

bvkJ.

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

Heft 3/09 · 40. (58.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Forum:

Patientenschulung
für Chroniker

Fortbildung:

Themenschwerpunkt:
Transplantationen
im Kindesalter

Berufsfragen:

Familienpraxiskonzept

Magazin:

Wieviele Humanität
können wir uns leisten?



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT

© Foto: Heidi Veltjen



bvkJ.



Bezahlbar oder menschlich?

Wie viel Humanität kann sich das Gesundheitssystem der Zukunft leisten

Seite 197

Inhalt 3 | 09

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

Forum

- 143 Vermischtes
- 144 **Kompetenznetz Patientenschulung arbeitet für chronisch kranke Kinder und Jugendliche**
Sibylle Scheewe
- 146 **BVKJ-Kongresse – So hätten Sie's gern**
Herbert Schade
- 148 **Programm 6. Assistentenkongress in Nürnberg**
- 149 **Mein Tag**
- 150 **Arme leben kürzer – hilft mehr Prävention?**
Regine Hauch
- 152 **Das Leser-Forum**
- 154 Vermischtes
- 156 **Eine Frage an**

Fortbildung

- 159 **Editorial: Transplantationen im Kindesalter**
Martin M. Burdelski
- 161 **Lebertransplantation im Kindesalter**
Martin M. Burdelski
- 166 **Nierentransplantation bei Kindern und Jugendlichen Warum, wann und wie?**
Lars Pape, Jochen H. H. Ehrlich
- 174 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Peter Müller
- 178 **Consilium Infectiorum: Wie hoch ist das Rückfallrisiko nach erfolgreicher Therapie der Neuroborreliose?**
Hans-Iko Huppertz
- 180 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**

Berufsfragen

- 184 **Über die Versprechungen der Gesundheitspolitiker**
Thomas Fischbach
- 186 **Familienpraxiskonzept**
Hans-Juergen Merkel
- 188 **Aus der Sprechstunde**
Gerrit Tigges
- 190 **Ist Masse gleich Klasse?**
Andreas Trotter
- 192 **Liquiditätsfallen**
Jürgen Stephan



Magazin

- 197 **Bezahlbar oder menschlich?**
Christian Beneker
- 200 Fortbildungstermine des BVKJ
- 202 Tagungen
- 202 Praxistafel
- 203 **Hamburger Kinder- und Jugendarzt erneut Intendant der Festspiele in Mecklenburg-Vorpommern**
Klaus Gritz
- 204 **Buchtipp**
- 205 **Die Welt der Kinder im Blick der Maler**
Peter Scharfe
- 206 Personalie
- 208 **Nachrichten der Industrie**
- 210 Wichtige Telefon- und Telefax-Nummern

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen in voller Auflage das Vorprogramm der 58. Jahrestagung der Norddeutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und ein Supplement der Firma Sanofi Pasteur MSD GmbH, Leimen, bei. Als Teilbeilagen finden Sie das Programmheft der Pädiatrie zum Anfassen, Freiburg, und das Programmheft der Pädiatrie zum Anfassen, Worms. Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

Schwerpunkt

Transplantationen im Kindesalter

Editorial

Die Transplantation solider Organe und die allogene Stammzelltransplantation bei Kindern sind inzwischen etablierte Behandlungsmethoden für Patienten mit akutem oder chronischem Organversagen bzw. für maligne und nicht-maligne immunohämatopoetische Erkrankungen. Verglichen mit dem Wissensstand von vor 20 Jahren hat sich eine explosionsartige Vermehrung von Grundlagen- und klinischem Wissen mit entsprechender Auswirkung auf Indikationen, Techniken, Immunsuppression und -Modulation sowie antiinfektiöser Therapie ereignet. Die hieraus resultierenden Wechselwirkungen sollen für die Pädiatrie herausgestellt werden.

Für die Herztransplantation gelten heute andere Indikationen als vor 20 Jahren. Hier hat sich eine Reduktion auf Arten des Herzversagens eingestellt, die mit der Qualität des „high urgency“ Status definiert werden. Es resultiert eine leichte Abnahme der pro Jahr durchgeführten Transplantationen von 542 im Jahr 1998 auf 394 im Jahr 2007. Hintergrund für diese Entwicklung ist die vermehrt eingesetzte Routineanwendung von Herzunterstützungs-Systemen und die Verbesserung der konservativ-medikamentösen und chirurgischen Therapie. Herztransplantationen bei Kindern sind vor allem bei Kardiomyopathien und kongenitalen Herzerkrankungen durchgeführt worden.

Bei der Lungentransplantation ist dagegen ein Anstieg der Transplantationsfrequenz zu verzeichnen. Während im Jahr 1998 lediglich 131 Transplantationen erfolgten, waren es 2007 bereits 284, die teilweise als kombinierte Herz-Lungen Transplantation durchgeführt wurden. Die Indikationen im pädiatrischen Bereich sind die Mukoviszidose, das allerdings erst im Erwachsenenalter manifeste Frühemphysem bei Alpha1-Antitrypsinmangel und die primäre pulmonale Hypertension.

Die Lebertransplantation hat von 722 Transplantationen im Jahr 1998 auf 1156 im Jahr 2007 zugenommen. Der Anteil der pädiatrischen Transplantationen liegt unverändert bei etwa 10%. Neben den klassischen Indikationen wie den cholestatischen Lebererkrankungen mit konstanter Inzidenz spielen inzwischen die hepatischen Stoffwechselerkrankungen eine zunehmende Rolle. Bei der Knappheit an Spenderorganen war es für die Kinder-Lebertransplantation von entscheidender Bedeutung, dass die Leberlebenspende und die Split-Leberspende technisch optimiert wurden.

Eine noch stärker ausgeprägte Zunahme der Transplantationszahlen ist bei der Nierentransplantation zu verzeichnen. Von 2340 Transplantationen im Jahr 1998 hat sich eine Zunahme auf 2907 im Jahr 2007 ergeben. Die Transplantation bei Kindern macht ca. 3% der Gesamtzahl aus. Dieser Anteil blieb über die Jahre konstant. Neu in der Therapie des Nierenversagens im Kindesalter ist die Einbeziehung von Neugeborenen in die Nierenersatz-Therapie und damit mittelfristig in das Transplantationsprogramm.

Pankreas- und Dünndarmtransplantationen sind insgesamt nur in Einzelfällen für das Kindesalter berichtet.

Die allogene Stammzell-Transplantation weist eine rasche Zunahme auf. Bisher sind insgesamt 1269 Kinder in der Zeit vom 1.1.1998 – 31.12.2007 transplantiert worden. Die Indikationen sind neben der akuten Leukämie solide Tumoren, das Myelodysplastische Syndrom und Immundefekte sowie seltenere Erkrankungen.

