.

Salardi et al. stellen nun eine Studie zur Prävalenz für Zöliakie bei Kindern mit Typ I-Diabetes mellitus vor und zeigen, dass während eines Beobachtungszeitraums von 18 Jahren (Beginn 1984) eine Zunahme der Prävalenz beobachtet werden konnte. Sie untersuchten 331 Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus, die bei der Diagnose 8,1 +/- 4,4 Jahre alt waren. Bei allen wurden die Endomysium-Antikörper bestimmt. Zwei Patienten hatten bereits vor der Diagnose des Diabetes mellitus eine Zöliakie und bei 29 der 331 Patienten wurden positive Endomysium-Antikörper nachgewiesen. Bei 23 Patienten wurde eine Dünndarmbiopsie durchgeführt, von denen 18 typische zöliakiespezifische Veränderungen aufwiesen und 5 eine normale Mukosa hatten. Bei 2 der 5 Patienten wurde in einer 2. Biopsie, die zwischen 1 und 4,5 Jahren danach durchgeführt wurde, dann doch eine Zöliakie mit typischen Veränderungen nachgewiesen, während die anderen 3 Patienten nach wie vor unauffällig waren. Insgesamt hatten 6,6 % der Patienten eine Zöliakie entwickelt. Bezogen auf die Zeitachse zeigte sich, dass zwischen 1987 und 1994 3,3 % und zwischen 1995 und 2004 10,6 % neue Zöliakiefälle in diesem Krankengut entdeckt wurden.

Kommentar:

Wir lernen aus der aktuellen epidemiologischen Entwicklung, dass wir zunehmend auf die Diagnose einer Zöliakie sowohl bei gesunden als auch bei Patienten mit Autoimmunerkrankungen achten müssen. Unter der bundesdeutschen Bevölkerung wird eine Prävalenz von 1:200 bis 1:300 geschätzt. Eine Studie bei Erwachsenen mit Diabetes mellitus Typ I aus Mexiko (Remes-Troche JM, *J Clin Gastroenterol* 2008; 42:460-465) ergab eine biopsiesichere Zöliakieprävalenz von 6 %. In einer französischen Studie mit 950 Kindern mit Typ I-Diabetes mellitus, die zwischen 1994 und 2001 untersucht wurden, konnte dagegen nur bei 1,6 % eine biopsiesichere Zöliakie nachgewiesen werden (Poulain C, *Diabetes Metab* 2007;33:453-458).

Zusammengefasst kann konstatiert werden, dass die Zöliakie eine autoimmune gastroenterologische Erkrankung mit zunehmender Häufigkeit darstellt. Vor allem bei anderen endokrinen Autoimmunerkrankungen – wie Diabetes mellitus oder auch Hashimoto-Thyreoiditis – muss man an eine höhere Prävalenz denken und regelmäßige Screeninguntersuchungen durchführen.

(Stefan Wirth, Wuppertal)

Neonatal Antibiotic Treatment May Be a Risk Factor for Early Wheezing

Alm B et al., *Pediatrics* 121: 697-702, April 2008

In Voruntersuchungen war ein Zusammenhang zwischen Antibiotikagabe im 1. Lebensjahr und der Entwicklung von Asthma im Kindesalter vermutet worden. Um diesen fraglichen Zusammenhang weiter zu analysieren, wurde an der Universität von Göteborg eine Kohorten-Gruppe von ca. 50% der Familien der 2003 in Westschweden geborenen Kindern untersucht. 4978 Familien (Antwortrate 68,9%) beantworteten einen Fragebogen im Alter der Kinder von 6 bis 12 Monaten. Mit 12 Monaten hatten 20,2% der Säuglinge eine oder mehrere obstruktive Episoden erfahren, 5,3% sogar 3 oder mehr Episoden. 4,1% der Säuglinge waren bereits mit inhalativen Steroiden behandelt worden. Unabhängige Risikofaktoren für die Therapie mit inhalativen Steroiden waren männliches Geschlecht, Frühgeburt unter 37 Schwangerschaftswochen, familiäre Belastung mit Asthma oder Ekzem bei Mutter oder Geschwister sowie Stillen unter 5 Monaten. Außerdem wurde ein Effekt von Antibiotikagabe bei Neonaten beobachtet. Auch in einer holländischen Geburtskohorte war die Darmflora im Alter von 1 Monat durch eine antibiotische Behandlung in den ersten Lebenswochen so verändert worden, dass eine Prädisposition zu Ekzem und obstruktiven Episoden im Alter von 2 Jahren resultierte.

Kommentar:

Der Einfluss der Darmflora im frühen Säuglingsalter scheint zunehmend wichtig für die Frage einer Atopieentstehung zu werden und eine Störung dieser Darmflora sollte nicht unnötigerweise erfolgen. Wie so häufig wird dieses nicht der einzige Faktor sein, aber mit anderen Faktoren wie atopischer familiärer Belastung, Hygiene, Allergenbelastung und Infekten, wahrscheinlich einen gewissen Beitrag leisten.

(Frank Riedel, Hamburg)

Welche Diagnose wird gestellt?

Anne Ostendorf und Peter H. Höger

Anamnese

Schwangerschaft, Geburt und Neonatalperiode unauffällig. Seit Beginn des Kindergartenbesuches im Februar 2008 vermehrt rezidivierende Infekte. Vor ca. vier Wochen zuletzt fieberhafter Infekt über drei Tage. Akut vor Aufnahme drei Tage Fieber bis 39,3°C, dabei zunehmende Entwicklung eines zunächst punktförmigen, im Verlauf flächigem urtikariellen Exanthems am gesamten Körper mit wechselnder Lokalisation und geringem Juckreiz. Nach Abblassen des Exanthems z.T. bläulich-livide Veränderungen.

Untersuchungsbefund

1,7 Jahre alter Junge in stabilem AZ. Im Gesicht, Stamm und den Extremitäten klein- bis großflächiges, urtikarielles Exanthem mit Einzelläsionen bis 10 cm Durchmesser. In einzelnen Läsionen sekundäre Hämorrhagien (Abbildung). Kein Juckreiz, zum Teil erythematös, z.T. livide verfärbt, keine Petechien. HNO-Bereich reizlos. Lymphknoten nicht vergrößert palpabel. Cor: 2/6 tel Systolikum, rhythmisch. Pulmo symmetrisch belüftet, keine RG's, keine Obstruktionen. Abdomen weich, kein Druckschmerz, regelrechte Darmgeräusche. Genitale männlich, infantil. Hoden beidseits descendiert. Übriger körperlicher und neurologischer Untersuchungsbefund unauffällig. Temperatur: 36,8°C.

Labor: Normwerte für BB, Thrombozyten Diff.-BB., CrP, Kreatinin. Urin-Status unauffällig

Echokardiographie: links ventrikulärer Sehnenfaden



Abb.: Urtikarielle und hämorrhagische Effloreszenzen am Thorax. Sekundäre Einblutungen in vorbestehende Urticae führen zu Hämatom-artigen Läsionen, die an Kindesmisshandlung denken lassen

Wie lautet die Diagnose?

GPGE-Ausschreibung Ernährungsstipendium

Die Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung e.V. (GPGE) vergibt ein von der Fa. Milupa GmbH Deutschland gesponsortes Stipendium in Höhe von 15.000,- Euro an junge Ärztinnen und Ärzte, die Mitglied in der GPGE sind oder die Mitgliedschaft beantragt haben, Vorkenntnisse und/oder wissenschaftliches Arbeiten im Bereich der Ernährungsforschung nachweisen können und mittel- bis langfristig eine berufliche Perspektive an der entsendenden Klinik haben. Das Stipendium dient der Förderung der wissenschaftlichen Ausbildung im Bereich der Ernährung gesunder und kranker Kinder und Jugendlicher. Es wird vorzugsweise als Zuschuss zur Finanzierung eines drei- bis sechsmonatigen Studienaufenthaltes der entsendenden Klinik (oder Universität) in einer internationalen Institution (Klinik oder Forschungslabor) im Rahmen eines zweckgebundenen Forschungsprojektes vergeben. **Einreichungsfrist ist der 31.12.2008.** Das Stipendium soll zeitnah angetreten werden. Die vollständige Ausschreibung mit den genauen Bedingungen unter: <http://www.gpge.de>, „Anträge“.

Diagnose: Akutes hämorrhagisches Ödem (M. Finkelstein)

Das akute hämorrhagische Ödem (M. Finkelstein) ist neben der Kokardenpurpura Seidlmeier eine klinische Manifestation der Purpura Schönlein-Henoch mit einem Manifestationsalter zwischen dem 4. und 24. Lebensmonat. Dabei handelt es sich um eine leukozytoklastische Vaskulitis, die meist post- oder parainfektios auftritt und vermutlich auf der vaskulären Ablagerung von Immunkomplexen beruht.

Klinik

1–2 Wochen nach einem Infekt zeigt sich typischerweise ein urtikarielles Exanthem wechselnder Ausprägung am gesamten Körper, insbesondere im Gesicht. Sekundär kommt es zur Einblutung in die primär urtikariellen Läsionen. Nach Abblassen bleiben an den hämorrhagischen Arealen die typischen lividen Verfärbungen zurück. Die klinische Symptomatik beschränkt sich in den meisten Fällen auf die Haut. Im Unterschied zur Purpura Schönlein-Henoch ist eine weitere Organbeteiligung, insbesondere Nieren- und Gelenkbeteiligung, extrem selten. Die Patienten befinden sich zumeist in gutem AZ und sind fieberfrei.

Diagnostik

Eine spezielle Diagnostik ist nicht erforderlich, es gibt keine wegweisenden Laborparameter. Blutbild und Entzündungsparameter sind meist unauffällig. Die Diag-

nose ergibt sich aus dem klinischen Bild und der Anamnese. Wegweisend ist das konsekutive Auftreten von urtikariellen und hämorrhagischen Effloreszenzen. Differentialdiagnostisch ist an andere Vaskulitiden und Gerinnungsstörungen zu denken. Bei der sogenannten „Kokardenpurpura“ (M. Seidlmayer), die eine ähnliche Ätiologie und Altersprädisposition aufweist, sind die Läsionen kokardenartig. Bei einer Urtikaria-Vaskulitis persistieren individuelle Urticae über >24 Stunden. Die sekundär auftretenden Einblutungen erinnern zum Teil an Hämatome. Daher ist eine weitere wichtige Differentialdiagnose die Kindesmisshandlung.

Therapie und Prognose

Eine spezielle Therapie ist nicht erforderlich. Die Erkrankung ist gutartig und selbstlimitierend. Innerhalb von 1–3 Wochen kommt es zu einer Restitutio ad integrum. Die Rezidivrate ist gering.

Literatur:

Millard T, Harris A, MacDonald D. Acute infantile hemorrhagic oedema. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41: 837-9

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

Red.: Höger



Curriculum für die Fortbildung von Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin in Manueller sowie Osteopathischer Säuglings- und Kinderbehandlung

Dieser Kurskomplex gibt den Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin erstmals die Möglichkeit, fachspezifische Untersuchungstechniken der Manuellen und Osteopathischen Medizin und darauf basierend einfache manuelle Behandlungstechniken zu erlernen und anzuwenden.

Besonderer Wert liegt auf der klinisch orientierten entwicklungsneurologischen Untersuchung im Säuglings- und Kleinkindalter. Die Untersuchungstechniken werden zunächst theoretisch im B1- und C1-Kurs geübt und danach im B2- und C2-Kurs praktisch an Säuglingen in kleinen Gruppen durchgeführt. Der Einführungskurs AT ist Voraussetzung.

AT-08	84/09	07.02.-08.02.09	Bad Sassendorf	C1-09	87/09	31.10.-01.11.09	Bochum
B1-08	85/09	28.02.-01.03.09	Bad Sassendorf	C2-09	88/09	27.11.-29.11.09	Bochum
B2-08	86/09	27.03.-29.03.09	Bochum				

Die Teilnehmerzahl ist auf 18 bis max. 24 Teilnehmer begrenzt!

Kursleitung:	Carl-Friedrich Arndt, Dr. med. Jörg Hohendahl
Veranstalter:	Deutsche Gesellschaft für Muskuloskeletale Medizin (DGMSM) e. V. – Akademie Boppard in Zusammenarbeit mit dem Kinderzentrum Ruhrgebiet an der Universitätsklinik Bochum in Kooperation mit dem European HIO-Center Bad Sassendorf
Anmeldungen:	DGMSM e. V. – Akademie Boppard Obere Rheingasse 3, 56154 Boppard, Tel. 06742 8001-0, Fax 06742 8001-27

Auftrag verfehlt



Dr. Wolfgang
Gempp

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) kann sich nicht zur notwendigen inhaltlichen Weiterentwicklung der Vorsorgeuntersuchungen durchringen. Die neue U7a wurde an die völlig veralteten Kinderrichtlinien aus dem Jahre 1976 angepasst.

Wir erinnern uns: Im Sommer 2006 rüttelten mehrere Fälle von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung mit teilweise tödlichem Ausgang das politische Berlin auf. Bundeskanzlerin Merkel berief am 19.12.2007 einen „Kindergipfel“ nach Berlin ein. Gemeinsam mit den Landesregierungen wurde ein Maßnahmenpaket zur Verbesserung des Kinderschutzes beschlossen. Unter anderem sollte „der Kette von Untersuchungen zwischen dem zweiten und vierten Lebensjahr in Zukunft eine weitere Untersuchung hinzugefügt werden“. Das BMG beauftragte den Gemeinsamen Bundesausschuss, sich des Themas bevorzugt anzunehmen. In einer für den G-BA geradezu als Schnellverfahren zu bezeichnender Weise, wurde eine U7a in die Kinderrichtlinien eingefügt und bereits zum 1. Juli 2008 in Kraft gesetzt.

Welche Enttäuschung für uns Kinder- und Jugendärzte!

Die Ausgestaltung der neuen U7a wurde den bestehenden anerkanntermaßen veralteten Vorsorgen angepasst, die qualitativen Voraussetzungen auf niedrigstem Niveau fortgeschrieben. Dabei hatte der BVKJ mit seinem „Grünen Vorsorgeheft“ eine den heutigen Ansprüchen angepasste Vorlage geliefert. Die vom BVKJ erarbeiteten Vorschläge zur Primärprävention und den neuen, vor allem sozial bedingten Morbiditäten, wurden ignoriert. Kindesmisshandlung und -vernachlässigung werden, wie mit dem bisherigen Vorsorgeprogramm, weiterhin unzureichend erfasst. Auch die neu eingefügte Untersuchung des Sehvermögens entspricht nicht den von Augenärzten und Kinder- und Jugendärzten erhobenen Forderungen an ein flächendeckendes Sehscreening.

„Wir müssen weg von dem alten Konzept der Früherkennung, also dem frühestmöglichen Erkennen bereits vorhandener Erkrankungen (sogenannte sekundäre Prävention), hin zum Konzept der Verhinderung von Krank-

heitsentstehung, also zur primären Prävention“, so BVKJ-Präsident Dr. Wolfram Hartmann in seiner Presseerklärung zur Einführung der neuen U7a.

Von der Bewertung mit 790 Punkten, was bei der derzeitigen Punktwährung etwa 28 bis 34 € entspricht, einmal abgesehen, hat der G-BA seinen Auftrag verfehlt, den Kinder- und Jugendärzten ein zusätzliches Instrument zur Verhinderung von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung in die Hand zu geben. Der G-BA stand unter zweifachem Druck. Die Kassen-Vertreter wünschten eine möglichst billige Lösung. Die zusätzliche Vorsorgeuntersuchung kommt ihnen mit etwa 20 Millionen € pro Jahr (laut KBV) schon teuer genug. Und die KV-Vertreter haben offensichtlich den Forderungen der Allgemeinärzte nachgegeben, die fürchteten, von einer qualitativ aufgewerteten U7a ausgeschlossen zu werden.

„Natürlich werden wir die gegenwärtig beschlossene U7a-Konzeption nutzen, um mit den besonderen Qualifikationen, die eine kinder- und jugendärztliche Weiterbildung gewährleistet, eine bestmögliche Versorgung der Kinder möglich zu machen“, betont Dr. Hartmann, „wir werden den Eltern aber auch weiterhin die moderne Form der U7a, so wie sie unser Verband entwickelt hat, gegen Zuzahlung anbieten“. Der BVKJ wird im Unterausschuss Prävention des G-BA mitarbeiten und fordern, das gesamte Kindervorsorge-Programm an die Erfordernisse der Zeit anzupassen.

Ab Juli 2008 sind die beschließenden Sitzungen des G-BA öffentlich. Vielleicht können dann auch Außenstehende die Entscheidungen dieses für die gesamte Gesundheitspolitik eminent wichtigen Gremiums besser nachvollziehen.

Dr. Wolfgang Gempp
Sonnenrain 4
78464 Konstanz
dr.gempp@t-online.de

Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

Die Justitiare des BVKJ e.V., die **Kanzlei Dr. Möller und Partner**, stehen an **jedem 3. Donnerstag** eines Monats von **17.00 bis 19.00 Uhr** unter der Telefonnummer

0211 / 758 488-14

für telefonische Beratungen zur Verfügung.

Stephan Eßer, Hauptgeschäftsführer

Die neue U7a „light“

Auf Druck der Politik (BMG) haben G-BA, KBV und der erweiterte Bewertungsausschuss in überraschend kurzer Zeit die U7a für Kinder im Alter von 34 bis 36 Monaten (Toleranzzeiten 33.–38. Monat) als Leistung der GKV zum 1.7.2008 eingeführt.

Es ist jedoch nicht zur Übernahme unserer seit über zwei Jahren bewährten Checkheft-U7a gekommen, sondern zu einer Mischung aus alter U7 und U8, ergänzt um ein Sehscreening. Die ausführlicheren Inhalte der Checkheft-U7a, wie sie der Ausschuss für Prävention und Frühtherapie des BVKJ mit Hilfe namhafter Experten zur Entwicklungsdiagnostik, zum effizienten Sprachscreening (Konzept der Entwicklungs-Grenzsteine) und zur psychosozialen Entwicklung (Fragebogen nach Esser und Laucht) und zur primär präventiven Beratung entwickelt hat, sind damit leider nicht in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen worden. Dagegen wurde im Hau-Ruck-Verfahren ein kinderärztliches Sehscreening mit speziell vorgeschriebenen Verfahren eingeführt. Dabei sollen eine Nystagmus-Prüfung (per Inspektion), eine Strabismus-Prüfung (per Hirschberg-Test sowie Lang-Test oder Titmus-Test oder TNO-Test), sowie eine monokulare Visusprüfung für die Fernsicht (Abstand 3 m, mittels H-Test, Lea-Hyvärinen-Test oder Sheridan-Gardiner-Test) durchgeführt wer-

den. Der erweiterte Bewertungsausschuss hat für dieses Sehscreening zwei Arztminuten vorgesehen.

Der BVKJ hat zusammen mit dem Berufsverband der Augenärzte in den letzten Jahren immer wieder für einen anderen Weg plädiert, nämlich für ein generelles Sehscreening durch Augenärzte im Alter von 2½ bis 3 Jahren. Dieses Verfahren wurde jetzt aber unverständlicherweise abgelehnt. Es wird sicher in der Untersuchungssituation mit fast dreijährigen Kindern nicht immer ein suffizientes pädiatrisches Sehscreening in der vorgesehenen Zeit möglich sein, so dass viele Überweisungen zum Augenarzt mit Sehschule notwendig werden können. Als EBM-GO-Ziffer wurde die 01723 festgelegt, honoriert mit 790 Punkten.

Einlegeblätter werden wir von der KBV wohl nicht vor Oktober erhalten, neue Vorsorgehefte wird es demnächst für Neugeborene geben. Bis dahin haben wir ein Einlegeblatt des BVKJ entwickelt, das Sie in Pädinform finden und herunterladen (Ordner Prävention, Unterordner Download Präventionsdokumente) und als pdf-Datei mit doppelseitigem Druck ausdrucken können.

Die meisten regionalen Verträge zur Checkheft-U7a wurden ab dem 1.7.2008 hinfällig, so dass diesen Patienten nur die abgespeckte neue U7a auf Kassenkosten an-



Dieses Einlegeblatt erhalten Sie von Ihrer Kinder- und Jugendarztpraxis:



Falls Sie sich für die ausführlichere U7a des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte mit zusätzlichen Fragebögen zur seelischen Entwicklung Ihres Kindes und mit zusätzlichen Untersuchungs- und Beratungsinhalten interessieren, sprechen Sie uns bitte an. Wir halten weitere Infos über Kosten und Inhalte vorrätig, auch zu den von uns ebenfalls entwickelten neuen Früherkennungsuntersuchungen U10 mit 7-8 Jahren, U11 mit 9-10 Jahren und J2 mit 16-17 Jahren!

Herausgegeben vom BVKJ, Miielenforster Str. 2, 51069 Köln

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

**Einlegeblatt
U7a**

Liebe Eltern,
zum 1.7.2008 wurde in Deutschland mit der U7a im Alter von 3 Jahren (34-36 Monaten) eine neue Früherkennungsuntersuchung für alle Kinder eingeführt. Damit wurde eine von vielen Lücken im Früherkennungssystem für Kinder und Jugendliche geschlossen.

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte hätte sich eine bessere Version dieser Untersuchung gewünscht, die die Kinder- und Jugendärzte seit 2006 bereits anbieten. Diese Untersuchung wird von den gesetzlichen Krankenkassen in diesem Umfang jedoch nicht finanziert.

Verantwortlich für die Inhalte der nun von den Kassen zu bezahlenden U7a ist der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (G-BA). Dieser Ausschuss hat leider das moderne Konzept für Kindervorsorgeuntersuchungen des Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte nicht übernommen, sondern sich an dem bisherigen, nach Ansicht aller Fachleute veralteten Kindervorsorgeprogramm orientiert, vorwiegend, um Kosten zu sparen. Die im Rahmen dieser Untersuchung vorgesehene Sehprüfung mit verschiedenen Untersuchungsgängen erfüllt die Anforderungen an ein echtes Sehscreening, das mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Sehstörung bei einem Kind in diesem Alter aufdeckt, nicht. Wir werden Ihr Kind deshalb bei geringstem Verdacht auf eine Normabweichung sicherheitshalber zur weiteren Diagnostik an eine Augenarztpraxis mit Sehschule überweisen.

Dieses Einlegeblatt können Sie zur Dokumentation der neuen U7a in das gelbe Vorsorgeheft Ihres Kindes zwischen der U7 und der U8 einfügen.

Einlegeblatt für die abgespeckte U7a der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2008

Bitte – falls zutreffend – die auffälligen Befunde bzw. Angaben ankreuzen

U7a

<p>Erfragte Befunde</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Krampfepile <input type="checkbox"/> Mäßenstörungen <input type="checkbox"/> Gehörte Infektionen <input type="checkbox"/> Altersgemäße Sprache fehlt (z.B. keine Drei- bis Fünfwort-sätze, eigener Vokal oder Substantiv nicht verwendet) <input type="checkbox"/> Abnormer Sprachverständnis test (z.B. kein Zeigen auf Körperteile auf Befragen) <input type="checkbox"/> Verhaltensauffälligkeiten (z.B. Stereotypen, ausgeprägte nächtliche Schlafstörungen) <input type="checkbox"/> Eltern/Geschwister: Schwestern? Bräutigam? Frühkindliche Augenverletzungen? <input type="checkbox"/> Kind: Selbsterkrankungen, Schwellen, Kopfverletzungen, Augenlidern aufgetan? <p>Erhöhte Befunde</p> <p>Körpermaße (alle in mm, Sonnengramm eintragen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Untergewicht <input type="checkbox"/> Übergewicht <input type="checkbox"/> Minderwuchs <input type="checkbox"/> Disproportion <p>Haut</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Auffällige Blässe <input type="checkbox"/> Cyanose <input type="checkbox"/> Pigmentanomalie <input type="checkbox"/> Hämatom <input type="checkbox"/> Ernste Verletzungslinien <input type="checkbox"/> Chron. entzündete Hautveränderung <p>Brustorgane</p> <p>Herz/Wirz</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Struma <input type="checkbox"/> Lagerunruhe, Herzgeräusch <input type="checkbox"/> Herzaktion beschleunigt, verlangsamt, unregelmäßig <input type="checkbox"/> Vorliegen oder bestehender Herzrhythmusstörung <input type="checkbox"/> Femoralpulsus fehlt <p>Lunge</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> path. Auskultationsbefund <input type="checkbox"/> Dyspnoezeichen bei Belastung 	<p>Beckorgane</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Keine rechts, links <input type="checkbox"/> Lebervergrößerung <input type="checkbox"/> Milzvergrößerung <input type="checkbox"/> Andere path. Befund <p>Geschlechtsorgane</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hoden/Hochstand rechts, links <input type="checkbox"/> Andere Anomalie (z.B. Hydrocele, Hypospadie, Hymenatresie) <p>Skelettsystem</p> <p>Schädel (alle Schräglinien in Diagramm eintragen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Abnormal Kopfumfang <p>Fraktur/Wirbelsäule</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fehlbildung oder Fehthalbung der Hand, Skoliose, vererbte Brustkyphose oder Lendenkyphose, Beckenkyphose, Beckenschiefellage) <p>Gelenke</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> untypisch, X-Beine oder O-Beine <p>Frage: Schulwerk richtig? (Zwischen Großhaken und Schulkappe mind. 1 cm Abstand, beugbare Schlie)</p> <p>Sinnesorgane</p> <p>Augen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Schielen (Konstanzreflextest und Random Dot-Test z.B. Lang-Test, Titmus-Test, TNO-Test) <input type="checkbox"/> Nyktalgie (Augenrötten, Kopfschmerz) <input type="checkbox"/> Sinnesorgane, insbesondere rechts-links-Differenz, (nonverbale Farnständererkennungstest, z.B. Lea-Hyndley-Test, Sheridan-Gardner-Test, H-Test nach Hohmann/Passie mittels Einzelplättchen in 2m Abstand und monokularer Prüfung durch z.B. Okkultationsflaster) 	<p>Haut</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Keifer- und/oder Zahnfleischgranulome <input type="checkbox"/> Neue <input type="checkbox"/> Behinderter Nasenatmung <p>Ohren</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hörleistung fehlt mit 3 Beine Kopfwendung zur Geräuschquelle seitlich hinter dem Kopf? <p>Motorik und Nervensystem</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> lockereges Abziehen von einer Blüte mit rechter Gleichgewichtskontrolle fehlt <input type="checkbox"/> Buchstaben werden einzeln umgedreht <input type="checkbox"/> Konstante Asymmetrie von Tonus, Bewegungen, Reflexen <p>Ergänzende Angaben</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fluoridprophyl. nicht durchgeführt <input type="checkbox"/> Eltern unzufrieden mit Entwicklung und Verhalten des Kindes, weil <input type="checkbox"/> seit letzter Früherkennungsuntersuchung entwicklungsgefährdende Erkrankung oder Operation, welche
--	--	--

für: _____

U7a

34. – 36. Lebensmonat

1	<input type="checkbox"/> nicht <input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2	Körpergewicht	Körpergröße	Kopfumfang
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Stomatitis Kind abgemeldet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5	Gewichte Diagramm (ICD)	Auffällige Verhaltensprobleme (Kleiner oder ICD)	
6	Aufführung über Injektionen erfolgt Injektionen abnormalempfindlich erfolgt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstige Bemerkungen			
			20 Datum

geboten werden kann. Für die bundesweiten Verträge mit KKH/Deutscher BKK, GEK und auch Siemens-BKK konnte erreicht werden, dass die Checkheft-U7a mit einem Honorar von 50 € bis zum Ende des Jahres 2008 weiterhin über den vereinbarten Weg abgerechnet werden kann.

Es bleibt uns natürlich unbenommen, die Checkheft-U7a des BVKJ für GOÄ-Patienten und als IGel oder als Add-on-IGel anzubieten.

Dr. Martin Terhardt
– für den Ausschuss Prävention und Frühtherapie
Düsseldorfer Str. 75, 40878 Ratingen

Red: ReH

I. NCL-Forschungspreis

Die NCL-Stiftung verleiht zum ersten Mal den NCL-Forschungspreis in Höhe von **50.000 Euro**. Ziel dieses Forschungspreises ist es, die seltene Krankheit **juvenile NCL**, die weltweit noch nicht ausreichend gefördert wird, anhand beispielhafter Projekte voranzutreiben.

Besonders preiswürdig sind innovative klinisch-orientierte Projekte. Das Preisgeld soll für ein Doktorandenstipendium eingesetzt werden, um das eingereichte Projekt konkret umzusetzen und den wissenschaftlichen Nachwuchs gezielt zu fördern.

Wir fordern Forscher/innen weltweit auf, Projekte einzureichen, um zur Heilung der juvenilen NCL beizutragen. Wissenschaftler/innen aus verwandten Gebieten wie Alzheimer, Altern und lysosomale Speicherkrankheiten sind ebenfalls aufgefordert, einen Antrag zu stellen.

Der Preis wird im Rahmen einer Charity-Veranstaltung Ende 2008 offiziell überreicht.

Vollständig ausgefüllte Bewerbungsunterlagen können bis einschließlich **31. Oktober 2008** eingereicht werden.

Interessierte Wissenschaftler/innen richten Ihre Bewerbung ausschließlich per E-Mail an:

Forschung@ncl-stiftung.de

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an:

NCL-Stiftung

Dr. Frank Stehr – Leiter Forschung und Marketing

Holstenwall 10, 20355 Hamburg

Tel.: +49-40-350044-91, Fax: +49-40-350044-93

Neue Untersuchungszeiträume und Toleranzgrenzen für Vorsorgeuntersuchungen und sonographisches Hüftscreening

Jedes Kind hat ein Anrecht auf die gesetzlich vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen. Versäumte Vorsorgen sollten daher nachgeholt werden. Dabei müssen die Vorgaben der Kinderrichtlinien eingehalten werden.

In den Kinderrichtlinien sind der Inhalt, der Untersuchungszeitraum und die Toleranzgrenzen der Vorsorgeuntersuchungen U2–U9 festgelegt.

Bei der letzten Änderung des G-BA wurden neben der Einführung der U7a auch die Untersuchungszeiträume und die Toleranzgrenzen einiger Vorsorgen verändert.

Untersuchungsstufe			Toleranzgrenze		
U2	3. – 10.	Lebenstag	U2	3. – 14.	Lebenstag
U3	4. – 5.	Lebenswoche	U3	3. – 8.	Lebenswoche
U4	3. – 4.	Lebensmonat	U4	2. – 4 1/2.	Lebensmonat
U5	6. – 7.	Lebensmonat	U5	5. – 8.	Lebensmonat
U6	10. – 12.	Lebensmonat	U6	9. – 14.	Lebensmonat
U7	21. – 24.	Lebensmonat	U7	20. – 27.	Lebensmonat
U7a	34. – 36.	Lebensmonat	U7a	33. – 38.	Lebensmonat
U8	46. – 48.	Lebensmonat	U8	43. – 50.	Lebensmonat
U9	60. – 64.	Lebensmonat	U9	58. – 66.	Lebensmonat

Auf diese Toleranzzeiträume nehmen die Kassenärztlichen Vereinigungen Bezug und erlauben die Abrechnung bis maximal zum letzten Tag der Toleranzgrenze. Abrechnungen außerhalb der oben genannten Zeiträume werden im Rahmen der sachlich-rechnerischen Richtigstellung gestrichen und nicht vergütet.

Gleiches gilt für das sonographische Screening der Säuglingshüfte. Hier ist der entsprechende Zeitraum auf die „4. – 5. Lebenswoche“ ohne einen zusätzlichen Toleranzzeitraum festgelegt.

Außerhalb der Toleranzzeiträume müssen die Untersuchungen den Eltern als IGeL-Leistungen in Rechnung gestellt werden.

Nach dem Einfachsatz der GOÄ sind das mindestens 26,23 € für eine Vorsorge und 16,32 € für die Ultraschalluntersuchung der Säuglingshüfte. Voraussetzung ist eine nach der GOÄ erstellte Rechnung, die das Leistungsdatum, Gebührenordnungsnummer und Steigerungssatz enthält.

Es empfiehlt sich, dies bei der Terminvereinbarung in der Praxis durch die medizinische Fachangestellte abfragen zu lassen und die Eltern auf die entstehenden Kosten hinzuweisen. Erfahrungsgemäß sind viele Krankenkassen bereit, die entsprechenden Rechnungen zu ersetzen.

Dr. Roland Ulmer – für den Honorarausschuss

Red.: ge

Welche Untersuchungen können neben der U7a als IGeL-Leistungen abgerechnet werden?

Im ursprünglichen Konzept des BVKJ für die U7a war der Mannheimer Fragebogen enthalten. In einigen Kassenverträgen, z.B. in Bayern, war im Gesamtkonzept der U7a auch ein Sprachtest, hier das Sprachscreening für das Vorschulalter (SSV), bei Bedarf implementiert.

Nachdem diese Elemente in der vom G-BA konzipierten „Rumpf“-U7a nicht mehr vorkommen, können sie als Screening-Instrumente erbracht werden, müssen aber von den Eltern als IGeL-Leistungen entsprechend den geltenden gesetzlichen Vorgaben (vorherige Information, detaillierte Rechnung nach GOÄ) bezahlt werden.

Infrage kommt, falls **Entwicklungsdiagnostik und Sprachtestung** erbracht werden sollen, die GOÄ-Ziffer 715: Prüfung der kindlichen Entwicklung (Grobmotorik, Feinmotorik, Sprache und soziale Entwicklung) z.B. mit 25 € (Einfachsatz 12,82 €, 2,3-fach Satz 29,46 €).

Wird nur der **SSV als zusätzliches Screeninginstrument** angeboten, kann die GOÄ-Ziffer 1555: Untersuchung der Sprache nach standardisierten Verfahren, z.B. für 15 € berechnet werden (Einfachsatz 6,94 €, 2,3-fach Satz 15,96 €).

Für den **Mannheimer Fragebogen** steht die GOÄ-Ziffer 857: Anwendung und Auswertung orientierender Testuntersuchungen (z.B. Fragebogentests) zur Verfügung, hier z.B. für 10 € (Einfachsatz 6,67 €, 2,3-fach Satz 15,34 €).

Mit diesen zusätzlichen IGeL-Leistungen kann das konzeptionelle Manko der „GBA-U7a“ wenigstens teilweise ausgeglichen werden, dazu muss das zusätzliche Screening im Praxisablauf aber auch aktiv beworben werden.

Dr. Roland Ulmer – für den Honorarausschuss
Marktplatz 33
91207 Lauf

Red.: ge

Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen,

der 6. Assistentenkongress des BVKJ wird vom 23. bis 26. April 2009 in Nürnberg stattfinden. Das Programm wird deutlich erweitert und gleichzeitig an die neuen Richtlinien der Weiterbildungsordnung 2004 angepasst. Am Donnerstag werden praxisbezogene Seminare zu den technischen Fertigkeiten angeboten. Im weiteren Verlauf werden in Plenarvorträgen, Assistententrainingsseminaren und Seminaren zur Vermittlung spezieller Kenntnisse über 3 Tage wesentliche Weiterbildungsinhalte vermittelt. Es sei noch insbesondere auf die kostenlose Mitgliedschaft während der Weiterbildungszeit hingewiesen. Damit können die Teilnahmekosten erheblich reduziert werden. Wir laden Sie recht herzlich zur Teilnahme ein.



Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid
Wissenschaftlicher Leiter
Vizepräsident BVKJ



Dr. med. Wolfram Hartmann
Präsident des BVKJ



6. Assistentenkongress

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

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

Nürnberg, 23. 4. bis 26. 4. 2009

Vorläufiges Programm (Stand: 25.7.2008)

Donnerstag, den 23. April 2009

Der Donnerstag wird als Fortbildungsblockkurs über 8 Stunden mit begrenzter Teilnehmerzahl (je nach Kurs 20–40 Teilnehmer) angeboten. Diese Veranstaltung findet in der Cnopf'schen Kinderklinik in Nürnberg, dem Klinikum Süd in Nürnberg und der Universitätskinderklinik Erlangen statt. In vier 1½ Stundenblöcken zwischen 11:00–19:00 Uhr wird die Thematik behandelt. Wesentlicher Inhalt dieses Angebotes ist die Vermittlung von praktischen Kenntnissen (Durchführung und Befundung Sonographie, Lungenfunktion, EKG, EEG, neurologische Untersuchung) sowie fallbezogene Arbeit und klinische Korrelation. Die Teilnahmeunterlagen bzw. die entsprechenden Weiterbildungszertifizierungen werden auch vom jeweiligen Ärztlichen Leiter der Klinik oder dem Fachbetreuer ausgestellt. Ein Abendprogramm ist am Donnerstag, den 23.04.08 nicht vorgesehen. Der Abend steht zur eigenen Verfügung.