Das Spektrum an Indikationen, Ergebnissen und Komplikationen soll in verschiedenen Artikeln beleuchtet werden, die in dieser und in weiteren Ausgaben des „Kinder- und Jugendarzt“ erscheinen werden. Besonderer Wert wird dabei auf die speziellen pädiatrischen Aspekte wie Lebensqualität, Wachstum, Folgekrankheiten und Compliance gelegt. Ein immer wichtiger werdender Aspekt der pädiatrischen Transplantation wird die zukünftige Form der Immunsuppression, die Möglichkeit des Nachweises bzw. die Induktion der Immuntoleranz sein.

Quellenangabe: DSO Jahresbericht 2007

Pädiatrisches Register für Stammzelltransplantationen
Bericht 2007

Prof. Dr. med. M. Burdelski
Leiter Transplantation solider Organe
Klinik für Allgemeine Pädiatrie
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Campus Kiel, Haus 9
Arnold-Heller-Straße 3
24105 Kiel



Prof. Dr.
Martin M. Burdelski

Red.: Riedel

Lebertransplantation im Kindesalter

Im Bereich von Eurotransplant wurde die erste Kinder-Lebertransplantation bei einem Kind 1978 bei einem Patienten mit einer extrahepatischen Gallengangatresie vorgenommen. Die Transplantation fand in Hannover unter der Leitung von Prof. R. Pichlmayr statt (1). Das Kind überlebte 6 Wochen, bis es an den Folgen einer nicht beherrschbaren Infektion verstarb. Diese auf den ersten Blick entmutigende Erfahrung zeigte aber immerhin, dass es operationstechnisch möglich war, eine Transplantation auch bei einem Kind durchzuführen. Mit der Einführung von Cyclosporin A in die Immunsuppression begann dann in den Jahren nach 1980 ein rascher Aufschwung der Lebertransplantation (2). Kinder machten relativ konstant etwa 10% der insgesamt vorgenommenen Transplantationen aus. Bis zum Jahr 2007 wurden so in Deutschland 1156 Transplantationen vorgenommen (3). Diese Zahlen belegen, dass aus der ursprünglich experimentellen Therapie inzwischen eine etablierte Routinebehandlung von Kindern und Erwachsenen mit akuten und chronischen Leberversagen geworden ist.

Neben der Verbesserung der Immunsuppression durch die Einführung von Tacrolimus Anfang 1990 (4), von Interleukin-2 Rezeptor-Antikörpern Ende der 90er Jahre (5) und der Entwicklung von Proliferationshemmern und Hemmern der Signaltransduktion einige Jahre später waren es vor allem die Fortschritte der Transplantationstechnik über die Transplantation größenreduzierter Organe und die Splitlebertransplantation (6) bis hin zur Leberlebendspende, die die Transplantation insbesondere von Kindern in zunehmendem Umfang erlaubten (7). Einen weiteren wesentlichen Beitrag zu dieser Entwicklung leisteten die Fortschritte der Intensivmedizin (8) sowie die Fortentwicklung der antiinfektiösen Behandlungen. Diese Fortschritte trugen insgesamt dazu bei, dass inzwischen das Kurzzeitüberleben auf mehr als 95%, das Langzeitüberleben auf 80–90% angehoben werden konnte (9).



Prof. Dr.
Martin M. Burdelski

Indikationen und Kontraindikationen

Die Indikationen zur Lebertransplantation haben einen wesentlichen Wandel erfahren. Der Anteil der cholestatischen Lebererkrankungen als Indikation für eine Lebertransplantation ist von 44% in den Jahren 1980-1987 auf inzwischen 65,5% angestiegen. Der Anteil der Patienten mit Zirrhose nahm in den gleichen Zeitspannen von 29% auf 10,7% ab (Abb. 1). Dies erklärt sich mit der besseren Diagnostik bei familiären und immunologischen Erkrankungen. Diese Erkrankungen wurden ursprünglich unter dem Begriff „Zirrhose“ geführt, heute können

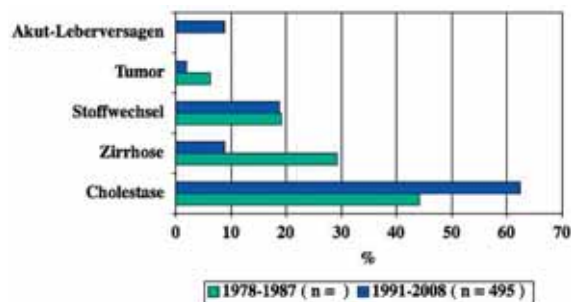


Abb. 1: Änderung der Indikationen zur Lebertransplantation bei Kindern im Laufe der Zeit: 1978-1987 und 1991-2008. Daten aus Hannover, Hamburg und Kiel.

sie den meist metabolischen Ursachen zugeordnet werden. Die hepatischen Stoffwechselerkrankungen verzeichnen keine wesentliche Änderung, sie bleiben im Bereich von etwa 19%. Neu dagegen sind Patienten mit einem akuten Leberversagen, die in den Anfangszeiten aus technischen Gründen nicht transplantiert werden konnten. Erst mit der Entwicklung der Split- und Lebendspendetechnik konnten diese Kinder mit einem größenmäßig passenden Organ versorgt werden (Abb. 1).

Der Wandel des Zeitpunktes der Indikationsstellung wird in Abb. 2 dargestellt. Während in der Anfangszeit

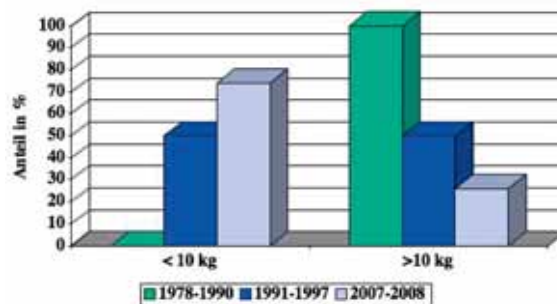


Abb. 2: Änderung des Zeitpunktes der Transplantation im Laufe der Zeit, dargestellt als Körpergewicht zum Zeitpunkt der Transplantation. Daten aus Hannover (1978-1990), Hamburg (1991-1997) und Kiel (2007-2008).

Die extrahepatische Gallengangatresie bleibt die häufigste Indikation zur LTX

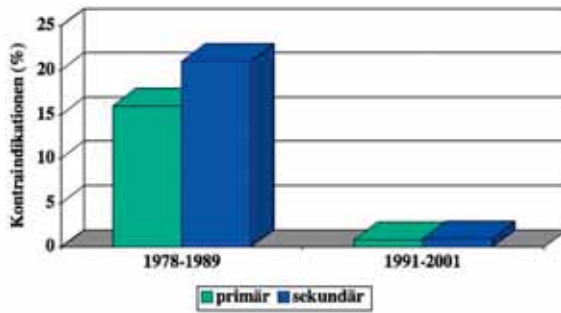


Abb. 3: Änderung der primären und sekundären Kontraindikationen zur Lebertransplantation im Laufe der Zeit. (1978–1989 Hannover MHH, 1991–2001 Hamburg, UKE).