Folgende Themen werden angeboten:

Sonographie
EKG
EEG
Spirometrie
Neuropädiatrie

Freitag, den 24. April 2009

Neonatalogie für den Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Kinder- und Jugendarzt

Koordination und Moderation: Prof. Dr. Andreas Schulze, Großhadern; Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid, Altötting

09:00–09:30 Uhr **Prinzipien der Erstversorgung von Früh- und Reifgeborenen**
Prof. Dr. A. Schulze, München

09:30–10:00 Uhr **Monitoring in der Neonatalogie – Grenzwerte und ihre Wertigkeit**
Dr. A. Flemmer, München

10:00–10:30 Uhr **Atemunterstützung und maschinelle Beatmung – Welches Verfahren ist bei welcher Indikation vorzusehen?**

Prof. Dr. H. Schiffmann, Nürnberg

10:30–11:00 Uhr Pause

11:00–11:30 Uhr **Grundlagen der oralen Ernährung von Früh- und Neugeborenen**

Dr. G. Nestmann, Nürnberg

11:30–12:00 Uhr **Welche Kriterien sind für die parenterale Ernährung von Frühgeborene essentiell?**

PD Dr. M. Schroth, Erlangen

12:00–12:30 Uhr **Das wachstumsretardierte Neugeborene**

Prof. Dr. J. Dötsch, Erlangen

12:30–13:00 Uhr **Praktische Aspekte zu Prozeduren bei Neugeborenen: venöse und arterielle Zugänge, Pleurapunktion, Intubation etc.**

Dr. A. Flemmer, München

13:00–14:30 Uhr Pause

14:30–15:00 Uhr Diagnostik und Therapie der neonatalen, bakteriellen Sepsis
Dr. G. Hammersen, Nürnberg

15:00–15:30 Uhr Spezielle Aspekte von Virusinfektionen der Neonatologie (RSV, CMV, TORCH – und andere)
Dr. G. Hammersen, Nürnberg

15:30–16:00 Uhr Frühgeborene an der Grenze der Lebensfähigkeit – Eine Gratwanderung zwischen unterlassener Hilfeleistung und Hightechmedizin
Prof. Dr. A. Schulze, München

16:00–16:30 Uhr Pause

16:30–17:15 Uhr Begrüßung durch den Präsidenten des BVKJ

Weiterbildung in der kinder- und jugendärztlichen Praxis – Wie geht das wo? Sinnvoll? Was läuft in der kinder- und jugendärztlichen Praxis? Was verdient man in der kinder- und jugendärztlichen Praxis?
Dr. W. Hartmann, Kreuztal

17:15–18:00 Uhr Weiterbildung zum Kinder- und Jugendarzt und zu den Schwerpunkten bzw. Zusatzbezeichnungen der Kinder- und Jugendmedizin – Worauf ist zu achten? Was braucht man wo? Einführungsreferat – Diskussion zu den Bedingungen der Weiterbildung in Praxis und Klinik
Prof. Dr. R. G. Schmid, Altötting
L. Schmid, München
Dr. W. Hartmann, Kreuztal

19:00–22:00 Uhr **Abendprogramm**

Samstag, den 25. April 2009

09:00–09:45 Uhr Die Vorsorgeuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter (U1 bis U9, U7a, U10, U11, J1, J2)
Dr. H. J. Kahl, Düsseldorf

09:45–10:30 Uhr Der Impfplan 2009 in Deutschland Darstellung des Impfplanes und Empfehlungen zur Umsetzung – Wie impft man wann und wo in der kinderärztlichen Praxis?
Prof. Dr. U. Heininger, Basel

10:30–11:00 Uhr Pause

11:00–11:45 Uhr Die Top 5 der Jugendmedizin: Adipositas, Psychosomatik-Sozialpädiatrie, Allergologie, Umschriebene Entwicklungsstörung (Legasthenie u. a.) und Sozialverhaltensstörung
Prof. Dr. R. G. Schmid, Altötting

11:45–12:30 Uhr Umschriebene Entwicklungsstörung – Sozialverhaltensstörungen – Basisdiagnostik zur Erfassung und die daraus resultierenden therapeutischen Konsequenzen
Prof. Dr. G. Esser, Potsdam

12:30–14:00 Uhr Pause

14:00–15:30 Uhr Seminar Block 1

15:30–16:00 Uhr Pause

16:00–17:30 Uhr Seminar Block 2

17:30–17:45 Uhr Pause

17:45–19:00 Uhr Die ärztliche Gesprächsführung – Grundlagen, Tipps und Tricks zu einem schwierigen Thema
Prof. Dr. M. Volkenandt, München

20:00–23:00 Uhr **Abendprogramm**

Sonntag, den 26. April 2009

09:00–10:00 Uhr Televoting-Quiz: Die Sonographie des Abdomen mit vielen Bildern
Prof. Dr. K. H. Deeg, Bamberg

10:15–11:45 Uhr Seminar Block 3

12:00–13:00 Uhr Televoting-Quiz: Die Sonographie des Schädels mit vielen Bildern
Prof. Dr. K. H. Deeg, Bamberg

Sonderseminare für Seminar Block 1–3

Seminar A: Assistententraining

Diese Seminare finden jeweils in einer Doppelstunde über 90 Minuten statt und werden je nach Bedarf bis zu zweimal gehalten. Die Teilnehmerzahl ist auf 30 begrenzt. Die Aufgabe ist die Vermittlung des Basiswissens aus den Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen die für die Kinder- und Jugendmedizin interessant sind. Die Intensität der Fortbildung ist auf dem Level „Weiterbildung zum Kinder- und Jugendarzt“ justiert. Spezialisierte Kenntnisse für die Schwerpunkte und Zusatzbezeichnungen werden nicht in diesem Rahmen vermittelt.

1. Assistententraining zur Weiterbildungsprüfung zum Kinder- und Jugendarzt
Was muss ich von der Hämatologie / Onkologie wissen?
Prof. Dr. W. Scheurlen, Nürnberg

2. Assistententraining zur Weiterbildungsprüfung zum Kinder- und Jugendarzt
Was muss ich von der Kinderkardiologie wissen?
Prof. Dr. S. Dittrich, Erlangen

3. Assistententraining zur Weiterbildungsprüfung zum Kinder- und Jugendarzt
Was muss ich von der Pulmonologie wissen?
Dr. H. Seithe, Nürnberg

4. Assistententraining zur Weiterbildungsprüfung zum Kinder- und Jugendarzt
Was muss ich von der Gastroenterologie wissen?
Prof. Dr. M. Radke, Potsdam

5. Assistententraining zur Weiterbildungsprüfung zum Kinder- und Jugendarzt
Was muss ich von der Neuropädiatrie wissen? (2 x 90 Minuten)
Prof. Dr. F. Staudt, Passau

6. Assistententraining zur Weiterbildungsprüfung zum Kinder- und Jugendarzt
Was muss ich von der Kinderurologie / Nephrologie wissen?
Dr. K. Rosenthal, Nürnberg

7. Assistententraining zur Weiterbildungsprüfung zum Kinder- und Jugendarzt
Was muss ich von der Diagnostik und Therapie der Endokrinologie wissen?
Dr. E. Voß, Nürnberg

8. Assistententraining zur Weiterbildungsprüfung zum Kinder- und Jugendarzt
Reanimationstraining
Dr. A. Fahr, Nürnberg

9. Assistententraining zur Weiterbildungsprüfung zum Kinder- und Jugendarzt
Blickdiagnose in der Kinder- und Jugendmedizin bei typischen Krankheitsbildern
Prof. Dr. W. Rascher, Erlangen

Seminar B: Spezielle Kenntnisse – Seminare zur Vermittlung spezieller Kenntnisse aus Klinik und Praxis

10. Ich will eine Praxis eröffnen (übernehmen) Wie geht das? Was ist zu beachten? (90 Minuten)
Dr. W. Hartmann, Kreuztal

11. Diagnostik und Therapie des ADHS (90 Minuten)
Dr. H. Kühne, Altötting

12. Die Beatmung von Früh- und Neugeborenen Ein Training in Frage-Antwort-Spiel (Doppelseminar, 180 Minuten)
Prof. Dr. A. Schulze, Großhadern

13. Diagnostik und Therapie der pädiatrischen Wachstumsstörungen (90 Minuten)
Prof. Dr. H. G. Dörr, Erlangen

14. Entwicklungsdiagnostik vom Säuglings- bis Kleinkindesalter (Umsetzung des GBA-Beschlusses, Testverfahren und Untersuchungsmethoden) (Doppelseminar, 180 Minuten)
Prof. Dr. R. G. Schmid + Mitarbeiter

15. Die Basisdiagnostik der umschriebenen Entwicklungsstörung vom Vorschulalter bis zum Gymnasialalter (BUEVA, BUEGA) (Doppelseminar 2 x 90 Minuten)
Prof. Dr. G. Esser, Potsdam

16. Die Lungenfunktionsdiagnostik – Spirometrie und mehr; verstehen und lernen (90 Minuten)
Prof. Dr. Th. Zimmermann, Erlangen

17. Berechnung des Infusionsplanes in der Neonatologie und Intensivmedizin
Dr. A. Flemmer, München

18. Diagnostik und therapeutische Prinzipien der Hämatologie/Onkologie – vom Blutbild zum Therapieschema (90 Minuten)
Prof. Dr. W. Scheurlen, Nürnberg

19. Dermatologie – Dermatologische Diagnostik und Therapie in der Kinder- und Jugendmedizin Televoting (90 Minuten)
Prof. Dr. H. Cremer, Heilbronn

20. Behandlung von chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen im Kindes- und Jugendalter (90 Minuten)
Prof. Dr. M. Radke, Potsdam

21. Der Ambulanzarzt: Antibiotika bei Otitis media oder doch nur Zwiebelwickel?
L. Schmid, München

22. Die Impfungen in der Praxis für Kinder- und Jugendmedizin
Dr. G. Kilian-Kornell, Starnberg

Veranstaltungsort: Georg-Simon-Ohm Fachhochschule Nürnberg

Wiss. Leitung: Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

Teilnehmergebühren:

Für Mitglieder im BVKJ e.V.:

für die Teilnahme am 23.4.2009 € 60,-
für die Teilnahme vom 24.–26.4.2009 € 200,-

Für Nichtmitglieder im BVKJ e.V.:

für die Teilnahme am 23.4.2009 € 150,-
für die Teilnahme vom 24.–26.4.2009 € 400,-

Ein ausführliches Programm und Information erhalten Sie beim:

BVKJ e.V. Kongressabteilung,
bvkj.kongress@uminfo.de oder
unter 0221-68909-15 (bevorzugt vormittags)

Gerichtsurteil: Ärzte und nicht Computer sollen Medikamente auswählen

Nicht Computerprogramme, sondern der Arzt soll über die Auswahl von Medikamenten entscheiden. In seinem am 7. August bekannt gegebenen Beschluss wies das Berliner Sozialgericht (SG) mehrere Eilanträge von Software-Herstellern ab, die die

ungeprüfte Nutzung ihrer Programme durchsetzen wollten.

Vor Gericht hatten die Hersteller darauf bestanden, die Programme auch ohne Zertifizierung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu verwenden. Die Ärzte, so das Gericht, wüssten dann nicht, ob ihre Software gezielt bestimmte Hersteller bevorzugt. (Az: S 79 KA 148/08 ER)

Seit Mai 2006 schreibt der Gesetzgeber vor, dass Programme, die Ärzte bei der Verordnung unterstützen, über Sparmöglichkeiten informieren müssen, etwa über Rabattverträge zwischen bestimmten Krankenkassen und Pharmaherstellern.

Krankenkassen und Ärzte haben sich daraufhin auf ein Anforderungsprofil für die von den Ärzten verwendeten Programme geeinigt. Die entsprechende Zer-

tifizierung durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt unter anderem sicher, dass die Programme neutral über die Produkte der verschiedenen Pharmahersteller informieren.

Die CompuGroup AG in Koblenz, nach eigenen Angaben einer der führenden Software-Hersteller für das Gesundheitswesen, vertreibt über mehrere Tochterunternehmen werbefinanzierte Programme. Nach dem Berliner Eilbeschluss dürfen diese Programme weiter vertrieben werden. Die Hersteller können aber nicht verlangen, dass sie auch tatsächlich genutzt werden. Dagegen haben sie bereits Rechtsmittel zum Landessozialgericht Berlin eingelegt. Das Gericht wird voraussichtlich Ende August darüber entscheiden.

Afp/ReH



© Digitalpress - Fotolia.com

Rabattverträge für 43 von 100 verordneten Medikamenten

Die Apotheken in Deutschland haben im Juni diesen Jahres 22,4 Millionen Arzneimittel abgegeben, für die die entsprechende gesetzliche Krankenkasse des Versicherten mit einer Herstellerfirma einen Rabattvertrag abgeschlossen hat.

Damit waren 43 von 100 Medikamenten, die von Ärzten zu Lasten der gesetzli-

chen Krankenversicherung verordnet und in Apotheken abgegeben wurden, rabattierte Arzneimittel. Diese Zahlen hat der Branchenverband Pro Generika Anfang August veröffentlicht.

Gegenüber Juni 2007 habe sich der Absatz von rabattierten Arzneimitteln um 12,3 Millionen Packungen erhöht, dies

entspreche 122,6 Prozent. Laut Pro Generika haben die Krankenkassen vor allem mit Generikaherstellern Verträge abgeschlossen: 97,6 Prozent der rabattierten Arzneimittel seien Generika.

Red: ReH

4,6 Milliarden Euro: AOK startet europaweite Ausschreibung zu Rabattverträgen

Die AOK hat erstmals ihre ersten Rabattverträge europaweit ausgeschrieben und damit eine neue Runde in der Auseinandersetzung um niedrigere Arzneimittelpreise eingeleitet. Bis zum 6. Oktober haben Hersteller wie Stada, Hexal und Betapharm Zeit, ihre Angebote für die Jahre 2009 und 2010 vorzulegen, berichtete die „Financial Times Deutschland“ am 11. August.

Bei der bislang wichtigsten Ausschreibung auf dem deutschen Generikamarkt geht es um ein Budget von rund 4,6 Milliarden Euro. Davon wolle man einen mitt-

leren dreistelligen Millionenbetrag pro Jahr einsparen, kündigte der AOK-Verhandlungsführer Christopher Hermann, Vorstandsvize der AOK Baden-Württemberg, in der Zeitung an.

Frühere AOK-Ausschreibungen hatten für drastische Verschiebungen von Marktanteilen gesorgt. Im nun losbrechenden Verdrängungswettbewerb unter 150 Firmen räumen Experten den führenden Herstellern gute Chancen ein.

Die AOK hat das Bundesgebiet in fünf Wettbewerbsräume mit je rund 4,5 Millionen Versicherten aufgeteilt. Für jedes Me-

dikament, wird es in den Regionen nur einen Vertragspartner geben, der aber kann den Zuschlag für alle fünf Gebiete bekommen. Voraussetzung für die exklusive Partnerschaft ist, dass der Hersteller Liefersicherheit bieten kann - ein Plus für die großen Hersteller.

Die AOK ist mit 24 Millionen Versicherten die größte Krankenkasse in Deutschland. Bei bestimmten Generika macht sie bis zu 40 Prozent des Umsatzes. Der deutsche Generikamarkt ist nach den USA der zweitgrößte weltweit.

Dpa/FTD/ReH



Die aktuellen Impfempfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) veröffentlicht im Epidemiologischen Bulletin 30/2008 vom 25. Juli 2008

Die STIKO wurde am 19.11.2007 für die nächsten drei Jahre neu besetzt. Als neue Mitglieder kamen Herr Prof. Antes (Deutsches Cochrane Zentrum), Prof. Hengel (Institut für Virologie der Universität Düsseldorf), Prof. Mertens (Institut für Virologie der Universität Ulm) dazu. Zum Vorsitzenden wurde Herr Prof. Dr. Dr. F. Hofmann gewählt und Herr Prof. U. Heininger zum stellvertretenden Vorsitzenden. Nachdem in den letzten Jahren immer neue Impfungen den Impfkalender der Säuglinge und Kleinkinder, aber auch der Jugendlichen aufgefüllt haben, sind 2008 nur kleine Änderungen zu verzeichnen.



Dr. med. Ursula
Lindlbauer-
Eisenach

Geändert wurde die Fußnote zur Pneumokokken-Impfung für Senioren ab dem 60. Lebensjahr. Da Meldungen über vermehrte heftige Lokalreaktionen nach Auffrischimpfung mit Polysaccharidimpfstoff vorliegen, wird eine generelle Auffrischimpfung 6 Jahre nach der ersten nicht mehr empfohlen. Eine Auffrischimpfung sollte nur bei Personen mit erhöhtem Risiko für Pneumokokkeninfektionen nach Nutzen-Risiko Abwägung erfolgen. Hier werden die z.Zt. laufenden Studien in den nächsten Jahren zeigen, wie diese Nebenwirkungen zu bewerten sind.

Riegelungsimpfung gegen Poliomyelitis:

Seit 1998 empfiehlt die STIKO die Impfung mit inaktivierter Poliomyelitis-Vakzine (IPV) an Stelle der „Schluckimpfung“ (OPV) wegen des Risikos einer impfassozierten Poliomyelitis. Da in Deutschland auf Grund der guten Durchimpfungsraten gegen Polio im Ausbruchfall nur mit wenigen Einzelerkrankungen zu rechnen ist, empfiehlt die STIKO 2008 nach Abstimmung mit der WHO auch in diesem Fall den IPV-Impfstoff.

FSME-Impfung:

Für die FSME-Impfung wurde in Tab. 2 der neuen Impfempfehlungen die Einteilung der FSME-Risikogebiete aus der Veröffentlichung 17/2008 des Epid. Bulletin übernommen. Die Impfung wird allen Personen empfohlen, die in den entsprechenden Risikogebieten Zecken exponiert sind. Risikogebiete sind Baden-Württemberg, sowie Bayern (mit Ausnahme des größten Teil Schwabens sowie des westlichen Oberbayerns), zusätzlich Landkreise in Hessen, Rheinland-Pfalz und Thüringen.

Die aktuelle Karte der FSME-Risikogebiete ist unter www.rki.de einsehbar.

Varizellen:

Die Fachinformation beider Varizellenimpfstoffe wird in den nächsten Wochen geändert, sodass dann in allen Altersgruppen eine zweimalige Impfung empfohlen wird. Die AG Varizella-Zoster-Virus der STIKO befasst sich mit diesem Thema. Insbesondere muss die Frage, in welchem Alter die zweite Dosis gegeben wird, beantwortet werden.

Umsetzung von Impfempfehlungen:

2006 waren zwei neue Impfungen in den Impfkalender aufgenommen worden: Die Impfung gegen Pneumokokken ab dem 2. Lebensmonat, sowie die Impfung gegen Meningokokken der Serogruppe C ab dem 12. Lebensmonat.

Die Impfung gegen Pneumokokken mit dem Konjugatimpfstoff simultan zur Sechsfach-Impfung wird inzwischen sehr gut umgesetzt. Die neuesten Daten, die auf der ESPID 2008 in Graz vorgestellt wurden, zeigen einen deutlichen Rückgang der invasiven Pneumokokken-Erkrankungen.

Die Umsetzung der Impfung gegen Meningokokken der Serogruppe C ist noch nicht befriedigend. Abrechnungsdaten der KV Schleswig-Holstein zeigen Durchimpfungsraten bei den 2-jährigen Kindern von 57,6%. Bei einer Umfrage von GfK Health Care aus 2007 lag die Durchimpfungsrate bei 28,3% (am höchsten in Sachsen 57%, Schlusslicht Bayern mit 14,3%). Die Durchimpfungsraten der Kleinkinder zwischen 1–5 Jahren lagen zwischen 32% und >50%, jedoch werden die Nachholimpfungen noch sehr schlecht umgesetzt.

Hier sollte insbesondere bei der Auffrischimpfung vor der Einschulung auch der Impfschutz gegen Meningokokken der Serogruppe C überprüft werden und ggf. die

Impfstoff / Antigen- kombinationen	Alter in Monaten					Alter in Jahren				
	Geburt	2	3	4	11-14 siehe a)	15-23 siehe a)	5-6 siehe a)	9-11 siehe a)	12-17 siehe a)	ab 18 ≥ 60
T*		1.	2.	3.	4.		A	A	A*****	
D/d* siehe b)		1.	2.	3.	4.		A	A	A*****	
aP/ap*		1.	2.	3.	4.		A	A		
Hib*		1.	2. c)	3.	4.					
IPV *		1.	2. c)	3.	4.			A		
HB *	d)	1.	2. c)	3.	4.			G		
Pneumokokken**		1.	2.	3.	4.					S
Meningokokken						1. e) ab 12 Monate				
MMR ***					1.	2.				
Varizellen					1.	f)		s. Tab. 2		
Influenza ****										S
HPV *****								SM		

Tab. 1:
Impfkalender
(Standard-
impfungen)
für Säuglinge,
Kinder,
Jugendliche
und
Erwachsene.
Empfohlenes
Impfalter und
Mindest-
abstände
zwischen den
Impfungen

Um die Zahl der Injektionen möglichst gering zu halten, sollten vorzugsweise Kombinationsimpfstoffe verwendet werden. Impfstoffe mit unterschiedlichen Antigenkombinationen von D/d, T, aP/ap, HB, Hib, IPV sind bereits verfügbar. Bei Verwendung von Kombinationsimpfstoffen sind die Angaben des Herstellers zu den Impfabständen zu beachten. Zur gleichzeitigen Gabe von Impfstoffen sind die Angaben der Hersteller zu beachten. Der Zeitpunkt der empfohlenen Impfungen wird in Monaten und Jahren angegeben. Die Impfungen sollen zum frühestmöglichen Zeitpunkt erfolgen. Die untere Grenze bezeichnet vollendete Lebensjahre bzw. Lebensmonate. Die obere Grenze ist definiert durch den letzten Tag des aufgeführten Alters in Jahren/Monaten. Beispiel: 12–17 Jahre: Vom vollendeten 12. Lebensjahr (12. Geburtstag) bis zum Ende des 18. Lebensjahres (letzter Tag vor dem 18. Geburtstag).