der Kinder-Lebertransplantation ausschließlich Kinder mit einem Körpergewicht über 10 kg transplantiert werden konnten, stellen heute Kinder mit einem Gewicht unter 10 kg die größte Gruppe der transplantierten Patienten dar. Ein weiterer wichtiger Aspekt der Indikationsstellung zur Transplantation ist der Wandel der Kontraindikationen. Während zu Beginn der Transplantation 1/3 Kindern wegen einer primären (Gefäßfehlbildungen, schwerer dekompensierter Herzfehler) oder sekundären Kontraindikation (Multiorganversagen) nicht transplantiert werden konnte und so ein Drittel der Kinder auf der Warteliste verstarb, sind die heute akzeptierten Kontraindikationen auf die Größenordnung von 1% gesunken (Abb. 3). Als Kontraindikation gelten heute nur noch aktive Infektionen, pulmonale Hypertension mit einem Mitteldruck in den Lungenarterien über 35 mm Hg und extrahepatische Metastasen bei Lebertumoren. Im gleichen Zeitraum sank die Mortalität auf der Warteliste auf unter 5%. Leider ist aktuell die Mortalität auf der Warteliste ein Problem, da mit den neuen Allokationsordnungen der raschen Progredienz der kindlichen Cholestaseerkrankungen nicht genügend Rechnung getragen wird.

Chirurgische Techniken

Heute können kindlichen Lebertransplantationskandidaten unabhängig von Alter und Gewicht Organe transplantiert werden, dieses unter der Voraussetzung, dass alle technischen Varianten der Lebertransplantation vorgehalten werden. Die Verteilung auf die verschiedenen Transplantations-Techniken im European Liver Transplantation Registry (ELTR) (10) wird in Abb. 4 dargestellt. Aus dieser Abbildung geht hervor, dass Split-Technik und Leberlebenspende vor allem bei den Kindern unter 2 Jahren das Hauptkontingent der Transplantationen ausmachen. Diese Techniken haben inzwischen einen solchen Standard erreicht, dass kein statistisch signifikanter Unterschied in Bezug auf das Überleben im Vergleich zur Vollorgantransplantation oder zur größenreduzierten Transplantation mehr nachweisbar ist. Andererseits würden die meisten der Kinder mit einem Körpergewicht unter 10 kg ohne die Split- und Lebenspendetechnik nicht transplantiert werden können, da für

Split- und Lebenspende-Transplantation sind für Kinder die häufigste Form der LTX

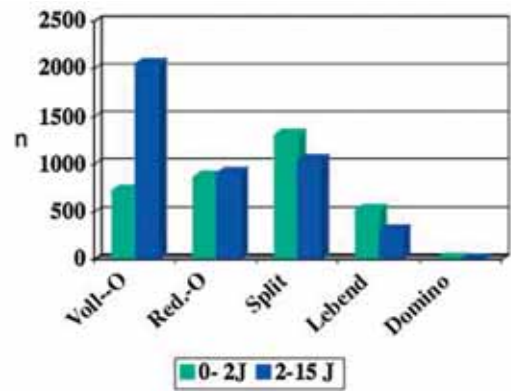


Abb. 4: Anteil der verschiedenen technischen Varianten an der Lebertransplantation von Kindern, aufgeteilt nach den Altersgruppen unter 2 und über 2 Jahren (ELTR-Report 2006).

Voll-O. = Vollorgantransplantat; Red-O = Durch Größenreduktion gewonnenes Transplantat; Split = durch Split-Technik gewonnenes Transplantat, was zur Versorgung von insgesamt 2 Empfängern mit einem Organ führt; Lebend = durch Lebenspende gewonnenes Transplantat; Domino = durch Resektion von einem 2. Empfänger – meist mit familiärer amyloidotischen Polyneuropathie – gewonnenes Transplantat.

diese Empfänger passende Organspender zum Glück extrem selten sind. Bei genügend großer Zahl an Fremdspendern und einer genügend großen Bereitschaft, diese Organe auch zu teilen, könnte sogar auf die Lebenspende weitgehend verzichtet werden. Von einem solchen Spenderaufkommen, wie zum Beispiel in Spanien möglich, sind wir im Bereich von Eurotransplant, insbesondere in Deutschland, aber noch weit entfernt.

Immunsuppression

Eine standardisierte Immunsuppression war bis vor einigen Jahren in Deutschland nicht üblich. Mit der Einführung von innovativer Immunsuppression, wie z.B. Interleukin-2 Rezeptor-Antikörpern, wurde jedoch eine weitgehend standardisierte Immunsuppression realisiert, da Neuerungen nur in Form von prospektiven Studien sinnvoll umgesetzt werden können (11). Als Immunsuppression wird heute in den deutschen Transplantationszentren, die an diesen Studien teilnehmen, eine minimalisierte Steroidtherapie in Verbindung mit einem Interleukin-2 Rezeptor Antikörper und einem Calcineurininhibitor durchgeführt (Tab.1). Im internationalen Vergleich war in Deutschland schon immer eine vergleichsweise niedrige Immunsuppression üblich, ohne dass dies zu einer erhöhten Rate an akuten Abstoßungen und chronischen Organdysfunktionen geführt hätte, andererseits war aber die Zahl an malignen Lymphomen (Post Transplant Lymphoproliferative Disease, PTL) deutlich geringer als in Ländern mit hoher Immunsuppression (12). Neue Wege der Immunsuppression werden demnächst besprochen. Da die Behandlung mit Steroiden, Calcineurininhibitoren und Interleukin-2 Rezeptor-Antikörpern die Entwicklung einer Immuntoleranz

<p>Interleukin-2 Rezeptor-Antikörper : Kinder < 35 kg : 10 mg i.v. > 35 kg : 20 mg i.v.</p> <p>Cyclosporin A (Sandimmun-Optoral) 100 mg/m²/ Tag i.v. über 4 h dann : 300 mg/m²/ Tag p.o. =>Talspiegel 130-150 ng/mL</p> <p>Methylprednisolon : 15 mg/m² i.v., dann wöchentliche Reduktion auf minimal 1 mg/ Tag bei oraler Gabe</p>
--

Tab. 1: Die derzeit übliche Standard-Immunsuppression bei Kindern nach Lebertransplantation.

Immunsuppression: je weniger desto besser

ranz eher hemmt als fördert, wird derzeit ein neues Konzept mit „Transplantations-Akzeptanz induzierenden Zellen“ im Rahmen einer Studie im Kieler Transplantationszentrum eingesetzt (13).

Kurzzeitüberleben

Es ist bemerkenswert, dass in den letzten Jahren die Frühmortalität nach Lebertransplantation bei Kindern in Deutschland, aber auch in den anderen europäischen, asiatischen und amerikanischen Zentren deutlich abgenommen hat. Im eigenen Zentrum tendiert sie gegen Null (Abb. 5). Trotz dieser deutlichen Verbesserung bleibt die Zahl der Infektionen nach Lebertransplantation mit bis zu 60–80% noch hoch (11). Man kann diese Zahlen sicher als Hinweis auf eine immer noch überdosierte Immunsuppression bei durch die Lebererkrankung immundefizienten Patienten betrachten. Allerdings bedeutet eine mit engem Überwachungssystem früh entdeckte Infektion kein unüberwindbares Problem.