A Auffrischimpfung; Diese sollte möglichst nicht früher als 5 Jahre nach der vorhergehenden letzten Dosis erfolgen (s. a. Epid. Bull. 32/2006, S. 274 f)

G Grundimmunisierung aller noch nicht geimpften Jugendlichen bzw. Komplettierung eines unvollständigen Impfschutzes

S Standardimpfungen mit allgemeiner Anwendung = Regelimpfungen

SM Standardimpfung für Mädchen

a) Zu diesen Zeitpunkten soll der Impfstatus unbedingt überprüft und gegebenenfalls vervollständigt werden.

b) Ab einem Alter von 5 bzw. 6 Jahren wird zur Auffrischimpfung ein Impfstoff mit reduziertem Diphtherietoxoid-Gehalt (d) verwendet.

c) Bei monovalenter Anwendung bzw. bei Kombinationsimpfstoffen ohne Pertussiskomponente kann diese Dosis entfallen.

d) Siehe Anmerkungen „Postexpositionelle Hepatitis-B-Immunprophylaxe bei Neugeborenen“ (S. 237)

e) Zur Möglichkeit der Ko-Administration der Impfstoffe sind die Fachinformationen zu beachten.

f) Bei Anwendung des Kombinationsimpfstoffes MMRV sind die Angaben des Herstellers zu beachten. Entsprechend den Fachinformationen ist die Gabe einer 2. Dosis gegen Varizellen erforderlich. Zwischen beiden Dosen sollten 4 bis 6 Wochen liegen.

* Abstände zwischen den Impfungen der Grundimmunisierung mindestens 4 Wochen; Abstand zwischen vorletzter und letzter Impfung der Grundimmunisierung mindestens 6 Monate

** Generelle Impfung gegen Pneumokokken für Säuglinge und Kleinkinder bis zum vollendeten 2. Lebensjahr mit einem Pneumokokken-Konjugatimpfstoff; Standardimpfung für Personen ≥ 60 Jahre mit Polysaccharid-Impfstoff und Wiederimpfung im Abstand von 6 Jahren nach Angaben des Herstellers für Personen mit erhöhtem Risiko für schwere Pneumokokken-Erkrankungen (Risiko-Nutzen-Abwägung beachten)

*** Mindestabstand zwischen den Impfungen 4 Wochen

**** jährlich mit dem von der WHO empfohlenen aktuellen Impfstoff

***** Grundimmunisierung mit 3 Dosen für alle Mädchen im Alter von 12 bis 17 Jahren

***** jeweils 10 Jahre nach der letzten vorangegangenen Dosis

Impfung nachgeholt werden. Das Gleiche gilt für jeden Kontakt mit Jugendlichen. Insbesondere die J1 sollte benutzt werden, um Impflücken zu schließen. Auch 2007 gab es einen zweiten Erkrankungsgipfel im Jugendalter. Diese Nachholimpfungen sind zum Erreichen einer Herdimmunität notwendig.

Im Jahr 2007 wurden insgesamt 445 invasive Meningokokkenerkrankungen an das RKI gemeldet, 21,4% weniger als im Vorjahr. Ob der Rückgang der gemeldeten Meningokokken-Infektionen im Jahr 2007 bereits ein

erster Erfolg der Impfeempfehlung oder eine epidemiologische Schwankung ist muss die Beobachtung der nächsten Jahre zeigen.

Dr. med. Ursula Lindlbauer-Eisenach
Betzenweg 16a
81247 München

Red.: ge

Qualitätsmanagement in einer Kinderklinik:

Bericht über eine erfolgreiche Zertifizierung nach proCumCert



Dr. med.
Martin Falke

Die Kinderklinik Dritter Orden Passau hat im Dezember 2007 im Rahmen einer „externen Visitation“ die Qualität ihrer Arbeit auf den Prüfstand gestellt und dafür die Zertifizierung nach proCumCert und KTQ verliehen bekommen. Zusätzlich zu diesem Erfolg durften Vertreter der Passauer Kinderklinik nun den Preis für das bundesweit beste Prüfergebnis 2007 bei Erstzertifizierung in Empfang nehmen, der im Rahmen des Krankenhaus-Qualitätstages der proCumCert in Kassel verliehen wurde. Für das Passauer Kinderkrankenhaus, einer Kinderklinik mit 90 Betten und knapp 300 Mitarbeitern, ist dies der krönende Abschluss nach einer intensiven, zeit- und arbeitsaufwändigen Vorbereitung. Das Ergebnis zeigt deutlich, welche hohen Qualitätsansprüche Kinderkliniken an sich stellen und dass sie den Vergleich zu anderen Einrichtungen nicht zu scheuen brauchen.

„Zertifizierung“ und „Qualitätsmanagement“ sind Begriffe, die ursprünglich in Industriebetrieben Normen für Qualitätsarbeit vorgeben, inzwischen aber auch aus dem Gesundheitswesen nicht mehr wegzudenken sind. Trotzdem herrscht vielerorts die Meinung vor, Qualitätsmanagement sei ein bürokratischer Mehraufwand ohne Nutzen. QM ist vielerorts zum Reizwort geworden. Richtig angewendet liefert dagegen QM ein hohes Maß an Prozessoptimierung, Transparenz und Organisationsstruktur und schafft damit erhebliche Zufriedenheit bei Patienten und Motivation bei den Mitarbeitern. Voraussetzung dafür ist aber, dass die Führungskräfte, beginnend beim Direktorium, den Aufbau des QM-Systems und die Zertifizierungsvorbereitungen mittragen und unterstützen.

In Passau wurden die Weichen in diese Richtung schon früh gestellt. Bereits 2002 wurde damit begonnen, ein Qualitätsmanagement-Team aufzustellen. Mitarbeiter aus allen Stationen und Arbeitsbereichen der Kinderklinik und des angegliederten Sozialpädiatrischen Zentrums besuchten zahlreiche Fortbildungen und erhielten die Ausbildung zu „Qualitätsbeauftragten“. In gemeinsamen Projekten wurden Räume neu gestaltet, Umbaumaßnahmen vorgenommen, Arbeitsschritte standardisiert und schriftlich geregelt, die Wartezeiten systematisch und messbar verkürzt, die Sicherheit von Kindern und Begleitpersonen optimiert. Die Seelsorgerinnen der Klinik entwickelten ein Seelsorgekonzept für Kinder, Eltern und Mitarbeiter. Die Klinik entwickelte neue Maßnahmen zum Umweltschutz, ebenso wird stetig daran gearbeitet, die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und anderen Kliniken auszubauen. Zahlreiche Veranstaltungen dienen dazu, dass Mitarbeiter im Haus

sich an diesen Verbesserungsmaßnahmen beteiligen konnten.

Zu Beginn des Jahres 2007 meldete sich die Kinderklinik Passau bei der Zertifizierungsgesellschaft proCumCert in Frankfurt am Main für die Zertifizierung an. ProCumCert ist ein Zertifizierungsverfahren für Krankenhäuser mit konfessionellem Träger.

Voraussetzung für die Zertifizierung war zunächst die Erstellung einer sog. „Selbstbewertung“ und eines Qualitätsberichtes. In diesem knapp 300 Seiten umfassenden Dokument müssen alle Arbeitsabläufe des Krankenhauses in ihrer Durchführung beschrieben und stets aufgezeigt werden, wo die Qualität überprüft und kontinuierlich verbessert wird. Die Überprüfung dieser Arbeitsabläufe fand dann schließlich im Dezember 2007 durch die „Visitation“ statt. Drei Visitoren, jeweils aus dem ärztlichen, pflegerischen und betriebswirtschaftlichen Bereich besuchten im Auftrag von proCumCert die Kinderklinik und führten eine intensive Prüfung durch.

Bei dieser Visitation wurden zahlreiche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus allen Berufsgruppen in sog. „kollegialen Dialogen“ zu ihrer Arbeit befragt und mussten genau schildern, wie einzelne Arbeitsabläufe von staten gehen. „Wie gelingt es einer Kinderklinik in der heutigen Zeit frühzeitig auf ein vernachlässigtes oder misshandeltes Kind aufmerksam zu werden?“, „Sind die Maßnahmen klar geregelt, die Sie dann ergreifen?“ Mit Antworten auf diese oder ähnliche Fragen konnten die Kinderärzte die Visitoren überzeugen. Aber auch das Vorgehen bei bestimmten Erkrankungen, die Dokumentation und Anordnungen in den Kurven, die Wahl der richtigen Medikamente und richtigen Dosis wurde kritisch überprüft. „Wie sorgen Sie für die Sicherheit der Kinder?“ „Wodurch stellen Sie sicher, dass Babys nicht vertauscht werden?“ waren Fragen, die die Pflegekräfte überzeugend beantworten konnten. Eine erst kürzlich aus einem kommunalen Krankenhaus kommende Schwester beantwortete sicher die Frage „Was ist ein kirchliches Krankenhaus“. Daneben wurde aber auch die Einhaltung von Pflegestandards, Hygienerichtlinien und Datenschutzvorgaben überprüft. Die Tätigkeit der Seelsorge wurde ebenso beleuchtet wie die Strategien des Trägers und der Klinikleitung und die betriebswirtschaftliche Planung in der Verwaltung. Die Mitarbeitervertretung stellte ihre Rolle dar, die Visitoren ließen sich das Fort- und Weiterbildungsangebot für Mitarbeiter aufzeigen, ebenso wurde großen Wert darauf gelegt, dass die Klinik alle rechtlichen Vorgaben im Bereich Arbeitsschutz, Strahlenschutz, Brandschutz und Hygiene einhält.

Nach intensiver Vorbereitung auf die Prüfungen und großer Anspannung lautete dann am 5. Dezember das abschließende Urteil des ärztlichen Visitors Dr. Hubertus Bürgstein: „Ja! Sie haben es geschafft!“ Die Kinderklinik Passau erhält gemeinsam mit dem Sozialpädiatrischen Zentrum zu Beginn des Jahres 2008 das proCumCert-Zertifikat für ihre Qualitätsarbeit und ist damit die dritte nach proCumCert und KTQ zertifizierte Kinderklinik in Deutschland. Besonders lobten die Visitoren die „gute Dienstgemeinschaft“, die ihnen im Haus aufgefallen sei, ebenso wie die kinderfreundliche Gestaltung des gesamten Krankenhauses und die gut organisierte medizinische, pflegerische und therapeutische Versorgung. Die kurzen Wartezeiten vor Untersuchungen beeindruckten ebenso wie die enge Kooperation mit dem unmittelbar benachbarten Klinikum Passau und seinen Fachabteilungen.

Worin liegt der Nutzen einer Zertifizierung? Diese kritische Fragestellung ist nach getaner Arbeit sicherlich berechtigt. Jedes Krankenhaus mag für sich mit eigenen Schwerpunkten definieren, wie die geleistete Arbeit als qualitativ empfunden wird. Wichtig ist jedoch, nicht von vorne herein anzunehmen, so wie man „es schon immer gemacht hat“ sei die Arbeit auch schon qualitativ. Das Zertifizierungsverfahren und die darin vorgesehene Selbstbewertung bieten die Möglichkeit, dass Mitarbeiter aller Fachabteilungen und Berufsgruppen ihr tägliches Handeln kritisch hinterfragen, Schwachstellen aufdecken, Stärken beibehalten und Kreativität entwickeln, wenn es darum geht „noch ein Stück besser“ zu werden. Das Gefühl, dass dabei „alle im selben Boot“ sitzen, schafft große Solidarität und fördert die Zusammenarbeit.

Die Begeisterung anlässlich der bestandenen Zertifizierung war groß, die Auszeichnung über das beste Zer-



Annika Schilder, Visitationsbegleiterin der proCumCert GmbH übergab am 14. Februar 2008 das Zertifikat an die Vertreter der Kinderklinik Dritter Orden Passau: Prof. Dr. med. Franz Staudt (Ärztlicher Direktor), Josef Ammerl (Pflegedienstleiter), Reinhard Schmidt (Verwaltungsleiter) und Dr. med. Martin Falke (Qualitätskoordinator)

tifizierungsergebnis des Jahres war aber nochmals ein besonderer Anlass zur Freude. „Beste Klinik 2007“ steht in großen Lettern auf dem Zertifikat, das nun den Eingangsbereich des Kinderkrankenhauses zielt.

Dr. med. Martin Falke
Kinder- und Jugendarzt, Qualitätskoordinator

Prof. Dr. med. F. Staudt
Ärztlicher Direktor

Kinderklinik Dritter Orden
Bischof-Altman-Str. 9, 94032 Passau
E-Mail: martin.falke@kinderklinik-passau.de

Red.: ge

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Delegiertenversammlung 2008 in Bad Orb steht im Zeichen wichtiger gesundheitspolitischer Entscheidungen. Der politisch motivierte Gesundheitsfonds und der einheitliche Punktwert für die ärztlichen Leistungen, der vom Bundesversicherungsamt bis zum 15.11. 2008 festgelegt werden muss, markieren einen Umbruch im Gesundheitswesen. (Siehe auch: Stichworte zur Gesundheitsreform, Kinder- und Jugendarzt (KJA) Heft 01/08 S. 53).

Die an den KVen vorbei geschlossenen hausärztlichen Verträge haben zu einer innerärztlichen Auseinandersetzung zwischen KBV und einzelnen Landes-KVen mit dem Hausärzterverband (HÄV) geführt. Die Schwächung der KV ist weiterhin erklärtes Ziel des HÄV.

Auch innerhalb des hausärztlichen Bereiches stehen die Zeichen auf Sturm.

Der Vertrag des Hausärzterverbandes und MEDI mit der AOK-Baden-Württemberg, vorbei an den Interessen der Kinder- und Jugendärzte, hat heftige Gegenreaktionen provoziert. (Siehe KJA Heft 07/08 S. 498 und 08/08 S. 568).

Damit ist die entscheidende Frage gestellt: Wo ist die (vertragliche) Position der Kinder- und Jugendärzte innerhalb des

hausärztlichen Bereiches? Die Antwort wird die Zukunft der ambulanten Pädiatrie bestimmen. (Siehe KJA 07/08 S. 494)

Es geht um die pädiatrische Identität.

Innerhalb des Verbandes muss geklärt werden, wie wir pädiatrische Identität im hausärztlichen Bereich definieren. Ist pädiatrische Identität gleichzusetzen mit der Definition pädiatrischer Kompetenzen?

Nach außen muss der Verband auf einer klaren Abgrenzung gegenüber den Allgemeinärzten bestehen. Die Grenzlinie wird nicht eindeutig zu ziehen sein, aber Grenzüberschreitungen müssen durch Qualitätsnachweise abgesichert sein.

Ohne Qualifikation geht nichts! Wie diese aussehen kann, hat Prof. Klimm (Allgemeinarzt) im KJA 04/08 S. 285 gezeigt.

Die Delegiertenversammlung, als höchstes Entscheidungsorgan des Berufsverbandes, muss sich in Bad Orb mit diesen Themen befassen. Die Delegierten und Obleute tun gut daran, diese Themen vorher ausführlich mit den Kolleginnen und Kollegen zu diskutieren, um sich des Rückhalts der Basis bei ihren Entscheidungen zu versichern.

Dr. Wolfgang Gempp
Redaktion Kinder- und Jugendarzt

Serie:
**Aus der
 Sprechstunde**



Gerrit Tigges

Ich betreibe meine Kinderarztpraxis in einer ländlichen Region. Die nächste kinder-kardiologische Praxis ist mit dem PKW über eine halbe Stunde entfernt. Kann ich meine Patientinnen und Patienten (GKV) zur routinemäßigen kinder-kardiologischen Verlaufskontrolle in ein hier im Ort befindliches Krankenhaus überweisen, auch wenn dort keine Ermächtigung besteht?

Soweit an dem Krankenhaus kein Kinderkardiologe zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt ist und dort auch keine entsprechende Institutsermächtigung besteht, kommt nur eine (vor-)stationäre Einweisung in Betracht. Hier ist der grundsätzliche Vorrang ambulanten vor stationärer Behandlung zu beachten (§ 39 Sozialgesetzbuch V (SGB V); § 1 Abs. 2 Krankenhausbehandlungs-Richtlinien). Danach hat die ambulante Behandlung stets Vorrang vor der stationären Behandlung, wenn das Behandlungsziel zweckmäßig und ohne Nachteile für den Patienten mit den Mitteln der vertragsärztlichen Versorgung erreicht werden kann. Die Verordnung von Krankenhausbehandlung kommt allein aus medizinischen Gründen in Betracht. Alle Beteiligten sollen daran mitwirken, Belegungen der Krankenhäuser mit Patienten zu vermeiden, die der Behandlung mit den Mitteln eines

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

Krankenhauses nicht bedürfen (vgl. § 1 Abs. 3 Krankenhausbehandlungs-Richtlinien).

Die Verordnung von stationärer Krankenhausbehandlung ist nur zulässig, wenn sich der behandelnde Vertragsarzt von dem Zustand des Patienten überzeugt und die Notwendigkeit einer stationären Behandlung festgelegt hat (vgl. § 7 Abs. 1 Satz 2 Krankenhausbehandlungs-Richtlinien). Der Vertragsarzt hat vor der Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung – wozu auch die vorstationäre Behandlung zählt – abzuwägen, ob er selbst die ambulante Behandlung fortsetzen kann oder ob eine Überweisung zur Weiterbehandlung im ambulanten Versorgungsbereich ausreicht und stationäre Krankenhausbehandlung vermieden werden kann. Insbesondere ist eine Überweisung an einen weiteren Vertragsarzt mit entsprechender Zusatzqualifikation oder einer Schwerpunktpraxis oder aber einen ermächtigten Krankenhausarzt oder eine Institutsambulanz zu prüfen (vgl. § 4 Abs. 1 Krankenhausbehandlungs-Richtlinien).

Eine regelhafte Verordnung (vor-)stationärer Krankenhausbehandlung in Gestalt der routinemäßigen kinder-kardiologischen Verlaufskontrolle entspricht daher nicht den Vorgaben der Krankenhausbehandlungs-Richtlinien. Soweit kinder-kardiologische Leistungen ambulant durch Praxen erbracht werden kön-

nen, stellen alleine die Anfahrtswege dorthin keinen sachlichen Grund für eine stationäre Einweisung in ein näher gelegenes Krankenhaus dar. Für diese Verordnungen von Krankenhausbehandlung bestehen gerade keine medizinischen Gründe. Eine entsprechende Krankenseinweisung zur kinder-kardiologischen Diagnostik kommt nur im Einzelfall, etwa im Rahmen einer vorstationären Behandlung in Betracht, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder diese vorzubereiten.

Die Vorgaben der Krankenhausbehandlungs-Richtlinien sind zu beachten, auch wenn Sie die Kinder an weiter entfernt liegende Kinderkardiologen überweisen müssen. Bei einem fortgesetzten planmäßigen Verstoß gegen die Richtlinien drohen nicht nur Regresse, sondern auch Disziplinarmaßnahmen.

Abhilfe in der von Ihnen geschilderten kinder-kardiologischen Versorgungssituation könnte eine Ermächtigung des/der am Krankenhaus tätigen Kinderkardiologen schaffen. Ein entsprechender Antrag auf Ermächtigung müsste durch den dortigen Kinderkardiologen gestellt werden. Nach der dargestellten kinder-kardiologischen Versorgungssituation kann angenommen werden, dass der Zulassungsausschuss einem entsprechenden Ermächtigungsantrag stattgeben würde.

Red: ReH



Vaterlosigkeit ist modern

Alle Menschen werden Brüder – und wer sind ihre Eltern?