Im Langzeitverlauf machen Folgeschäden der Immunsuppression und die Non-Compliance die größten Probleme

Die primäre Non- oder Malfunktion stellt in einem gewissen Prozentsatz von 5–10% ein nicht unerhebliches Risiko dar, das nur durch eine rechtzeitige Retransplantation behandelt werden kann. Das Spektrum der Komplikationen verschiebt sich im Zeitraum nach der Transplantation (Abb. 6). Toxische Nebenwirkungen mit arterieller Hypertension und Nierenfunktionsstörung durch die Calcineurininhibitoren sind vor allem bei Säuglingen zu beobachten und durch Änderung der Medikation gut zu beherrschen (11).

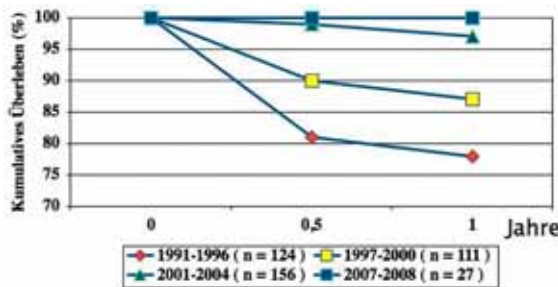


Abb. 5: Verbesserung des Kurzzeitüberlebens über die Zeit. 1991–1996: Hamburg, UKE; 1997–2000: Hamburg, UKE; 2001–2004: Hamburg, UKE; 2007–2008: Kiel, UK-SH

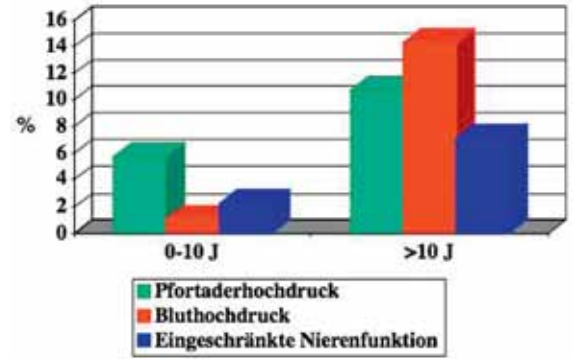


Abb. 6: Änderung des Spektrums der Komplikationen in Abhängigkeit von der Zeit nach Transplantation: Pfortaderhochdruck, Bluthochdruck und Nierenfunktionsstörung bei Kindern innerhalb 10 Jahren und jenseits von 10 Jahren nach Lebertransplantation.

Langzeitüberleben

Probleme im Langzeitüberleben haben ihre Ursachen bereits in der intraoperativen Phase durch Gefäßkomplikationen, durch medikamentös-toxische Nebenwirkungen der Immunsuppressiva und durch eine unzureichende Compliance vor allem bei den aus dem Kindesalter wachsenden Jugendliche (14, 15). Die hohe Rate an portaler Hypertension (Abb. 6) erklärt sich durch die anfangs geübte Technik, ein Gefäßinterponat zur Rekonstruktion der Pfortader zu benutzen. Diese Technik wird seit 1997 nicht mehr angewandt.

Als effektive Prävention der Gefäßkomplikationen hat sich die bereits intraoperativ durchgeführte Doppler-Ultraschall-Untersuchung erwiesen, die besser als alle anderen Techniken Gefäßkomplikationen entdecken und ihre schädliche Auswirkung auf die Gefäße selbst und die von den Gefäßen abhängigen Gallengänge durch unmittelbar erfolgende Korrektur verhindern kann (16, 17). Die Langzeit-Nebenwirkungen der Calcineurininhibitoren auf die Nierenfunktion und den Blutdruck (Abb. 7) können durch eine Calcineurininhibitor-freie, zumindest aber Calcineurininhibitor-reduzierte Immunsup-

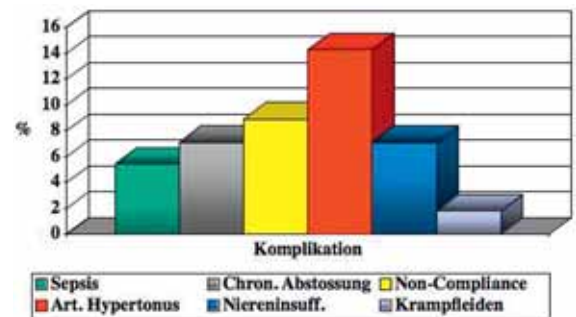


Abb. 7: Auf die Immunsuppression mit Calcineurininhibitoren und Steroiden zurückzuführende Komplikationen bei Kindern, die länger als 10 Jahre nach Transplantation überlebten (n = 56). Non-Compliance und chronische Organdysfunktion bedingen sich meist gegenseitig.

pression mit den alternativen Proliferationshemmern wie Mycophenolat-Mofetil und Sigaltransduktionshemmern wie Sirolimus reduziert werden (18). Das Wachstum nach Transplantation kann durch frühzeitige Reduktion und Beendigung der Steroidtherapie gefördert werden (19,20). Die Entwicklung von Tumoren und Hauttumoren muss engmaschig kontrolliert werden (21). Bei gering dosierter Immunsuppression hält sich dieses Risiko aber in Grenzen.

Die Lebensqualität nach erfolgreicher Transplantation ist im allgemeinen gut. Etwa 80% der Transplantierten haben eine gute bis sehr gute Lebensqualität, vorausgesetzt, es werden kontinuierlich Kontrolluntersuchungen akzeptiert, die von in der Transplantationsmedizin erfahrenen Kollegen vorgenommen werden müssen. Die Compliance muss bereits im jungen Schulkindesalter durch eine gezielte psychosoziale Schulung der Kinder aufgebaut werden. Zwischen 10-15% der Kinder müssen aber trotz optimaler Betreuung retransplantiert werden.

Ursachen für die Retransplantation sind vor allem gefäßbedingte Komplikationen an den Gallengängen und die Non-Compliance bei der Immunsuppression. Bei der gegenwärtigen Organknappheit ist damit die Verhinderung dieser Retransplantationen durch Optimierung der Frühphase nach Transplantation vordringliches Ziel der Bemühungen.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt:

Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Prof. Dr. Martin M. Burdelski
Allgemeine Pädiatrie, Transplantation solider Organe
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel
Schwanenweg 20, 24105 Kiel
Tel.: 04 31 / 5 97 16 91
Fax: 04 31 / 5 97 13 04
martin.burdelski@uk-sh.de

Red.: Riedel

Nierentransplantation bei Kindern und Jugendlichen

Warum, wann und wie?



PD Dr. med.
Lars Pape

Prof. Dr. med.
Jochen H. H. Ehrich

Noch in den 60er Jahren sind die meisten Kinder mit terminaler Niereninsuffizienz verstorben, weil keine adäquate Behandlung verfügbar war. Mitte der 70er Jahre haben sich in vielen Industriestaaten Hämodialyse- und Transplantationsprogramme für Kinder entwickelt, die erstmalig ein Überleben der terminalen Niereninsuffizienz möglich gemacht haben.

Die Nierentransplantation im Kindesalter ist eine interdisziplinäre Aufgabe. Sie fordert ein Ineinandergreifen pädiatrischer, chirurgischer und immunologischer Spezialisten, die auf einem psychosozialen Netzwerk (Psychologen, spezielles Pflegepersonal, Sozialarbeiter, Diätassistenten) basiert (1).

In Deutschland wurden in den letzten Jahren jährlich 100–120 Kinder bei terminalem Nierenversagen nierentransplantiert. Bei einer Inzidenz von etwa 120 Erkrankungen bleibt daher die Anzahl der zu transplantierenden Kinder bei etwa 6–8 pro 1 Million Kinder unter 18 Jahre stabil (2).

Dialyse oder Nierentransplantation?

Die Dialysetherapie bei Kindern ist mit einer Reihe von Problemen assoziiert. Eine Bauchfelldialyse muss chronisch zu Hause durchgeführt werden. Wird ein Cyclo verwendet, ist der Patient häufig 12–13 Stunden über Nacht an das Gerät gebunden und kann im Jugendalter kein normales Freizeitverhalten ausführen. Die Hämodialyse führt dazu, dass sich der Patient mindestens 3mal

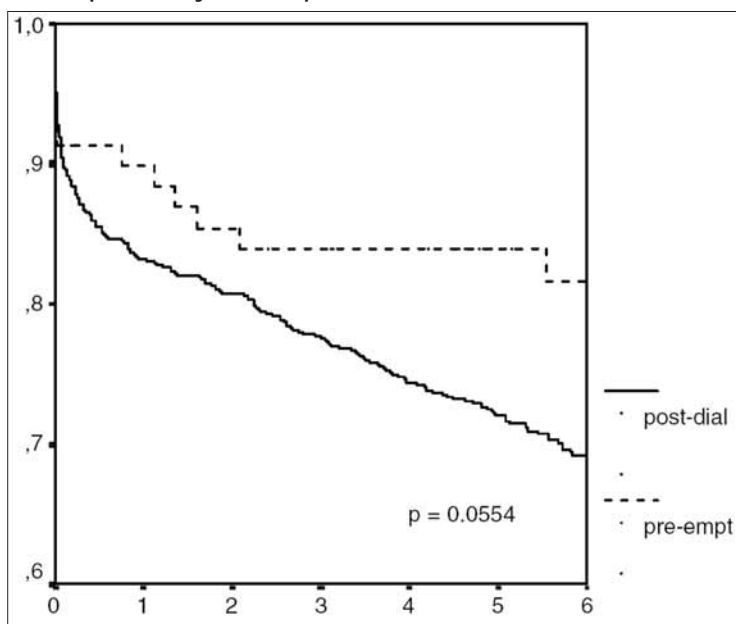
pro Woche mehrere Stunden in ein in der Regel weit entferntes Kinderdialysezentrum begeben muss. Hierdurch entstehen große Schulausfallzeiten. Die Dialysetherapie führt zu einer hohen Kreislaufbelastung. Außerdem sind Wachstum und Knochenstoffwechsel der Patienten deutlich eingeschränkt. Eine Therapie mit Phosphatbindern, spezieller Ernährung und Therapie mit Wachstumshormon ist in der Regel notwendig. Unter Dialyse besteht außerdem in der Regel eine renale Anämie sowie eine renale metabolische Acidose, die medikamentös ausgeglichen werden können. Selbst eine gute Dialysetherapie schafft in der Regel nicht mehr als 20 % einer normalen Nierenfunktion. Dementsprechend besteht bei den pädiatrischen Dialysepatienten eine chronische Urämie, die außer der Wachstumsstörung auch zu großen Problemen in der psychosozialen Entwicklung sowie sekundär in der Schulbildung führt.

Nach einer Nierentransplantation hingegen können die Patienten fast ein normales Leben führen und – abgesehen von den notwendigen Medikamenteneinnahmen und Ambulanzbesuchen – bestehen nur wenige Einschränkungen im täglichen Leben. Eine (fast) normale Entwicklung kann gewährleistet werden.

Präemptive Nierentransplantation oder Nierentransplantation nach Dialysetherapie?

Mehrere Arbeiten haben gezeigt, dass im Kindesalter eine präemptive Nierentransplantation zur besseren Organüberlebensrate führt als die Transplantation nach vorheriger Dialysetherapie (Abb. 1). Die Transplantatfunktion korreliert negativ mit der Zeit an der Dialyse (3). Vor allem aber treten bei einer präemptiven Nieren-

Abb. 1: Transplantatüberleben präemptive Transplantation versus post-Dialyse-Transplantation [3]



transplantation nicht die vorgenannten Nachteile der Dialysetherapie auf. Im Eurotransplant-Raum ist aufgrund der langen Wartezeiten allerdings eine präemptive Nierentransplantation nur möglich, wenn sich ein Lebendspender (häufig die Eltern) findet. Wenn auf ein Eurotransplant-Organ gewartet wird, muss in der Regel mit Hilfe einer Dialysetherapie die Zeit bis zur Organtransplantation überbrückt werden. Wir sehen die Herausforderung an die Kindernephrologie darin, die gegenwärtigen Prozentzahlen der präemptiven Transplantation zu steigern (z.B. über die 30% in Hannover hinaus).

Wann und wie erfolgt die Vorbereitung zur Transplantation?

Die Vorbereitung zur Nierentransplantation wird begonnen, wenn die glomeruläre Filtrationsrate unter 20 ml/min/1.73 m² Körperoberfläche reduziert ist, d.h. möglichst vor einem eventuellen Dialysebeginn. Sie erfolgt in einem Zentrum für Kindernephrologie und wird in der Regel im Rahmen eines stationären Aufenthaltes durchgeführt. Ziel der Vorbereitungsuntersuchung ist das Erkennen von evtl. Risiken bei einer Transplantation. Von besonderer Bedeutung ist der Impfstatus des Patienten, der vor der Transplantation vervollständigt werden sollte. Lebendimpfstoffe müssen vor der Transplantation appliziert werden. Kontraindikationen gegen eine Nierentransplantation sind sehr selten, wie z.B. schwere extrarenale Komorbidität. Behinderungen stellen keine Kontraindikation dar. In gemeinsamer Gesprächsführung von Ärzten und Psychologen müssen Probleme der Langzeittherapie, der Lebendspende sowie der Prävention bearbeitet werden. Die Listung muss gemäß dem Transplantationsgesetz erfolgen.

Lebendspende oder postmortale Spende?