© Arrow Studio – Fotolia.com

Gestritten wird derzeit wieder über den Mut zur Erziehung, also über Gebrauch oder Missbrauch von Autorität – und befürchtet wird eine kinderlose Zukunft, ein demografisches Desaster in vielen europäischen Ländern. Zwei Probleme werden gewälzt, als bewegten sie sich auf getrennten Umlaufbahnen. Doch sie hängen zusammen; die Verbindung läuft über eine fixe Idee, die die moderne Gesellschaft von Beginn an begleitet: die Vaterlosigkeit – die Lust an ihr, die Not mit ihr, die Angst vor ihr, der Kampf gegen sie.

Hinter der Erziehungsdebatte steckt die Frage, ob die Väter als alte Repräsentanten der Autorität heute ausgespielt haben. Und hinter der Demografiedebatte steckt die Frage, ob die niedrigen Geburtenzahlen – wie das renommierte Deutsche Jugendinstitut in München kürzlich mutmaßte – nicht zuletzt durch einen «Zeugungsstreik» der Männer zustande gekommen seien. In einem Porsche-Testbericht ist zu lesen: «Andere sollen einen Sohn zeugen, ihr Haus bauen und von mir aus einen Baum pflanzen. Ich wollte immer nur mal einen Sportwagen fahren.» Dieser Möchtegern-Mann ist offensichtlich ein Möchte-nicht-so-gern-Vater.



Prof. Dr. Dieter Thomä

Erinnerung ans Patriarchat

Bei den Meldungen zum Verschwinden der Väter handelt es sich jedoch nicht um rhetorische Schnellschüsse, die in nervöser Stimmung herausplatzen. Vielmehr haben sie eine lange Geschichte. Um zu verstehen, was heute mit der Gesellschaft, der Familie, den Vätern geschieht, muss man sich an das Generationenspiel halten, das die Moderne seit langem in Atem hält. Die «vaterlose Gesellschaft», die durch

Alexander Mitscherlich sprichwörtlich geworden ist, von der aber bereits bei Sigmund Freud die Rede war, geisterte früher noch durch die Gründungsszenarien der Moderne. Ihre Wucht zeigte sich nicht zuletzt am Angriff auf Hierarchien, die auf dem Modell der Vaterschaft fußen.

Das Patriarchat, nach dem die Gesellschaft in der frühen Neuzeit geordnet ist, basierte auf einer Hierarchie, die gestaffelt in drei Größen auftrat. Der göttliche Vater autori-

sierte den Monarchen, und beide hielten ihre Hand über den Familienvater. Simpel war diese Welt geordnet, vornehm ging sie nicht zugrunde. Der «Vater im Himmel» büßte seine Macht ein oder wurde für tot erklärt; der König wurde geköpft oder entmachtet; die «väterliche Gewalt» in der Familie wurde demontiert. Zwar war damals nicht von der «vaterlosen Gesellschaft» die Rede, wohl aber schon von der Heraufkunft einer «vaterlosen Welt».

Beurteilt man rückblickend diese antipatriarchalische Wendung, mit der John Locke und andere grosse Geister Epoche machten, dann muss man sich mit dem Gedanken vertraut machen, dass die Umwälzung des privaten Lebens, die damals eingeleitet wurde, mühsamer vorankam als die Neuordnung der Politik. Die derzeitigen Debatten um die Krise der Familie erweisen sich als Ausdruck einer Jahrhunderte währenden Krise.

In der Politik ist die Erfolgsbilanz klar: Die Abschaffung des Patriarchats mündete in den langwierigen Siegeszug der Demokratie. Sie beruhte auf der Gleichheit und bürgerchaftlichen Verbundenheit freier Individuen. Seinen Ausdruck fand dieses neue Abenteuer des Zusammenlebens in Schillers Gedichtzeile «Alle Menschen werden Brüder», die von Beethoven auf eine Weise vertont wurde, wie man sie sich begeisterter nicht vorstellen kann. Nachträglich weist man gerne, die Begeisterung bremsend, darauf hin, dass die «Schwestern» bei Schiller fehlten. Seltsamerweise hat man dabei einen anderen, mindestens genauso heiklen Punkt übersehen: Wenn alle Menschen Brüder (und Schwestern) sind, wer sind dann ihre Eltern?

An dieser Nachfrage wird deutlich, dass der Umbruch im Politischen nicht unbedingt harmonisch mit dem anstehenden Umbruch im Privaten zusammenspielt. Vielmehr wird in der Politik ein Prinzip eingeführt – das der «Brüderlichkeit» –, das mit der Familie eigentlich gar nicht zusammenpasst. Unweigerlich bleiben hier doch Abhängigkeiten, Verbindlichkeiten, Hierarchien zwischen Alt und Jung bestehen. Natürlich sollte es dem alten, übermächtigen Patriarchen in der Familie an den Kragen gehen, doch die Ratlosigkeit war gross, wenn es darum ging, dessen Lücke zu füllen. Schon im 18. Jahrhundert begannen die Bemühungen, ein anderes Bild des Vaters zu entwerfen und dessen positive Rolle in der Familie neu zu bestimmen, doch gleichzeitig drängten Strategien nach vorn, die in der einen oder anderen Weise zum Vormarsch der Vaterlosigkeit beitrugen.

Abschaffung der Familie?

In ihrer auffälligsten Form tritt die Vaterlosigkeit überall dort auf, wo der Kampf gegen den alten Patriarchen gleich erweitert wird zu einem Kampf für die Abschaffung der Familie. Diese Strategie kennt man von den verschiedenen Anläufen zur Kollektivierung der Erziehung, die in der Französischen Revolution, in der Sowjetunion, im Faschismus und schließlich auch bei den Achtundsechzigern anzutreffen sind. Auch wenn man hier vor ideologischen Gleichsetzungen auf der Hut sein muss, kann man doch sagen, dass all diese Experimente in Sackgassen enden, am Ende also die Frage nach der Zukunft des Vaters wieder hochkommt wie ein Stück Holz, das man vergeblich unter Wasser gedrückt hat. Doch man trifft noch auf eine andere, ziemlich unauffällige und ganz alltägliche Form der Vaterlosigkeit. Sie war Ergebnis einer Entwicklung, die zur «Marginalisierung der Vaterschaft» geführt hat. Der Vater trat das Exil in die Berufswelt an und wurde in der Familie zu einer Randfigur. Der Dichter Friedrich Hebbel nannte diese Figur einen «halben Vater», der Schriftsteller Joseph Roth sprach von einem «fremden König». Der Vater überließ die Privatsphäre der Mutter, sein Einfluss beschränkte sich darauf, dass er ökonomisch am Drücker saß, pädagogisch gelegentlich ein Machtwort sprach oder häusliche Gewalt praktizierte.

Die Jugend wurde durch die abwesend-anwesenden Väter in einen inneren Zwiespalt, einen double-bind, getrieben, auf den sie mit Wut und Trauer reagierte. Wütend bekehrte sie auf gegen Autoritäten, traurig suchte sie nach den Vätern, die sie im Alltag vermisste. Zahllos sind die Beispiele, die dafür angeführt werden können: Man denke an Tschechows Jugenddrama, das unter dem Titel «Platonow» oder «Die Vaterlosen» firmiert; an die Vatermord-Phantasien der deutschen Expressionisten, die doch von Sehnsucht nach dem Vater überquollen; an den Großversuch der Jugendbewegung um 1900, mit dem die Väter vollends überflüssig gemacht wer-

den sollten, oder an die Selbstde-montage der Väter nach dem Zweiten Weltkrieg, die später im Gefolge der 68er durch die Diagnose vom «Tod der Familie» (David Cooper) übertrumpft wurde. Weniger martialisch, aber viel verbreiteter ist heute die Neigung der Väter, sich aus dem Staub zu machen und die Mütter bei der Erziehung im Stich zu lassen, sowie auch die Neigung der Männer, von der Kinderfrage gleich ganz die Finger zu lassen.

Tocquevilles Empfehlung

Kein Zweifel: Wenn heute über die Aushöhlung der Familien durch staatliche Kinderbetreuung gestritten wird, wenn die Wiederkehr des Patriarchen herbeigeredet wird, wenn von den Haltungsschäden der Väter auf den Ermüdungsbruch der Familie geschlossen wird – dann ist dies das Ergebnis einer jahrhundertalten Verunsicherung, von der die Rolle des Vaters in der Familie betroffen ist. Doch die Zeit ist reif dafür, sich nicht länger in der Verunsicherung zu suhlen, sondern aus dem Sumpf herauszufinden. Die alten Strategien der Abschaffung oder aber der Marginalisierung des Vaters haben in Sackgassen geführt. Die Idee der Kollektivierung des Generationenspiels hat sich erledigt, aber auch das Modell des bürgerlichen Vaters, der halb anwesend, halb abwesend in der Familie herumgeistert, hat sich abgenutzt.

Für das neue Vaterbild, das sich nach dem Ende des Patriarchats abzeichnet, kann man sich immerhin an eine alte Empfehlung Tocquevilles halten. Vor mehr als hundertfünfzig Jahren wünschte er sich, dass der Vater «im Schoss der Familie» nicht als «Herr und Amtsträger», sondern als «Vermittler», als Vorbild und Ratgeber auftrete. Die Kunst des Vorbilds muss neu gelernt werden: Zu ihr gehört das Sendungsbewusstsein, mit dem man Überzeugungen im Generationenspiel weitergibt, ebenso wie die Bereitschaft, sein eigenes Spiegelbild kritisch zu betrachten.

Prof. Dr. Dieter Thomä
Universität St. Gallen
Gatterstr. 1, CH-9010 St. Gallen Red.:ge

Der Autor ist Professor für Philosophie an der Universität St. Gallen. Sein neuestes Buch «Väter. Eine moderne Heldengeschichte» erscheint im August 2008 im Carl Hanser Verlag.

Der Beitrag erschien am 14.6.2008 in der Neuen Züricher Zeitung. Wir danken dem Autor für die Abdruckrechte.

● Tagungen

2.–4. Oktober 2008

Freiburg
EuTEACH-Grundkurs der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V.
 Info: kontakt@dakj.de

10. Oktober 2008

Berlin
Neugeborenen Notarztseminar
 Info: www.stillen.de, www.neonatalbegleitung.de

10.–12. Oktober 2008

Heidelberg
XVIII. Internationaler Kongress der ISPPM Prävention – Früher Dialog
 Info: www.kongress2008@isppm.de

11.–12. Oktober 2008

Berlin
11. interdisziplinäres Symposium zur individuellen Betreuung von Frühgeborenen und ihren Eltern
 Info: www.stillen.de, www.neonatalbegleitung.de

11.–12. Oktober 2008

Bremen
47. Kinderverhaltenstherapietage
 Info: todisco@uni-bremen.de

19.–21. November 2008

Frankfurt/Main
53. Tagung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft in der Pädiatrischen Hämatologie und Onkologie (PSAPOH)
 Info: www.kinderkrebsinfo.de/psapoh

21.–22. November 2008

Heidelberg
Kongress „ADHS – Kritische Wissenschaft und therapeutische Kunst“
 Info: info@syshd.de, www.erfindungsgeist.de

22.–23. November 2008

Wangen/Allgäu
Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer 2008
 Info: www.aabw.de

6.–7. Dezember 2008

Wangen/Allgäu
Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer 2008
 Info: www.aabw.de

12.–13. Dezember 2008

Tübingen
Symposium Tübinger Kinderchirurgie
 Info: www.conventus.de/tks2008

20.–21. März 2009

Neu-Ulm
23. Jahrestagung der Vereinigung für Kinderorthopädie
 Info: info@kmb-lentzsch.de, www.kinderorthopaedie.org

1.–4. April 2009

Hamburg
24. Jahrestagung der GPGE
 Info: k.muenzberg@uke.de

15.–17. Mai 2009

Karlsruhe
58. Jahrestagung der Süddeutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (SGKJ)
 Info: Digel.F@t-online.de

19.–20. Juni 2009

Mannheim
28. Jahrestagung der Sektion Kindertraumatologie in der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.
 Info: www.conventus.de/skt2009

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

Den bewährten Partner des BVKJ in allen Versicherungsfragen, die Assekuranz AG, können Sie ab sofort unter der folgenden Servicenummer erreichen: **(02 21) 6 89 09 21.**

Die Welt der Kinder im Blick der Maler

Eine ländliche Szene mit Kindern, einem ruhenden Hund, im Hintergrund eine Schafherde, eine Kirche. Aber die vornehme Kleidung der „Hirtenknaben“ und besonders des Mädchens im Mittelgrund, dessen Kleid der neuesten englischen Mode von 1718 folgt, lässt uns stutzen. Und dann sind da noch die abgelegten Requisiten: der mit einem Herz geschmückte Schild, daneben ein Pfeil, schließlich ein Korb mit Rosen. Einer der Jungen hat die Flöte zum Spiel angesetzt, ein anderer gibt mit einem Stock das Einsatzzeichen. Die kleine Tänzerin zögert noch mit ihrem Auftritt, sie greift unsicher in die Falten ihres Kleides, wirkt etwas unschlüssig. Der mit Wolken verhangene Himmel mag als Resonanzraum für die Stimmung der Iris verstanden werden, die zwischen Bereitschaft und Melancholie zu schwanken scheint. Offenbar wird uns hier ein Gleichnis vorgeführt, die Requisiten weisen prophezeiend auf die Leidenschaft und Liebe hin, der Hund wird in der Kunst in der Regel als Symbol der Treue verwendet. Mit dem Ende der Kindheit beginnt das sinnliche Erwachen, der „Tanz des Lebens“ mag beginnen.

Watteau fand als Schöpfer des galanten Genres, besonders der „fêtes champêtres“ neue Wege in der Kunst und wurde zum Begründer der Rokokomalerei. Ihm war nur eine kurze Lebensspanne von (1684–1721) beschieden, die ihm wenig Anerkennung schenkte und von Entbehrungen



Watteau, Antoine (1684–1721).

„Der Tanz“, um 1719. Öl/Lw., Berlin, Schloss Charlottenburg.

Foto: akg-images / Erich Lessing

und Krankheit gekennzeichnet war. Eine Tuberkulose führte zu seinem frühen Tod.

Schon mit elf Jahren wurde er in seiner Vaterstadt Valenciennes in die Lehre bei einem Dekorationsmaler gegeben, frühzeitig musste er selbständig für seinen Lebensunterhalt aufkommen. Dies gelang ihm mit der Produktion von Heiligenbildern und Devotionalien für Pilger. In seiner Kunst griff er besonders die Anregungen flämischer und italienischer Maler auf, aber immer wieder überwand er auch überlieferte Konventionen. Watteau war ein Träumer, der sich mit Hilfe seiner Kunst und seiner Phantasie eine Scheinwelt des Glücks, der Zärtlichkeit und schö-

ner, vornehmer Lebensformen aufbaute. Seine Bilder zeigen eine verhaltene Farbigkeit, wirken manchmal in ihren schleierhaften Gebilden fast entmaterialisiert. Seine Themen fanden großen Widerhall bei seinen Zeitgenossen und erscheinen symptomatisch für das Lebensgefühl einer Epoche.

Unser Bild wurde etwa 1765 von Friedrich dem Großen erworben und war für seine Bildergalerie im Park Sanssouci bestimmt.

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

Red.: ge

Praxistafel

Gut eingeführte, vor 29 Jahren gegründete **Kinderarztpraxis** in Kreisstadt Südniedersachsens aus Altersgründen zum Jahresende abzugeben. Gesperrter Bezirk. Alle Schulen inklusive Landschulheim vor Ort. Zuschriften unter Chiffre 1725 KJA 9/08 an den Verlag erbeten.

Gut gehende, alteingeführte **Kinder- und Jugendarztpraxis im Lkr. EM** aus Altersgründen ab 2009 abzugeben.

– fester Patientenstamm, zuverlässig. Praxisteam – Praxis zentral gelegen – gute Infrastruktur: Nahverkehr und BAB-Anschl. (20 Min. bis FR) – sehr schöne helle, neu renovierte Räume. Zuschriften unter Chiffre 1767 KJA 9/08 an den Verlag erbeten.

Verkaufe Päd. Praxis Bd. 17–60 gegen Gebot.
Tel. 02 34 / 70 64 24

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

Wir gratulieren zum Geburtstag im Oktober 2008

65. Geburtstag

Frau Christel *Gasser*, Heilbad Heiligenstadt, am 02.10.
 Frau Dr. med. Sigrid *Pfister*, Magdeburg, am 06.10.
 Frau Dr. med. Barbara *Protzmann*, Coswig, am 06.10.
 Frau Dr. med. Birte *Bär-Buchholz*, Erlangen, am 07.10.
 Herrn Dr. med. Harald *Brozio*, Neuenbürg, am 07.10.
 Herrn Dr. med. Gunnar *Tryzna*, Wermelskirchen, am 07.10.
 Herrn Dr. med. Bernd *Himmelhan*, Frankenthal, am 09.10.
 Herrn Udo *Folkerts*, Berlin, am 12.10.
 Frau Dipl.-Med. Christa *Schreiber*, Meißen, am 13.10.
 Herrn Dr. med. Michael *Tigges*, Iserlohn, am 13.10.
 Herrn Dr. med. Jörg-Peter *Hildebrandt*, Rangsdorf, am 16.10.
 Herrn Dr. med. Hartmut *Starck*, Eiche, am 16.10.
 Herrn Dr. med. Werner *Wende*, Zwickau, am 18.10.
 Frau Renate *Röbler*, Sondershausen, am 20.10.
 Frau Dr. med. Renate Marquardt-Schulze, Lübstorf, am 21.10.
 Frau Marion *Weise*, Leipzig, am 21.10.
 Herrn Dr. med. Helmut *Jugl*, Füssen, am 22.10.
 Herrn Dr. med. Lars *Sander*, Bad Kreuznach, am 24.10.
 Herrn Dr. med. Henning *Vahldieck*, Brandenburg, am 24.10.
 Frau Prof. Dr. med. Angelika *Kettler*, Wittnau, am 26.10.
 Frau Dr. med. Barbara *Treffer*, Burgstädt, am 26.10.
 Herrn Dr. med. Heinrich *Winter*, Köln, am 26.10.
 Herrn Dr. med. Wilfried *Zöllner*, Berlin, am 27.10.

70. Geburtstag

Frau Dr. med. Sigrun *Menze*, Bornheim, am 01.10.
 Frau Dr. med. Renate *Wustmann*, Frankfurt/Oder, am 01.10.
 Herrn Prof. Dr. med. Uwe *Töllner*, Künzell, am 05.10.

Herrn Dr. med. Werner *August*, Hechingen, am 06.10.
 Frau Dr. med. Eleonore *Moebes-Oberlies*, Krefeld, am 06.10.
 Frau Dr. med. Freya *Labitzke*, Recklinghausen, am 07.10.
 Frau MR Dr. med. Ursula *Sträubler*, Berlin, am 07.10.
 Frau Dr. med. Maria *Frankenberger*, Miltenberg, am 12.10.
 Herrn Dr. med. Jürgen *Marckwort*, Velbert, am 17.10.
 Frau Dr. med. Gerda *Böttcher*, Dittelbrunn, am 18.10.
 Herrn Dr. med. Christian *von Klinggräff*, Preetz, am 19.10.
 Frau Dr. med. Jutta *Kittlick*, Leipzig, am 20.10.
 Frau Dr. med. Elfriede *Büchner*, Berlin, am 22.10.
 Frau Dr. med. Ingrid *von Pawel*, Berlin, am 23.10.
 Frau Dr. med. Elisabeth *Ilgmann*, Berlin, am 24.10.

75. Geburtstag

Frau Dr. med. Ilse *Ahlert*, Oberursel, am 06.10.
 Herrn Dr. med. Walter *Hartmann*, Bad Brückenau, am 30.10.

80. Geburtstag

Herrn Dr. med. Heinrich *Brückner*, Frankfurt/Oder, am 20.10.

81. Geburtstag

Frau Sabina *Jankowska-Wozniak*, Marl, am 26.10.

82. Geburtstag

Herrn Prof. Dr. Dr. Hans Werner *Rotthauwe*, Alfter, am 16.10.

83. Geburtstag

Frau Dr. med. Karola *Schulz*, Ebersberg, am 09.10.
 Herrn Dr. med. Joseph *Diefenthal*, Köln, am 17.10.
 Frau Med.-Dir. Dr. med.a.D. Ursula *Meyer*, Mönchengladbach, am 22.10.
 Herrn Dr. med. Dietrich *Zschocke*, Köln, am 27.10.

85. Geburtstag

Frau Dr. med. Klara *Reichenbach*, Offenburg, am 14.10.

86. Geburtstag

Frau Dr. med. Mariatherese *Wolf*, Bodenheim, am 18.10.
 Herrn Dr. med. Ludwig *Brockhaus*, Lübeck, am 28.10.
 Frau Dr. med. Hilde *Kimpen*, Lahnstein, am 30.10.

87. Geburtstag

Frau Dr. med. Elisabeth *Schlunbaum*, Berlin, am 03.10.
 Herrn Dr. med. Werner *Gützlauff*, Lübeck, am 19.10.

88. Geburtstag

Frau Dr. med. Barbara *Lindscheid*, Hattingen, am 02.10.
 Frau Dr. med. Maria *Maerz*, Rüsselsheim, am 07.10.
 Frau Dr. med. Barbara *Christ*, Lippstadt, am 10.10.
 Frau Dr. med. Margot *Zimmermann*, Coburg, am 18.10.

89. Geburtstag

Frau Dr. med. Eleonore *Gebner*, Lörrach, am 02.10.
 Herrn Doz. Dr. med. Paul *Habermann*, Soest, am 19.10.
 Herrn Prof. Dr. med. Theodor *Hellbrügge*, München, am 23.10.

Herrn Dr. med. Horst *Prenzel*, Hamburg, am 30.10.

90. Geburtstag

Herrn Dr. med. Arthur *Kaiser*, Hirschberg, am 02.10.
 Herrn Dr. med. Rudolf *Schulz*, Vlotho, am 08.10.
 Frau Dr. med. Irmgard *Wilmanns*, Bielefeld, am 18.10.

94. Geburtstag

Herrn Dr. med. Hans H. *Berthold*, Bayreuth, am 22.10.
 Herrn Prof Dr. med. Dr. h.c. Klaus *Betke*, Gräfeling, am 30.10.

98. Geburtstag

Frau Dr. med. Therese *Hoppe*, Berlin, am 22.10.

Als neue Mitglieder begrüßen wir

Landesverband Baden-Württemberg

Frau Dr. med. Pamela *Franke*

Herrn Dr. med. Joachim *Dellnitz*

Herrn Dr. med. Dipl.Biol. Sven *Beck*

Herrn Dr. med. Tobias *Pantalitschka*

Herrn PD Dr. med. Hubert *Fahnenstich*

Frau Dr. med. Andrea *Braun*

Frau Grit *Bagemiel*

Frau Dr. med. Dietlinde *Bruch*

Landesverband Bayern

Herrn Dr. med. Daniel Müller

Frau Dr. med. Adelheid Kramer

Frau Dr. med. Karola Börzsönyi

Frau Dr. med. Jutta-Sibylle von *Manstein-Heueis*

Frau Dr. med. Judit *Varga*

Landesverband Berlin

Herrn Dr. med. Christian *Kebelmann-Betzing*

Landesverband Bremen

Frau Dr. med. Birgit *Thalacker*

Landesverband Hamburg

Frau Andrea *Thiele*

Landesverband Hessen

Herrn Anton *Gojanaj*

Herrn Dr. med. Andreas *Stumpf*

Landesverband Mecklenburg-Vorpommern

Frau Dr. med. Claudia *Hein*

Frau Eleonore *Nicolaus*

Frau Dr. med. Helena *Zerr*

Landesverband Niedersachsen

Herrn Dr. med. Refik *Özcan*

Frau Dr. med. Doerthe *Schill*

Herrn Dipl.-Med. Detlef *Langer*

Herrn Dr. med. Dietrich *Braun*

Herrn Heiko *Meyer*

Landesverband Nordrhein

Frau Dr. med. Andrea *Roth*

Frau Martina *Olmes*

Herrn Dr. med. Marcel *Razzaghi*

Frau Dr. med. Claudia *Waluga-Neven*

Herrn Klemens *Lammert*

Landesverband Saarland

Herrn Dr. med. Guido *Magar*

Landesverband Sachsen

Frau Dipl. Med. Ute *Dreßler*

Frau Dr. med. Catrin *Demandt*

Frau Franziska *Rülicke*

Landesverband Sachsen-Anhalt

Frau Jacqueline *Kneist*

Landesverband Schleswig-Holstein

Frau Barbara *Bolouri*

Frau Gabriele *Ahlers*

Frau Andrea *Unteutsch*

Landesverband Westfalen-Lippe

Frau Dr. med. Christiane *Günther*

Herrn Dr. med. Thomas *Hofmann*

Herrn Axel *Dworniczak*

Herrn Dr. med. Klaus *Linnemann*

Fortbildungstermine des BVKJ

Köln, Tel. 0221 / 6 89 09 15/16, Fax: 0221 / 6 89 09 78 (bvkj.kongress@uminfo.de) ②

September 2008

20. September 2008

Jahrestagung des LV Brandenburg

des bvkj e.V., Zeuthen

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

27.–28. September 2008

11. Seminartagung Hessen

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

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

Oktober 2008

12.–17. Oktober 2008

36. Herbst-Seminar-Kongress

des bvkj e.V., Bad Orb

Sehen – Hören – Fühlen

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

November 2008

1. November 2008

Jahrestagung des LV Niedersachsen

des bvkj e.V., Verden

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

14.–15. November 2008

Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V. in Berlin

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

15.–16. November 2008

Praxiseinführungs-Seminar

des BVKJ e.V. in Friedewald

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

22.–23. November 2008

6. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Bayern, Bamberg

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

2009

Januar 2009

28.–30. Januar 2009

Seminar für Klinikärzte

des BVKJ e.V. in Altötting

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

März 2009

6.–8. März 2009

15. Kongress für Jugendmedizin

des 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

20.–22. März 2009

Pädiatrie zum Anfassen

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

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

April 2009

18. April 2009

Pädiatref 2009

des bvkj e.V., LV Nordrhein, Köln

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

24.–26. April 2009

6. Assistentenkongress

des bvkj e.V., Nürnberg

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069

Mai 2009

15.–17. Mai 2009

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

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

16.–17. Mai 2009

Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Thüringen, Erfurt

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

Juni 2009

13.–14. Juni 2009

Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Baden, Freiburg

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

19.–21. Juni 2009

Kinder- und Jugendärztetag 2009

39. Jahrestagung des bvkj e.V., Berlin

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

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

20.–21. Juni 2009

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

in Berlin

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221 / 6 89 09 15/16, Fax: 0221/6 89 09 78 (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 Carmen Hell Kongressbüro, Tel. 09321-922100, Fax 09321-922-120

Buchtipps

Boris Zernikow

Palliativversorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Springer Verlag, Heidelberg, 518 S., 31 Abb., 70 Tab., € 59,95, ISBN 978-3-540-48875-0

Jährlich sterben in Deutschland 1.500–3.000 Kinder an lebensverkürzenden Erkrankungen. Der niedergelassene Kinder- und Jugendarzt versorgt in seiner Berufslaufbahn jedoch kaum mehr als fünf Palliativpatienten. Dementsprechend ist die Erfahrung in der Kontrolle vielschichtiger Symptome aber auch im Umgang mit dem sterbenden Kind und seiner Familie gering.

Das nun vorliegende Buch kann helfen, die Entwicklung der Palliativversorgung von Kindern voranzutreiben.

Mit dem Titel „Palliativversorgung“ unterstreichen die Autoren die Notwendigkeit eines multiprofessionellen Ansatzes in der Versorgung sterbender Kinder, Jugendlicher und junger Erwachsener.

Zunächst erhält der Leser wichtige Informationen über vorhandene Organisationsstrukturen zur Versorgung von Kindern mit lebensverkürzenden Erkrankungen in Deutschland. Detailliert und klar gegliedert werden mögliche Ansprüche auf Sozialleistungen dargestellt. Hilfreich sind zahlreiche Verweise auf Informationsquellen im Internet.

Neben einer ausführlichen Beschreibung der verschiedenen ethischen Theorien findet der Leser Antworten auf klinische Fragen zur Menschenwürde, Entscheidungsfähigkeit und Wahrheit am Krankenbett. Es wird ein Formblatt zur Patienten-/Elternverfügung vorgestellt. Dieses kann nach einem Aufklärungsgespräch, für das ein Leitfaden vorliegt, zur Therapiebegrenzung in Notfallsituationen eingesetzt werden.

Im umfangreichsten Teil des Fachbuches befasst sich das multiprofessionelle Autorenteam mit der Praxis der pädiatrischen Palliativversorgung. Die altersab-

hängigen Entwicklungsschritte im Erleben des Todes lassen die kindlichen Reaktionen in dieser Situation verständlich werden. In aller Regel haben Kinder- und Jugendärzte im Rahmen ihres Studiums keine Ausbildung in Gesprächsführung oder „Überbringen schlechter Nachrichten“ erhalten, so dass die Ausführungen zu diesem Thema extrem hilfreich sind.

Schmerzen, Fatigue, Erbrechen, Dyspnoe, Appetitlosigkeit sind häufige Symptome pädiatrischer Palliativpatienten.

Die Prinzipien der medikamentösen- und nicht medikamentösen Schmerztherapie werden unter Berücksichtigung besonderer Schmerzsyndrome abgehandelt. Dabei werden der Einsatz neuer Opiode, sowie auch die Möglichkeit der transdermalen Applikation mit ihren Vor- und Nachteilen im Kindesalter diskutiert. Selbstverständlich legt Zernikow auch einen besonderen Schwerpunkt auf Schmerzmessung und Dokumentation, die bisher immer noch unzureichend erfolgt.

Weiterhin bemühen sich die Autoren um eine evidenzbasierte Darstellung von Symptomen, die in Anlehnung an das Werk von Lipman in häufige und seltene Symptome eingeteilt werden. Der palliativmedizinisch tätige Pädiater ist überrascht, das Delirium und die Depression im Gegensatz zum Fieber unter den häufigen Symptomen zu finden. Trotz der teilweise geringen Zahl an Literaturstellen erwarten den Leser letztendlich konkrete Empfehlungen für eine Therapieentscheidung. Das Layout dieses Kapitels ist verwirrend, da Tabellen und Abbildungen nicht kongruent zum Text erscheinen.

Besonders gelungen ist das Kapitel der seltenen Krankheits-symptome. Hier findet man nach Organsystemen gut gegliedert, viele Hinweise zur Diagnostik und Therapie. Der oft gewünschte Einsatz komplementärmedizinischer Methoden erhält in diesem Buch ausreichend Raum. Themen wie basale Stimulation, Wundpflege, aber auch

Kunst- und Musiktherapie ergänzen das breite Spektrum therapeutischer Möglichkeiten.

Einfühlsam aber genauso klar werden schwierige Palliativsituationen und Entscheidungen auf der pädiatrischen Intensivstation angesprochen. Jugendliche und junge Erwachsene in der Palliativversorgung sind ein weiteres Thema dieses Lehrbuches. Altersentsprechend ergeben sich hier besondere Anforderungen an das Team im Umgang mit den Patienten, aber auch in der Anleitung und der Begleitung der Eltern, die anschaulich und instruktiv wiedergegeben werden.

Die Rolle der professionellen Helfer werden prägnant dargestellt. Die Reflektionen über die eigene Situation sind für eine professionelle Versorgung unverzichtbar.

Obwohl der Umgang mit Eltern und Geschwistern in der Palliativversorgung einen hohen Stellenwert hat, nimmt dieser im vorliegenden Buch noch einen relativ geringen Teil ein, was zeigt, wie wenig man trotz intensiver Arbeit über dieses Thema bisher weiß. Zusammenfassend ist dieses erste deutschsprachige Lehrbuch zur pädiatrischen Palliativversorgung ein absolut empfehlenswertes Werk nicht nur für den Pädiater in der Klinik, sondern auch für den niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt.

Das Buch erklärt die physische und psychische Situation pädiatrischer Palliativpatienten mit ihren vielschichtigen Krankheitsbildern, aus dem Blickwinkel eines multiprofessionellen Autorenteam.

Zernikow und Mitarbeiter leisten mit diesem Buch einen nennenswerten Beitrag auf dem Weg zu einer verbesserten Palliativversorgung für Kinder- und Jugendliche in Deutschland.

Dr. Gisela Janßen,
Universitätsklinikum Düsseldorf,
Kinderonkologie

Red: ReH



Buchtip

Heinrich Brückner Gewundene Pfade der Hoffnung

37 Jahre Kinderarzt als Anwalt
der Schwächsten



Verlag Die Furt, Jacobsdorf 2008, 503 Seiten mit zahlreichen Abb. u. Literaturangaben, ISBN 978-3-933416-78-0 Preis: 19,50 €

Ein höchst ungewöhnlicher Mensch hat ein höchst ungewöhnliches Buch geschrieben. Heinrich Brückner, 1928 im Erzgebirge/Sachsen geboren, ein Mann aus der „Flakhelfer-Generation“, der in der DDR als Partei-

loser eine große nichtuniversitäre Kinderklinik geleitet hat, gibt einen Lebens- und Arbeitsbericht, der alles enthält, was der Leser von einer soliden Biographie erwartet. Er geht darüber aber deutlich durch eine bemerkenswerte Sorgfalt und Tiefgründigkeit, durch eine für seine Generation ungewöhnlich umfassende Weitsicht und durch ganzheitliches Denken hinaus.

Das Buch gewinnt seinen Rang aus zwei gewichtigen Gründen: zunächst durch die Tatsache, dass es eine der wenigen ostdeutschen Pädiater-Biographien ist, vor allem aber durch die Persönlichkeit des Autors. Dieser Leipziger Habilitierte ohne weitere Aussicht auf Hochschullaufbahn, brachte in Frankfurt/Oder das Kunststück fertig, die Kinder-

kliniken des Bezirkskrankenhauses (staatlich) und der Diakonie (konfessionell) in einer Person über fast zwei Jahrzehnte zu leiten, funktionell zusammenzuführen und zur Blüte zu bringen. Daneben wirkte er als Repräsentant der „Religionsgemeinschaft der Freunde (Quäker)“ in der DDR, war in dieser Funktion exterritorialer UNO-Beobachter und überdies als Autor mehrerer Aufklärungsbücher der ungemein populäre Sexualpädagoge für Kinder, Jugendliche und Eltern in der DDR und außerdem in Kuba. Brückner zeigt sich als mutiger und selbstständiger Mann, ob er in Klinga Indianer spielt, in Warschau eine Politposse entlarvt, in Havanna über Schwangerschaftsverhütung redet oder mit seinen Direktoren um die Milchküche seiner Klinik kämpft. Sein Werk berichtet über persönliche und berufliche Erfahrungen von der nationalsozialistischen über die proletarische Diktatur bis hin zur konfliktreichen Demokratie im vereinigten Deutschland, wobei die medizinischen, geistigen und politischen Zeitströmungen intensiv reflektiert werden. Das Buch ist zugleich eine illustrierte Geschichte der Kinderheilkunde in der DDR mit vielen regionalen Bezügen und bewahrenswerter Alltagsgeschichte. Zum so genannten „Brandenburger Modell“ d.h. der fachfremden Unterstellung kleiner stationärer Kinderabteilungen in diesem ostdeutschen Bundesland hätte den Leser eine Stellungnahme interessiert. Doch alle anderen Widrigkeiten sowie Begünsti-

gungen in der Arbeit einer Kinderklinik im realen Sozialismus werden im Buch ausführlich beschrieben.

Brückner lebt und schreibt voller Engagement für „seine Sache“, die vielen, den Kindern vorenthaltenen Rechte. Einen besser formulierten Vorwurf an bedenkenlose Verantwortungsträger, als „die tiefe Missachtung kindlicher Belange“ hat der Rezensent noch nie gelesen. Dabei schildert der Autor seinen kämpferischen Weg mit einer geradezu entwaffnenden Bescheidenheit, wo mancher Zeitgenosse seine beruflichen Erfolge aufgezählt hätte. Eitelkeit, der bekannte Problembereich biographischer Literatur, ist ihm fremd. Bei Konflikten zeigt Brückner eine beeindruckende Haltung zum „Verständnis für beide Seiten“, selbst wenn es um staatlichen Machtmissbrauch, um sozialistisches Mobbing oder um persönliche Nachteile geht. Besonders lesenswert sind die Betrachtungen über den Wandel in der Medizin und seine kritischen Gedanken zur Kinderheilkunde in der medizinischen Marktwirtschaft.

Der Autor hat auf ein Personenregister verzichtet, sein Buch aber sicher auch nicht für Schnellleser geschrieben. Bei fast 500 Quellenangaben wird der an der Kinderheilkunde interessierte Leser eine gut gefüllte Fundgrube in einem hervorragenden Sachbuch finden.

Dr. Ernst Fukala
Dohlenweg 4
06110 Halle (Saale)

Red.: je

5. ADHS-Gespräche am 7. Juni 2008

Bei der Behandlung von ADHS kommt es auf die Stärkung der Beziehungsfähigkeit an

Bei den Behandlungszielen der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) scheint sich ein grundlegender Perspektivenwechsel abzuzeichnen. Standen bisher vor allem die Leistungen in der Schule im Vordergrund, wird immer deutlicher, dass für die Betroffenen, ihre Angehörigen und Freunde vor allem die sozialen und emotionalen Folgen der Erkrankung und deren Behandlung von wesentlicher Bedeutung sind. So das Fazit der rund 220 auf ADHS spezialisierten Fachärzte auf den 5. ADHS-Gesprächen im Juni. Kinder und Jugendliche leiden an einer eingeschränkten emotionalen Befindlichkeit, ihr Selbstbild und Selbstwertgefühl sind beeinträchtigt und damit auf Dauer auch ihre weitere Entwicklung¹. Um diese Abwärtsspirale zu durchbrechen, ist eine zeitgemäße Behandlung erforderlich, die auch die sozialen und emotionalen Aspekte berücksichtigt.

„Eine zeitgemäße Therapie erfolgt heute multimodal und orientiert sich genau an den Bedürfnissen der Patienten, die weit über die schulischen Probleme hinausgehen“, erklärte Prof. Michael Huss, Mainz. Das Krankheitsverständnis von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) im Kindes- und Jugendalter orientierte sich bisher zu einseitig an situativen Verhaltensauffälligkeiten und den Leistungen in der Schule. Um das Ausmaß der Erkrankung richtig abschätzen zu können, sollte jedoch das ganze Leben der Betroffenen berücksichtigt werden. Voraussetzung dafür ist eine möglichst umfangreiche Anamnese, in der die Probleme des Einzelnen sorgfältig bestimmt werden und auch abgeklärt wird, unter welchen Umständen sie auftreten. Daher empfiehlt es sich, nicht nur die Kernsymptomatik – Unaufmerksamkeit (Aufmerksamkeitsstörung, Ablenkbarkeit), Impulsivität und Hyperaktivität (Überaktivität, motorische Unruhe) – abzufragen. Die emotionale Befindlichkeit (wie fühlt sich das Kind, wie ist das Selbstwertgefühl und die Selbstsicherheit) sollte

ebenfalls abgeschätzt werden. Dabei ist auch die Beziehung zu Eltern und Gleichaltrigen relevant. Durch ihr häufig nicht situationsangepasstes Verhalten erhalten die Kinder meist in vielen Bereichen negatives Feedback und machen die Erfahrung „nicht gemocht zu werden“, so Dr. Ulrich Kohls, Essen, und ergänzt: „Die Entwicklung einer normalen Persönlichkeit und eines angemessenen Selbstwert- und Identitätsgefühls sowie die Beziehungsfähigkeit werden dadurch beeinträchtigt. Die Betroffenen müssen die Erfahrung machen, sich auf sich selbst verlassen zu können, erst dann können sie sich auch auf andere verlassen und funktionierende Beziehungen aufbauen.“ Kindern und Jugendlichen mit ADHS fehlt häufig diese grundlegende Erfahrung. Sie können daher oft kein konstantes Selbstbild aufbauen und ihre eigenen Leistungen nicht richtig einschätzen. Selbstunsicherheit bzw. unzureichendes Selbstwertgefühl, Bindungs- und Beziehungsunfähigkeit und damit verbunden soziale Isolation¹ können dadurch verstärkt werden, sofern nicht mit adäquaten auf die individuellen Bedürfnisse der

jeweiligen Patienten abgestimmten Therapiemaßnahmen gegengesteuert wird (Abb. 1 Langzeitfolgen).