Es stehen zwei unterschiedliche Möglichkeiten der Organspende zur Verfügung: die Lebendspende und die Spende von Verstorbenen. Bei ca. 25–50 % der Kinder in Deutschland (je nach Region und Zentrum) wird die Lebendspende von den Eltern bevorzugt. Die Einzelheiten der Lebendspende regelt das Transplantationsgesetz. Nach dem Transplantationsgesetz ist auch die Spende von anderen Verwandten und nichtverwandten Personen, die in einer engen emotionalen Verbindung zum Empfänger stehen, möglich. Nur in ausführlichen Gesprächen mit Ärzten und Psychologen werden die potentiellen Spender über den Ablauf und die möglichen Risiken einer Lebendspende aufgeklärt. Weltweit besteht eine Sterblichkeit des Spenders von etwa 1:10.000. Dieser hat ein minimal erhöhtes Risiko zur Entwicklung arterieller Hypertension und/oder zur Proteinurie. Die Lebendspende-Kommission der entsprechenden Ärztekammer muss nach einem Gespräch mit dem potentiellen Spender und – ggf. auch je nach Alter – dem Empfänger die Zustimmung zur Lebendspende geben.

Organspenden von Verstorbenen kommen in der Regel von Menschen, die durch einen Unfall oder einen Hirntod anderer Ursache verstorben sind. Für die Kinder und Jugendlichen sollte das Alter des Spenders möglichst

niedrig sein, um eine langfristig gute Transplantatfunktion zu erreichen. Organe von verstorbenen Spendern werden bei Eurotransplant in Leiden in den Niederlanden über ein computerbetreutes Verteilungssystem vergeben. In den Verteilungsmodus gehen Wartezeit, Blutgruppe, HLA-Typisierung und präformierte Antikörper ein. Kinder erhalten je nach Alter einen zusätzlichen Bonus. Außerdem erfolgt eine Verdopplung der HLA-Match-Punkte.

Wenn ein potentieller Spender nach Feststellung des Hirntodes sowie der Spendebereitschaft über einen Organspenderausweis oder über ein Votum der nächsten Angehörigen bei Eurotransplant gemeldet wird, erfolgt die Organentnahme durch ein entsprechend spezialisiertes Team. Außerdem wird der HLA-Typ bestimmt. Eurotransplant ermittelt aus der großen Zahl der Patienten auf der Warteliste einen geeigneten Empfänger und gibt das Angebot an das entsprechende Transplantzentrum weiter, das innerhalb eines kurzen Zeitraums über die Annahme des Angebotes entscheiden muss. Mögliche Ablehnungsgründe können auf Spenderseite das Alter des Spenders sowie eine unzureichende immunologische Übereinstimmung oder mehrere schwere zusätzliche Erkrankungen sein, sowie auf Empfängerseite eine akute Erkrankung, die eine Transplantation vorübergehend unmöglich macht.

Viele Untersuchungen in der Vergangenheit haben gezeigt, dass Organe nach einer Lebendnierentransplantation eine deutlich verlängerte Transplantatorgan-Überlebensrate im Vergleich zur Postmortal-Spende haben (4). Ein weiteres Argument für die Lebendspende ist die Ermöglichung einer präemptiven Transplantation. Daher wird in unserem Zentrum grundsätzlich eine Lebendnierenspende als primäre Option empfohlen. Sollte aufgrund evtl. Blutgruppeninkompatibilität oder Vorerkrankungen keiner der Elternteile als Spender zur Verfügung stehen oder eine Ablehnung gegen eine Lebendspende bestehen, muss ggf. auf Eurotransplant zurückgegriffen werden.

Abnormalitäten der ableitenden Harnwegen müssen evaluiert werden und gemeinsam mit pädiatrischen Urologen sollte diskutiert werden, wie die Harnableitung nach Transplantation erfolgen soll. Die Lebendspenderate in Deutschland sollte zum Wohl der Kinder weiter gesteigert werden.

Wie werden die Organe bei postmortaler Spende verteilt?

Die Organallokation ist ein wichtiger Diskussionspunkt in vielen Staaten, da in der Regel ein Mangel an Fremdspenderorganen besteht. Kinder stellen die Minorität in der Warteliste dar, der Anteil liegt je nach Land bei 1–4 %. Diese Zahl wird weiter abfallen, da die Anzahl der Kinder mit terminaler Niereninsuffizienz in etwa stabil bleibt, während die Anzahl von Erwachsenen aufgrund der älter werdenden Bevölkerung, die eine Nierentransplantation benötigen, weiter ansteigen wird. Daher werden sich die Chancen für Kinder auf der Warteliste zunehmend verschlechtern. Auf der anderen Seite ist es klar,

dass Kinder eine besondere Berücksichtigung auf den Wartelisten brauchen, da, wie vorher beschrieben, eine frühe Transplantation die psychosoziale Entwicklung von Kindern deutlich verbessert. Im Eurotransplant-Raum betragen die Wartezeiten inzwischen häufig über 2 Jahre, wohingegen andere Allokationssysteme pädiatrischen Patienten absolute Priorität geben, so dass sehr kurze Wartezeiten von wenigen Wochen bis Monaten die Folge sind.

Warum sollten pädiatrische Nieren an Kinder alloziert werden?

Es gibt drei entscheidende medizinische Gründe für die Nutzung der Kindesorgane für Kinder.

1. minimale Größenunterschiede,
2. keine Hypoperfusion, deutliche Reduktion der initialen Transplantat-„Nichtfunktion“
3. niedriges kardiovaskuläres Risiko

Dies ist von einer besonderen Bedeutung, da der Anteil von Kindern unterhalb von 6 Jahren, denen Nieren transplantiert werden, immer weiter ansteigt. Die Größe einer Erwachseneniere liegt zwischen 150 und 200 ml, die schwierig in ein kleines Kind mit einem Körpergewicht von 6–8 kg zu implantieren ist. Manchmal ist es nicht möglich, das Abdomen primär zu verschließen, ohne ein künstliches Netz einzubauen. Auch in Bezug auf das geringe Blutvolumen eines kleinen Kindes, das z.B. bei einem Körpergewicht von 10 kg bei einem Liter liegt, würde ungefähr 1/5 des kindlichen Blutvolumens gebraucht werden, um eine Erwachsenentransplantiere bei Reperfusion zu durchbluten. Darüber hinaus ist der Blutdruck des Kindes niedriger als der Blutdruck, an den die Erwachsenen Spenderniere gewöhnt ist. Deswegen müssen häufig größere Mengen an Flüssigkeit – teilweise zusätzlich Katecholamine – bei Transplantation gegeben werden, um eine adäquate Transplantperfusion zu erreichen (5).

Wie werden in unterschiedlichen Ländern die Organe alloziert?