Folgen einer ADHS ohne adäquate Behandlung

Kinder mit ADHS weisen mit zunehmendem Alter verstärkte Risiken auf. Sie sind z. B. häufiger in Unfälle oder tätliche Auseinandersetzungen verwickelt^{2,3}. Ihre Schul- und Berufsabschlüsse entsprechen nicht ihren intellektuellen Fähigkeiten⁴ und sie leben seltener in stabilen Beziehungen verglichen mit der Allgemeinbevölkerung⁵. Eine aktuelle Auswertung der Milwaukee-Studie von Prof. Russell A. Barkley, South Carolina, bestätigte jetzt, dass Kinder mit ADHS ohne adäquate Behandlung auch im Erwachsenenalter unter anderem mit deutlichen emotionalen und sozialen Einschränkungen sowie Konsequenzen für ihre berufliche Perspektive (oftmals kein Schulabschluss, häufiger Arbeitsplatzwechsel oder -verlust) rechnen müssen⁶. In dieser Studie wurden 158 Kinder seit den 70er Jahren beobachtet und mit einer altersentsprechenden Kontrollgruppe verglichen. Besonders deutlich zeigten sich hier Defizite in ihrer Beziehungsfähigkeit: Die mittlerweile rund 27-Jährigen hatten z. B. mehr sogenannte One-Night-Stands oder Sex außerhalb der Beziehung. Mehr als 25 % aus der ADHS-Gruppe wurden bereits im Teenageralter schwanger und sie wiesen, verglichen mit einer gesunden Kontrollgruppe, einen geringeren sozialen Status auf. „Um den Betroffenen ein normales Leben zu ermöglichen, ist daher eine möglichst frühzeitige und umfassende Therapie erforderlich, die auch die emotionalen und sozialen Aspekte der Erkrankung berücksichtigt“, forderte Barkley. Bewährt haben sich nach

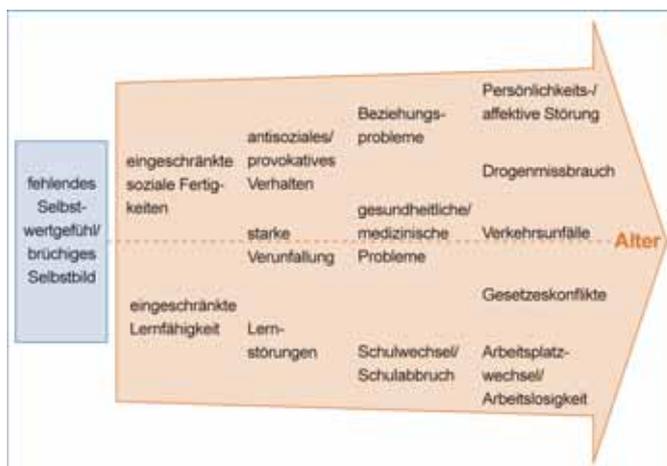


Abb. 1: Mögliche Langzeitfolgen von geringem Selbstwertgefühl und einem brüchigen Selbstbild bei ADHS (mod. nach 1, 9).

Meinung von Barkley vor allem langwirksame Stimulanzien sowie der hochselektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer Atomoxetin (Strattera®). Gerade bei situationsübergreifend betroffenen Patienten mit sozialen und emotionalen Beeinträchtigungen kann ein Wechsel zwischen Wirkung und Nicht-Wirkung durch die Gabe von Stimulanzien zu einer zusätzlichen Belastung führen. Die Betroffenen erleben meist ein Wechselbad der Ge-

fühle. Dagegen kann die kontinuierliche Wirkung von Atomoxetin über die Kernsymptomatik von ADHS hinaus helfen, die emotionale Befindlichkeit^{7,8} und die Integration in das psychosoziale Umfeld zu verbessern⁷.

Eine Kooperation mit Lilly Deutschland GmbH

[1] Barkley RA. J Clin Psychiatry 2002; 63 (Suppl 12):10-15.

[2] Barkley RA et al. Motor Pediatrics 1996; 98:1089-1095.

[3] DiScala C et al. Pediatrics 1998; 102:1415-1421.

[4] Döpfner M et al. Göttingen: Hogrefe-Verlag 2000.

[5] Brown RT et al. J Learn Disabil 1989; 22:581-587.

[6] Barkley RA et al. New York: Guilford, 2008.

[7] Michelson D et al. Pediatrics 2001; 108(5):e83.

[8] Wehmeier PM et al. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2008; 2(1):11.

[9] Secnik et al. 2008 (submitted for publication).

PM 470637

Aller guten Dinge sind drei:

Ladival 50+ – maximaler Schutz für Kinderhaut, allergische und normale Haut

Sonnenlicht macht fröhlich, denn es setzt körpereigene Glückshormone frei und kurbelt den Stoffwechsel an. Für den sorgenfreien Genuss des Glücksfaktors Sonne bietet die führende Sonnenschutzmarke Ladival® ab sofort den ultrahohen Schutzfaktor 50+ für die zarte Kinderhaut, die zu Sonnenallergie neigende Haut und für die normale bis empfindliche Haut. Alle drei Produkte enthalten weder Parfum-, Farb- noch Konservierungsstoffe.

Besonderer Schutz für empfindliche Haut

Insbesondere Babys und Kleinkindern fehlen Schutzmechanismen gegen die schädlichen Auswirkungen der Sonnenstrahlung. Ihre Haut produziert noch wenig Melanin und ist nicht in der Lage, eine schützende Lichtschwiele auszubilden. Die neue Ladival® Sonnenschutzmilch 50+ für Kinder bietet durch ihre hochwirksame Filterkombination, bestehend aus UV-A- und UV-B-Filtern und dem Ladival®-exklusiven Schutz gegen schädliche Infrarot-A-Strahlen des Sonnenlichts, maximalen Schutz vor Sonnenbrand und möglichen Spätschäden. Ladival 50+ für Kinder ist extra wasserfest und sogar für die empfindliche Haut von Neurodermitikern geeignet.

Neben Kindern stehen Menschen mit besonders sonnenempfindlicher

und zu Allergien neigender Haut im Fokus der Ladival®-Forschung. Das neue Ladival Allergische Haut 50+ verhindert das Auftreten von Pickeln und Pusteln und schützt zuverlässig vor UV-A-, UV-B- und Infrarot-A-Strahlung. Das Hydrodispersionsgel enthält keine Fette und Emulgatoren. So wird die sonnenempfindliche und/oder eher fettige Haut nicht zusätzlich belastet. Tipp: Als Après-Pflege sollte ebenfalls ein emulgator- und fettfreies Produkt wie Ladival® Allergische Haut Après verwendet werden, da Emulgatoren bis zu 24 Stunden in der Haut verbleiben.

Aber auch die normale Haut profitiert vom höchsten Schutz. Ladival® Normale bis empfindliche Haut 50+ schützt optimal und pflegt die Haut gleichzeitig mit Dexpanthenol und wertvollen Ölen.

www.ladival.de



Nach Informationen von Stada, GmbH, Bad Vilbel

Sicher, effektiv und giftfrei gegen Kopfläuse:

NYDA® L ist ab 1. Juli 2008 erstattungsfähig

NYDA® L wirkt physikalisch und lässt Kopfläuse, Larven und Eier mit einem 2-Stufen-Dimeticon ersticken. Dieser sichere, effektive – und im Gegensatz zu herkömmlichen Pedikuloziden – ungiftige Therapiestandard ist ab 1. Juli 2008 erstattungsfähig. Das beschloss der Gemeinsame Bundesausschuss auf seiner Sitzung vom 19. Juni 2008. Damit darf der Arzt NYDA® L Kindern bis zu zwölf Jahren zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkassen verordnen. Leidet der Patient unter Entwicklungsstörungen, ist eine Verordnung auch bis zum 18. Lebensjahr möglich.

Zunehmende Resistenzen der Kopfläuse gegen herkömmliche neurotoxisch wirksame Pedikulozide auf Basis von Pyrethrum, Permethrin oder Allethrin unterstreichen den Stellenwert des neuen Therapiestandards mit NYDA® L: So zeigt eine Untersuchung in Dänemark, dass ca. 70 % der Kopfläuse gegen das dort am häufigsten verwendete Insektizid Permethrin resistent sind. Bei einer Studie in Wales waren ebenfalls 4 von 5 Läusen gegen den Einsatz der Pyrethroide Permethrin und Pheno-

thrin immun. Dazu kommt: Chemische Pedikulozide auf Basis neurotoxischer Insektizide können allergische und toxische Nebenwirkungen haben, wie z.B. Kopfschmerzen, Übelkeit und Erbrechen.

Dimeticon lässt Läuse einfach ersticken

Als ungiftige und effektive Alternative zur Therapie der Pedikulose steht in Deutschland NYDA® L zur Verfügung. Die spezielle 2-Stufen-Dimeticonlösung dringt tief in die Atemwege der Parasiten ein und verschließt sie irreversibel, so dass Läuse, ihre Larven und Eier ersticken. In vitro-Untersuchungen an der Federal University of Ceará (Fortaleza, Brasilien) belegen: NYDA® L tötet Kopfläuse sicher ab.

Dimeticon: Stärker wirksam und besser verträglich als Permethrin

Die sehr guten Ergebnisse zur Wirksamkeit von NYDA® L werden eindrucksvoll durch eine kontrollierte, randomisierte Untersucherblinde (observer-blinded) klinische Studie belegt. Heukelbach et al. (Fortaleza, Brasilien) verglichen die Wirksamkeit, Verträglichkeit und die kosmetische Akzeptanz von NYDA® mit dem neurotoxisch wirksamen Permethrin. Dazu wurden 145 Kinder im Alter zwischen 5 und 15 Jahren entweder mit einem mit NYDA® identischen Produkt auf Dimeticon-Basis oder mit Permethrin 1% (Lyclear®; in wässriger Lösung) behan-

delt – und zwar am ersten und am achten Tag der Studie. Die Kontrolluntersuchungen am 2. und am 9. Tag brachten deutliche Unterschiede zu Tage: Während bereits nach der 1. Behandlung (Studientag 2) 94,5 Prozent der Dimeticon-Patienten frei von Läusen waren, erzielte Permethrin nur eine Erfolgsquote von 66,7 Prozent. Auch 24 h nach der zweiten Behandlung (Tag 9) lag Dimeticon statistisch signifikant vorn: 97,2 Prozent Erfolgsquote – unter Permethrin waren nur 67,6 Prozent der Kinder läusefrei. In puncto kosmetischer Akzeptanz schnitt Dimeticon ebenfalls signifikant besser ab als Permethrin.

Fazit: „NYDA® ist ein sicheres, sehr gut verträgliches und hochwirksames Pedikulozid ohne Resistenzrisiko“, resümierte Prof. Heukelbach.

Diese Ergebnisse überzeugten auch das Fachmagazin ÖKOTEST (Ausgabe März 2008): Chemische Insektizide seien alles andere als unbedenklich. Die physikalisch wirksame Alternative beurteilte das Blatt mit der Note „gut“.

Nach Informationen von Pohl-Boskamp GmbH, Hohenlockstedt

Abb.: Mehrere leere Eihüllen (Nissen) nach Nymphen- bzw. Larvenschlupf sowie vitale Eier mit intaktem Deckel (Operculum) im Haar. Die leeren Nissen erscheinen weißlich transparent, die vitalen Eier bräunlich



Epilepsie im Kindesalter:

Bei Auswahl des Antiepileptikums an Interaktionen denken

Epilepsie in der täglichen Praxis: Ruft man sich die Zahlen für Deutschland in Erinnerung, in welchem jungen Alter Mädchen heutzutage geschlechtsreif werden – im Jahr 2005 bekamen 53 Prozent der Mädchen die Menarche mit 12 Jahren oder früher – so stellt die richtige Auswahl eines Antiepileptikums (AED) eine gewisse Herausforderung für den behandelnden Arzt dar: Denn alle enzyminduzierenden AED beeinträchtigen die Wirksamkeit der „Pille“, einige jedoch deutlich weniger als andere, wie beispielsweise Levetiracetam.

Antiepileptika sollten bei Kindern weder unerwünschte Wirkungen auf das Wachstum oder die Pubertät haben, noch sollten sie die kognitive Entwicklung und das Verhalten beeinflussen, dies sind wichtige Forderungen der Epilepsitherapie im Kindesalter.

Vorsicht bei Interaktionen

Auf einem Satellitensymposium der UCB GmbH anlässlich der 34. Jahrestagung der Gesellschaft für Neuropädiatrie in Jena diskutierten führende Epileptologen wichtige Aspekte der modernen Epilepsitherapie im Kindesalter.

Jeder Arzt, der Epilepsie im Kindesalter behandelt, müsse unbedingt auch an Interaktionen denken, erinnerte Dr. Stefan Stodieck, Hamburg, in seinem Vortrag.

Nach einer US-amerikanischen retrospektiven Kohortenstudie wurden 75 Prozent der mit Antiepileptika behandelten Patienten bis 17 Jahren mit mindestens einer weiteren Medikation behandelt, 21 Prozent der Mädchen (17% der Jungen) mit fünf oder mehr Begleitmedikamenten.

Levetiracetam (Keppra®) auf einen Blick

Keppra® zeichnet sich aus durch ein

- breites Wirkpotenzial
- hocheffiziente Anfangskontrolle
- sehr gute Verträglichkeit
- keine bekannten Interaktionen mit anderen Antiepileptika

Levetiracetam verfügt über einen einzigartigen Wirkmechanismus: Diskutiert werden beispielsweise Calciumkanal-abhängige Effekte, Eingriff in den GABA-Metabolismus und Hemmung der Depolarisierung von Ionenkanälen. Es moduliert die Transmitterfreisetzung durch die Bindung an das Vesikelprotein SV2A.

Das Antiepileptikum hat ein günstiges pharmakologisches Profil mit einer linearen Pharmakokinetik. Es wird renal ausgeschieden und geht keine relevanten Interaktionen mit anderen Medikamenten ein.

Levetiracetam ist derzeit in Deutschland zur Zusatzbehandlung bei Kindern im Alter ab 4 Jahren mit fokalen Anfällen und ab dem Alter von 12 Jahren zur Behandlung der JME und von primär generalisierten Grand-mal zugelassen. Ab dem Alter von 16 Jahren besteht eine Monotherapiezulassung für fokale Epilepsien.

Einfluss von Antiepileptika auf die „Pille“		
Wirksamkeit der hormonellen Kontrazeption		
potenziell unwirksam	evtl. gering vermindert	wahrscheinlich nicht beeinflusst
Carbamazepin Phenobarbital (Primidon) Phenytoin		Valproat
Oxcarbazepin Felbamät Rufinamid	Lamotrigin	Gabapentin Levetiracetam Pregabalin Tiagabin
Topiramät > 200mg	Topiramät ? 200 mg	Vigabatrin Zonisamid
Achtung! Implanor® - Nuva-Ring® - 3-Monats-Spritze - „Pille danach“		

Abb.: Einfluss von Antiepileptika auf die Pille und andere hormonelle Verhütungsmittel

Sicherheit der Pille oft beeinträchtigt

„Dies gilt besonders für die Antibabypille“, erinnerte Stodieck. Besonders wichtig ist es, bei Mädchen nicht nur an den späteren Kinderwunsch zu denken und dies durch die Auswahl eines wenig teratogenen AED zu berücksichtigen, sondern auch die immer früher einsetzende sexuelle Reife zu beachten. 23 Prozent der Mädchen hatten im Jahr 2005 ihren ersten Geschlechtsverkehr mit 15 Jahren – wovon 47 Prozent der Mütter nichts wussten. Die in Deutschland bei jungen Mädchen mit 70 Prozent präferierte Verhütungsart „Pille“ zeigt jedoch mehr oder weniger starke Interaktionen mit Antiepileptika (Abb.). Bei den zur Monotherapie zugelassenen Medikamenten handelt es sich um die weitgehend inerten Substanzen Gabapentin und Levetiracetam (Keppra®) sowie um Lamotrigin (Achtung: Interaktion mit Pille) und mit Einschränkungen auch Topiramät.

„In einer englischen Untersuchung von 1998 waren 25 Prozent der Schwangerschaften bei Epilepsie-Patientinnen „Pillenversager“, so Stodieck.

Wichtig sei, dies bei einer jungen Epilepsiepatientin immer im Hinterkopf zu haben, da die Eltern oftmals nicht Bescheid wissen über das Sexualleben ihres Kindes, dem Frauenarzt oft nicht über die Epilepsie und dem Pädiater nichts von der Pilleneinnahme verraten werde. Mit Keppra® sei man hier zumindest auf der sichereren Seite der Epilepsieverordnung, auch wenn Gespräche darüber unumgänglich seien und man gemeinsam überlegen sollte, auf eine andere Art der Verhütung umzustellen.

G. Fischer v. Weikersthal

Satellitensymposium der UCB GmbH anlässlich der 34. Jahrestagung der Gesellschaft für Neuropädiatrie in Jena, April 2008.

Kopflausbefall:

Behördliche Prüfung steht hoch im Kurs

Eine aktuelle Umfrage zur Therapiepraxis bei Kopflausbefall bestätigt: Insektizide Kopflausmittel zeichnen sich durch eine gute Verträglichkeit aus. Eine generell nachlassende Wirkung aufgrund von Resistenzen lässt sich nicht feststellen.

Kopflausbefall ist die zweithäufigste Infektionskrankheit bei Kindern und Jugendlichen nach dem Husten. Zuletzt hat das Gesundheitsamt der Stadt Braunschweig zuverlässige Zahlen zur Häufigkeit vorgestellt: In der Welfenstadt liegt die Zahl der jährlichen Neuansteckungen bei mindestens 420 pro 10.000 Kindern im Alter zwischen fünf und sechs Jahren. 14 Kinder eines Einschulungsjahrgangs wiesen einen akuten Befall, 105 einen Befall während der letzten zwölf Monate auf. Zur Behandlung empfiehlt das Robert-Koch-Institut Präparate, die nach Infektionsschutzgesetz geprüft und anerkannt sind. Derzeit sind dies insektizide Arzneimittel mit pflanzlichem Pyrethrumextrakt und den synthetischen Wirkstoffen Permethrin und Allethrin sowie ein physikalisch auf die Atmungsorgane wirkendes Medizinprodukt auf Basis von Sojaöl und Kokosöl.

Behördlich bestätigte Wirksamkeit hat Vorrang

Der behördliche Nachweis für Wirksamkeit und Verträglichkeit ist, neben der einfachen Anwendung, schließlich auch der wichtigste Ordnungsgrund für ein Kopflausmittel. Das ergab eine repräsentative Ärztemfrage des auf Gesundheitsfragen spezialisierten Meinungsforschungsinstitutes Insight-Health gemeinsam mit der IDS Deutschland Healthcare Marketing GmbH im Juli 2008. Befragt wurden 246 Ärzte. Davon waren 148 Allgemeinmediziner und 98 Pädiater. Danach ist die Verwendungsbereitschaft für Arzneimittel mit insektiziden Wirkstoffen mehr als doppelt so groß im Vergleich zu insektizidfreien Medizinprodukten. Auf die Frage nach den

Verordnungsgründen gaben 80 Prozent der Mediziner an, dass sie besonders Wert auf die behördliche Prüfung und Anerkennung nach § 18 Infektionsschutzgesetz legen. Außerbehördliche Nachweise für die therapeutische Qualität sind dagegen nur für 25 Prozent der Ärzte wichtig. Mehr als die Hälfte der Pädiater und 72 Prozent der Allgemeinmediziner vertrauen außerdem auf die Arzneimittelzulassung. Anders als bei Medizinprodukten üblich, werden Verträglichkeit und Wirksamkeit bei Arzneimitteln im Konformitätsbewertungsverfahren überprüft.

Aus Erfahrung verträglich

Eine hohe Therapiezufriedenheit besonders hinsichtlich der Verträglichkeit von Pyrethrumextrakt und Permethrin unterstreicht das Qualitätssiegel der behördlichen Anerkennung: 94 Prozent der Ärzte bestätigen, dass Nebenwirkungen, wenn überhaupt, nur selten auftreten. Physikalisch wirksame Substanzen bewegen sich zwar zum Teil auf einem ähnlichen Niveau. Allerdings bescheinigen die Meinungsforscher der Zufriedenheit mit den pflanzlichen (Pyrethrumextrakt) beziehungsweise synthetischen (Permethrin) Insektiziden eine höhere Validität, da weitaus mehr Erfahrungswerte vorliegen. 88 Prozent, das heißt neun von zehn Ärzten, haben Erfahrungen mit Pyrethrumextrakt und Permethrin, aber nur 65 Prozent und damit weniger als sieben von zehn Ärzten mit physikalisch wirksamen Substanzen wie dem chemischen Silikonöl Dimeticon.

Für ein generelles Nachlassen der Wirksamkeit insektizider Wirkstoffe gibt es keine Hinweise aus der Praxis. Das bestätigen 88 Prozent der Ärzte. Insofern spielen Resistenzen nach Ansicht der meisten Befragten auch keine vordergründige Rolle bei einer möglichen Zunahme von Kopflausbefall. Verantwortlich dafür sei vielmehr ein Verzicht auf pedikulozide Arzneimittel, Fehler bei deren Anwendung sowie die zunehmende Verfügbarkeit alternativer Wirkprinzipien ohne ausreichenden Wirksamkeitsnachweis. Damit entsprechen die Erfahrungen der Ärzte auch der Einschätzung des Robert-Koch-Instituts, wonach Resistenzen in Deutschland nur vereinzelt vermutet werden.

Quelle: INSIGHT HEALTH / IDS Deutschland Healthcare-Marketing GmbH: Kopflausbefall – pediculosis capitis. Repräsentative Experten-Primärerhebungsstudie bei Allgemeinmediziner (N = bundesweit 148 Ärzte) und Pädiatern (N = bundesweit 98 Ärzte). Juli 2008 – im Auftrag der E. Gerlach GmbH



Asthmaanfälle bei Kindern zu Schulbeginn

Reduktion der Exazerbationsrate durch Montelukast

Bei Kindern mit Asthma konnte das Risiko für eine Verschlechterung der Asthmasymptomatik im September durch eine Zugabe von Montelukast zur Langzeit-Asthmatherapie reduziert werden. In einer in der Fachzeitschrift „Pediatrics“ veröffentlichten Studie führte eine Behandlung mit Montelukast im Vergleich zu Placebo zu einer Halbierung der Anzahl der Tage mit verstärkter Asthmasymptomatik und zu einer Reduktion der außerplanmäßigen Arztbesuche auf ein Viertel.

In Ländern wie z.B. Kanada und den USA, in denen die Schule nach den Sommerferien landesweit für alle Kinder am selben Tag beginnt, wird alljährlich eine auffällige Häufung von Asthmaanfällen nach der Rückkehr der Kinder in die Schule beobachtet. In Kanada erreicht diese sogenannte „September-Epidemie“ etwa 18 Tage nach Schulbeginn ihren Höhepunkt. Bis zu einem Viertel aller Krankenhauseinweisungen von Kindern wegen Asthma sind im September zu verzeichnen. Die Ursachen für diese erhöhte Anfälligkeit sind nach Einschätzung von Neil Johnston und Mitarbeitern aus Hamilton/Kanada vielfältig: Neben schlechterer Compliance während der Sommerferien, in denen die Asthmedikamente vielfach ganz abgesetzt werden, vermehrter Exposition von Umweltallergenen sowie vermehrtem Stress bei Schulbeginn, spielt insbesondere die verstärkte Exposition gegenüber viralen Atemwegserregern eine Rolle.

Der Leukotrien-Antagonist Montelukast (SINGULAIR®) hat sich hier wie in der PREVIA (Prevention of Virally Induced Asthma)-Studie bei Kindern mit virusinduziertem Asthma als effektiv erwiesen. Die Arbeitsgruppe um Johnston prüfte in der vorliegenden Studie bei Kindern mit Asthma und virusinduzierten Asthma-Exazerbationen in der Anamnese den Effekt einer Montelukast-Gabe zusätzlich zur bestehenden Therapie. 90 Prozent der insgesamt 194 Kinder waren auf inhalative Steroide eingestellt, 30 Prozent nahmen langwirksame

Beta-Mimetika in Kombination mit inhalativen Steroiden ein. Ab Anfang September erhielten die Kinder zusätzlich einmal täglich Montelukast (n = 98), altersentsprechend dosiert, oder Placebo (n = 96). In einem Asthmatagebuch wurde jeden Abend erfasst, ob die Kinder am jeweiligen Tag eine Verschlechterung ihrer Asthmasymptomatik erfuhren oder stabil blieben.

Unter der Behandlung mit Montelukast wurde im Durchschnitt an 3,9 Tagen eine Verschlechterung der Asthmasymptomatik berichtet, unter Placebo dagegen an 8,3 Tagen (p < 0,02). Dies entsprach einer Reduktion der Beschwerdetage um 53 Prozent. Die Zahl der außerplanmäßigen Arztbesuche konnte durch Montelukast um 78 Prozent reduziert werden (p = 0,011). Außerdem benötigten die Kinder in der Montelukast-Gruppe seltener kurzwirksame Beta-Mimetika (p = 0,05).

Durch die zusätzliche Gabe von Montelukast für die begrenzte Zeit von sechs Wochen nach Schulbeginn nach den Sommerferien konnte in dieser Hochrisikoperiode bei Kindern, die bereits Steroide bekamen, eine wesentliche Reduktion der Asthma-Morbidität sowie der notwendigen medizinischen Interventionen erzielt werden, so das Fazit der Autoren.

Nach Informationen von MSD SHARP & DOHME GMBH, Haar

Neueinführung:

AmoxiClav 125/31,25 TS – 1 A Pharma®

AmoxiClav 250/62,5 TS – 1 A Pharma®

Die 1 A Pharma GmbH hat erneut ihre Antibiotika-Palette erweitert. Ab sofort sind AmoxiClav 125/31,25 TS – 1 A Pharma® und AmoxiClav 250/62,5 TS – 1 A Pharma® verfügbar. Es handelt sich hierbei um zwei weitere Dosierungen des Kombi-Präparates mit den Wirkstoffen Amoxicillin und Clavulansäure als Pulver zur Herstellung einer Suspension zum Einnehmen.

Zur einfacheren Dosierung und Einnahme der Suspension ist in der Packung eine Dosierspritze enthalten.

5 ml (= maximales Füllvolumen der Dosierspritze) der gebrauchsfertigen Suspension enthalten 125/31,25 mg bzw. 250/62,5 mg Amoxicillin/Clavulansäure.

AmoxiClav 125/31,25 TS – 1 A Pharma® und AmoxiClav 250/62,5 TS – 1 A Pharma® sind in Originalpackungen mit einer Flasche mit 9 g bzw. 12,5 g Pulver zur Herstellung von 100 ml (N1) Suspension zum Einnehmen im Handel.

Nach Informationen von 1 A Pharma GmbH, Oberhaching

RotaTeq® wirkt bereits nach der ersten Dosis bis zu 100 Prozent

Neue Daten belegen, dass RotaTeq® Säuglinge frühzeitig gegenüber Rotavirus-bedingten Krankenhauseinweisungen und Notfallbehandlungen schützen kann

RotaTeq®, der Rotavirus-Schluckimpfstoff von Sanofi Pasteur MSD, zeigte eine umfassende Wirksamkeit von bis zu 100 Prozent nach der ersten Dosisgabe gegenüber Krankenhauseinweisungen und Notfallbehandlungen, die durch die häufigsten Rotavirus-Serotypen G1 – G4 verursacht wurden. Somit ermöglicht die pentavalente Schluckimpfung einen hohen und raschen Impfschutz bei Säuglingen bereits im Alter von zwei Monaten.

Die neuen Daten aus der REST-Studie (Rotavirus Efficacy and Safety Trial) wurden auf der Jahrestagung der Paediatric Academic Societies (PAS) (2.–6. Mai) in Honolulu, Hawaii (USA) vorgestellt.

„Für Ärzte und Eltern ist es sehr beruhigend zu wissen, dass Säuglinge bereits kurz nach der ersten Impfung mit RotaTeq® gegenüber den Folgen einer schweren Rotavirus-Erkrankung geschützt sein können“, kommentiert Dr. Javier Diez, Kinderarzt am Centro de Salud de Nazaret in Valencia (Spanien). „Die Vervollständigung des 3-Dosen-Impfschemas ist unerlässlich, um einen hohen und anhaltenden Impfschutz über den gesamten Risikozzeitraum in der frühen Kindheit zu gewährleisten.“

Die Wirksamkeit von RotaTeq® in Bezug auf die Reduzierung von Krankenhauseinweisungen und Notfallbehandlungen wurde bei fast 59.000 Säuglingen, die nach dem 3-Dosen-Schema geimpft worden waren, 14 Tage nach Gabe der ersten Impfdosis bis zur zweiten Impfdosis und im weiteren 14 Tage nach Gabe der zweiten Impfdosis ermittelt.

Dr. Keith Lindley, pädiatrischer Gastroenterologe am Institute of Child Health and Great Ormond Street Hospital in London (Großbritannien), betont: „Ein früher Impfschutz ist insbesondere dann wichtig, wenn Säuglinge geimpft werden, die in den Wintermonaten geboren wurden, also dann, wenn die Epidemien ihren Gipfel erreichen und viele schwere Rotavirus-Erkrankungen

auftreten. Die Impfung kann wesentlich dazu beitragen, diese große Belastung für die Eltern und die öffentliche Gesundheit zu senken.“

Die Rotavirus-Erkrankung stellt eine Hauptursache für Krankenhauseinweisungen infolge von akuten Gastroenteritiden bei Kindern in Europa dar. Jährlich werden schätzungsweise 87.000 Kinder unter fünf Jahren aufgrund einer Rotavirus-Gastroenteritis ins Krankenhaus eingewiesen, und über 700.000 müssen deswegen den Arzt aufsuchen. Da Rotaviren sowohl hoch ansteckend als auch relativ widerstandsfähig gegenüber Umwelteinflüssen sind, wird die Impfung als einzige Kontrollmaßnahme betrachtet, die sich signifikant auf die durch die pädiatrische Rotavirus-Gastroenteritiden verursachte Krankheitslast auswirkt.

Bei der REST-Studie handelt es sich um die bislang größte klinische Rotavirus-Impfstudie, an der weltweit mehr als 70.000 Säuglinge teilnahmen, darunter mehr als 40 Prozent aus Europa. In dieser Studie hatte RotaTeq® ein gutes Sicherheitsprofil gezeigt und wurde von allen Säuglingen einschließlich Frühgeborenen gut vertragen. Impfgruppe und Placebogruppe wiesen dabei ein ähnliches Profil auf.

Im März 2008 war RotaTeq® in mehr als 77 Ländern, darunter die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, zugelassen, und über 15 Millionen Dosen wurden weltweit vertrieben. In Westeuropa steht der Impfstoff in Belgien, Dänemark,

Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Italien, Luxemburg, Österreich, Portugal und Spanien zur Verfügung.

Näheres zu RotaTeq®

In klinischen Studien verhinderte RotaTeq® nachweislich 98 bis 100 Prozent der durch die Rotavirus-Serotypen G1, G2, G3 und G4 hervorgerufenen schweren pädiatrischen Rotavirus-Gastroenteritiden. Der Impfstoff reduzierte darüber hinaus Krankenhauseinweisungen und Notfallbehandlungen infolge der Gastroenteritiden, verursacht durch die Rotavirus-Serotypen G1, G2, G3 und G4 um 94,5 Prozent und durch den Serotyp G9 um 100 Prozent.

RotaTeq® (oralen Rotavirus-Lebendimpfstoff) ist ein flüssiger und gebrauchsfertiger Schluckimpfstoff, der im 3-Dosen-Schema verabreicht wird. In der Europäischen Union ist RotaTeq® zur aktiven Immunisierung von Säuglingen ab der vollendeten sechsten Lebenswoche zur Prävention von Rotavirus-bedingten Gastroenteritiden indiziert.

Nach Informationen von Sanofi Pasteur MSD GmbH, Leimen

Aktualisierter Pollenflugkalender

Kostenloser Bestellservice von Bencard Allergie

Die Auswertung der Pollenflug-Daten aus den Jahren 2000 bis Ende 2007 zeigt für Deutschland geänderte Prognosen in der Pollenbelastung. Daher engagiert sich Professor Dr. Karl-Christian Bergmann vom Allergiezentrum Charité als Vorstandsvorsitzender der Stiftung Deutscher Polleninformationsdienst für eine Neuauflage des allgemeinen Pollenflugkalenders. „Die Neuauflage des Kalenders ist deshalb nötig, da sich durch den Klimawandel mit den erhöhten Temperaturen besonders in den Herbst- und Wintermonaten Veränderungen im Auftreten der Pollen ergeben haben. So kann zum Beispiel die Haselnussblüte bereits Mitte Dezember beginnen“, so Bergmann. Neu aufgenommen in den Kalender wurden z. B. die Ambrosia-Flugzeiten, denn die Pflanze hat sich verstärkt seit 2006 in Deutschland ausgebreitet.

Schneller Service

Bencard Allergie bietet daher einen attraktiven Service an:

Ärzte können auf der Website www.bencard-allergie.de den neu aufgelegten Pollen- und Sporenflugkalender anfordern. Im Servicebereich unter „Für Fachkreise“ kann der Kalender kostenlos bestellt werden.

Damit Arzt und Patient gleichermaßen davon profitieren, ist der neue Kalender in zwei Ausführungen erhältlich:

- im praktischen Scheckkartenformat, immer griffbereit
- als Pollenflugtafel im Format DIN A1 zum Aufhängen in der Praxis.

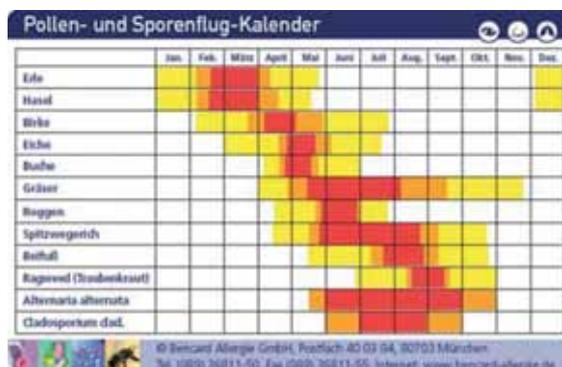


Abb.: Pollenflugkalender

Mit der Pollenflugtafel haben Arzt und Patienten die aktuellen Pollenflugzeiten immer im Blick. So kann der Arzt mit Hilfe des Kalenders die Entscheidung treffen, ob er Pollenallergiker präseasonal oder saisonal behandeln muss. Patienten gibt er die Möglichkeit, sich rechtzeitig in Behandlung zu begeben oder einen Urlaub ohne lästige Pollen zu planen.

Im aktualisierten Kalender finden allen relevanten Neuerungen und Änderungen der Pollenflugzeiten Berücksichtigung. Zusätzlich werden Daten zum Sporenflug dreier wichtiger Schimmelpilzarten mit eingebunden.

Nach Informationen von Bencard Allergie GmbH, München

Jacutin® Pedicul Fluid –

Erstattungsfähigkeit 07/08

Seit dem 1. Juli 2008 ist es nun auch gesetzlich fixiert:

Das Kopflauspräparat Jacutin® Pedicul Fluid (enthält 100 % Dimeticon) von Almirall Hermal ist GKV-verordnungs- und erstattungsfähig für Kinder bis 12 Jahre bzw. für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis 18 Jahre.

Jacutin® Pedicul Fluid enthält als einziges Kopflausprodukt 100 % Dimeticon und bekämpft den Kopflausbefall auf physikalische Weise.

Der einzigartige Vorteil ist, dass das Fluid nur 10 Minuten einwirken muss. In diesem Zeitraum ersticken

die Läuse. Die Nissen werden so geschädigt, dass sie sich nicht weiterentwickeln können, d. h. es entsteht keine neue Läuse-Generation.

Eine aktuelle Untersuchung der beiden Wissenschaftler Dr. W. Böckeler und Dr. I. Richling zeigt, dass Jacutin® Pedicul Fluid leicht über die Stigmen in die Tracheen der Läuse eindringt und sich über das gesamte Tracheensystem ausbreitet. Innerhalb kürzester Zeit (< 1 Minute) sind die Läuse bewegungsunfähig. Es folgt der irreversible Tod.

Nach Informationen von Almirall Hermal GmbH, Reinbek



Wichtige Telefon- und Telefax-Nummern

www.kinderaerzte-im-netz.de

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mitgliederverwaltung

Kongressabteilung

Präsident

Dr. med. Wolfram Hartmann

Vizepräsident

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Ulrich Fegeler

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Christen

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

Prof. Dr. med. Frank Riedel

Dr. med. Wolfgang Gempp

Regine Hauch

Honorarausschuss

Dr. med. Roland Ulmer

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

DISA / DISU

Beratungsstellen der Kinderumwelt gGmbH der DAKJ

Richtlinien für Autoren abzufordern unter:

Elektronisches Archiv „Kinder- und Jugendarzt“:

E-mail: bvkj.buero@uminfo.de

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

Tfx.: (02 21) 68 32 04

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

Tfx.: (02 21) 6 89 09 78

Tel.: (0 27 32) 76 29 00

Tfx.: (0 27 32) 8 66 85

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

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

Tel.: (0 30) 3 62 60 41

Tfx.: (0 30) 3 61 17 13

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

Tfx.: (05 11) 81 15-3325

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

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

Tfx.: (0 75 31) 69 07 85

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Tfx.: (0 91 23) 97 70 45

PädInform: Ulmer_Lauf

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

(Betreff bitte BVKJ)

Tel.: (0 30) 40005880

Tfx.: (0 30) 40005888

Tel.: (05 41) 97 78-900

Tfx.: (05 41) 97 78-905

Tel.: (02 01) 81 30-104

Tfx.: (02 01) 81 30-105

PädInform/Archiv

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

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

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

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

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

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

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

Druckauflage 11.267

lt. IVW I/2008

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft
Kommunikationsforschung im
Gesundheitswesen



LA-MED

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

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

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

Anzeigenpreisliste: Nr. 41 vom 1. Oktober 2007

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

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

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