2005 haben die USA ihr Allokationssystem geändert, um die Wartezeit für Kinder zu reduzieren. Nieren von Spender, die jünger als 37 Jahre sind, werden primär pädiatrischen Empfängern angeboten. Nur Patienten ohne HLA-Miss-Match oder hochimmunisierte Patienten haben eine höhere Priorität. Pädiatrische Empfänger, die jünger als 11 Jahre alt sind, bekommen Extrapunkte aufgrund ihres Alters und dem noch größeren Einfluss eines Nierenversagens auf ihre Entwicklung. Bei Eurotransplant bekommen Kinder unter 16 Jahren doppelte Punkte für ihr HLA-Match, so dass sich ihre Wartezeit von 5–7 Jahren bei Erwachsenen auf ca. 1–3 Jahre reduziert. Die zur Verfügung stehenden Organe werden primär an Empfänger von kombinierten Nieren- und Pankreas-Transplantationen (nur Erwachsene) alloziert, dann an Patienten mit Zero Miss-Match. Die Organe werden in der Folge über das Punkte-System bei Eurotransplant alloziert. Eurotransplant hat eine Art „Young for Young light“-Programm begonnen, in dem Nieren

von pädiatrischen Empfängern < 10 Jahre bei fehlendem DR-Miss-Match zu pädiatrischen Empfängern < 6 Jahre alloziert werden. Aufgrund der Bedingung, das HLA-DR-0-Miss-Match sind aber bisher über dieses neue Programm keinerlei Nieren an Kinder alloziert worden. In der Vergangenheit wurden zwei Hauptargumente gegen die Allokation von Kindern an Kinder verwendet. Einerseits wurde gezeigt, dass das Transplantatüberleben bei Verwendung von Organen sehr kleiner Kinder in früheren Jahren schlechter gewesen sei. Andererseits wird argumentiert, dass bei einer Bevorzugung von Kindern Erwachsene bestraft werden. Inzwischen haben eine Reihe von Arbeiten gezeigt, dass in großen Einzelzentren mit entsprechender Erfahrung das Langzeit-Transplantatüberleben und auch die Transplantatfunktion von in pädiatrische Empfänger transplantierten pädiatrischen Nieren besser sind im Vergleich zu Erwachsenennieren (6). Die USA haben mit einer Datenanalyse gezeigt, dass aufgrund des minimalen Anteils von Kindern an der Transplantwarteliste aufgrund von primären Allokationen von Kinderorganen nur minimale Nachteile bei den Erwachsenen bestehen.

Wie wird die Transplantation durchgeführt?

Bei Vorliegen eines Organangebotes bzw. bei geplanter Lebendspende wird ein Cross match zwischen Spenderlymphozyten und dem Empfängerserum durchgeführt, um eine akute Abstoßung durch präformierte Antikörper auszuschließen. Bei negativem Cross match kommt es dann zur Transplantation. Es wird in der Regel eine extraperitoneale Transplantation in die rechte Seite des Abdomens vorgenommen. Dies ermöglicht einen möglichst kurzen Gefäßverlauf, um damit eine Minimierung des Stenoserisikos zu erreichen. Die Gefäße werden mit der Aorta und der Vena cava inferior anastomosiert. Bei jugendlichen Patienten können, wie bei Erwachsenen, die Gefäße der Transplantatniere mit den Iliacalgefäßen anastomosiert werden. Hierbei wird die Transplantatniere gedreht (linke Niere nach rechts), um eine Einpflanzung des Ureters auf der Vorderseite der Blase zu erreichen (7).

Nicht nur chirurgisch ist das besondere Größenverhältnis einer Erwachseneniere für einen kindlichen Organismus zu beachten. Das Gefäßvolumen eines kindlichen Empfängers kann bei Transplantation einer Spenderniere eines Erwachsenen um 20 % zunehmen, so dass das Blutvolumen über die Gabe von Erythrozytenkonzentraten erst infundiert werden muss. Aufgrund der ausgeprägten Volumenverschiebung wird präoperativ ein zentraler Venenzugang gelegt, um eine schnelle und sichere Flüssigkeitszufuhr zu erreichen. Bei Anastomosenöffnung sollte ein zentraler Venendruck von mindestens 10 mmH₂O erreicht werden. Mit der einmaligen Gabe von Humanalbumin wird bei sehr kleinen Empfängern der kolloidosmotische Druck angehoben.

Nach Anastomosenöffnung kommt es häufig zu einer Freisetzung von sauren Valenzen. Dabei entsteht eine metabolische Acidose, die die sofortige Funktionsaufnahme der Niere hemmt. Hier wird eine Pufferung mit

Natriumhydrogencarbonat durchgeführt. Operativ erfolgt außerdem eine antibiotische Prophylaxe mit einem Cefalosporin der 3. Generation. Postoperativ erfolgt eine mindestens 24-stündige Überwachung auf der Intensivstation mit zunächst stündlichen Kontrollen des zentralen Venendrucks, Blutdruck und der Flüssigkeitsbilanzen (Harnableitung über Blasenkatheter). Aufgrund des akuten Tubulusschadens nach der Transplantatnieren ist regelmäßig auf den Wasserhaushalt sowie die Serumelektrolyte zu achten. Die Nachbeatmung auf der Intensivstation ist oftmals aufgrund der hohen intraoperativen Flüssigkeitsbelastung für wenige Stunden sinnvoll. Bei unkompliziertem Verlauf kann der Patient ggf. auch schon im OP extubiert werden. Alle Patienten erhalten eine low-dose-Heparinierung (200 IE/kg/d) sowie eine Schmerztherapie. Da die Eigennieren des Kindes manchmal noch eine Restdiurese aufweisen, ist die Diurese nicht immer ein sicherer Hinweis für eine gute Transplantatnierenfunktion. Liegt eine initiale Nichtfunktion der Transplantatnieren vor, die bei etwa 10 % der Patienten auftritt (vor allem bei langer Ischämiezeit), wird eine Dialysetherapie als Peritonealdialyse über den schon vor Transplantation vorhandenen Tenckhoff-Katheter oder eine Hämodialyse durchgeführt (8).

Es bleibt eine wichtige Herausforderung, den Ischämie-Reperfusionsschaden – insbesondere bei der Postmortalspende – zu reduzieren.

Welche immunsuppressive Therapie wird gewählt?

Die immunsuppressive Therapie beginnt mit der intraoperativen Applikation von 300 mg/m² Prednisolon als i.v. Bolus. In der Regel wird heute eine 3-4fache Kombinationstherapie aus Prednisolon, ggf. eine 2malige Gabe einer Induktionstherapie (IL2-Rezeptorblocker oder ATG) durchgeführt. Als primäre Immunsuppression wird in der Regel ein Calcineurininhibitor (Cyclosporin A oder Tacrolimus) in Kombination mit Mykophenolat Mofetil eingesetzt. Es bestehen inzwischen auch in der Pädiatrie Protokolle, in denen ein Calcineurininhibitor mit einem m-TOR-Inhibitor (Everolimus oder Serolimus) kombiniert wird. Inzwischen wird in vielen Zentren eine steroidfreie Immunsuppression bereits in dem ersten Jahr nach Transplantation erreicht, einige Studien setzen die Steroide schon wenige Tage nach Transplantation ab.

Derzeit wird in verschiedenen Therapieansätzen in pädiatrischen Studien versucht, die Langzeitergebnisse zu verbessern. Bei der Therapie mit Calcineurininhibitoren, vor allem auch in Kombination mit mTOR-Inhibitoren, ist vor allem auf die Interaktion mit anderen Medikamenten zu achten (Abbau über Cytochrom P450). Kinderärzte sollten vor Beginn einer neuen medikamentösen Therapie mit dem Transplantationszentrum Kontakt aufnehmen.

Ziel ist es, weniger Unter- aber auch weniger Überimmunsuppression mit möglichst wenig Nebenwirkungen zu erreichen, insbesondere Calcineurininhibitoren und Steroide müssen frühzeitig reduziert werden.

Was für akute Probleme können nach einer Nierentransplantation auftreten?

In der Frühphase kann es zu einer akuten Abstoßung der Transplantatnieren kommen. Mit den neuen immunsuppressiven Protokollen liegen die Abstoßungsraten inzwischen zwischen 0 bis 10 % im ersten Jahr nach Transplantation. Eine akute Abstoßungskrise zeigt sich häufig durch einen Rückgang der Diurese und mit Anstieg der Retentionsparameter. Es zeigt sich manchmal eine Schwellung der Niere assoziiert mit einer schlechteren Durchblutung, die dopplersonographisch mit Hilfe eines Anstiegs des Resistance-Index nachgewiesen werden kann. Eine Abstoßung kann auch mit einem Anstieg des Blutdrucks assoziiert sein.

Zur Sicherung der Diagnose der akuten Abstoßung wird immer eine Nierenbiopsie durchgeführt. Die Behandlung erfolgt mit einer Prednisolonstoßtherapie (300 mg/m² für 6 Tage). Bei steroidresistenter Abstoßung erfolgt nach Umsetzen der Basisimmunsuppression ggf. noch eine Antikörpertherapie, z.B. mit ATG.

Aufgrund des geringeren Gefäßdurchmessers bei Kindern besteht ein erhöhtes Thromboserisiko an der Anastomose. Die Diagnostik erfolgt per Dopplersonographie. Andere chirurgische Komplikationen sind das Urinleck sowie die Lymphozele.

Was für chronische Probleme können nach einer Nierentransplantation auftreten?

Mehr als die Hälfte der transplantierten Kinder behalten oder entwickeln einen Hypertonus, der mit einem oder mehreren Antihypertensiva behandelt werden muss. In der Regel sind ACE-Hemmer aufgrund ihrer nephroprotektiven Eigenschaften die Medikamente erster Wahl. Durch die Immunsuppressiva werden häufig Fettstoffwechselstörungen wie eine Hypercholesterinämie bedingt, die teilweise mit CSE-Hemmern behandelt werden müssen. Medikamente wie Mycophenolat-Mofetil führen auch bei vielen Kindern zu gastrointestinalen Nebenwirkungen wie Diarrhoe oder Bauchschmerzen. Die entscheidenden bakteriellen Infektionen sind Harnwegsinfekte und Pneumonien.

Ungefähr 3 % der Patienten entwickeln bösartige Erkrankungen, die durch die immunsuppressive Therapie bedingt sind. Am wichtigsten ist das Epstein-Barr-Virus assoziierte Posttransplantlymphom (PTLD), ein B-Zell-Non-Hodgkin-Lymphom, das auch häufig erfolgreich mit dem Antikörper Rituximab in Kombination mit Reduktion der immunsuppressiven Therapie behandelt werden kann (9).

Nicht gelöst ist bisher das Problem der chronischen Transplantatdysfunktion, die multifaktoriell (Immunsuppressiva, Ischämie-Reperfusionsschaden, Hypertonus, Fibrosebildung anderer Ursache, chronische Abstoßung) bedingt ist. Hierin liegt eine besondere Herausforderung für die Zukunft.

Wie lange hält die neue Niere?

An der Medizinischen Hochschule Hannover wurden seit 1970 mehr als 600 pädiatrische Nierentransplanta-

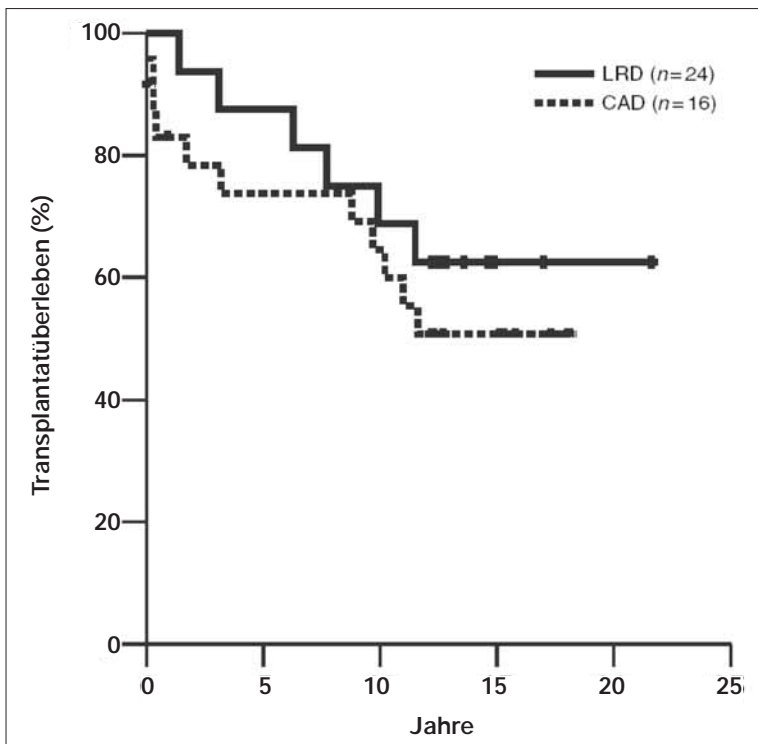


Abb. 2: Transplantatüberleben in Kindern < 11 kg, die in Hannover zwischen 1983 und 2004 transplantiert wurden [7]

LRD = Living related donor = Verwandtenspender

CAD = Cadaveric donor = Postmortalspender

tionen durchgeführt. Die Transplantatüberlebensraten sind durch neuere immunsuppressive Therapieregime in den letzten Jahren deutlich besser geworden. Der erste wichtige Meilenstein war die Einführung des Cyclosporins 1982. Inzwischen liegt die Transplantatüberlebensrate über 95 % im ersten Jahr und um 80 % 10 Jahre nach Transplantation. Im Jahr 2008 rechnen wir mit einem durchschnittlichen Transplantatüberleben von 20 Jahren. Auch für Kinder im Säuglingsalter sind die Transplantatüberlebensraten inzwischen gut (Abb. 2).

Ein wichtiges Problem ist das Wiederauftreten von zwei Grunderkrankungen in der Transplantatniere, gefolgt von einem Transplantatversagen: die fokal segmentale Glomerulosklerose und das atypische hämolytische urämische Syndrom haben eine schlechte Prognose. Im Falle des Vorliegens einer solchen Grunderkrankung muss diese schlechte Prognose vor der Transplantation mit der Familie besprochen werden und diskutiert werden, ob für die Familie trotzdem eine Lebendspende in Frage kommt. Die immunsuppressive Therapie führt zu einem hohen Risiko des Auftretens von Infektionserkrankungen. Ein besonderes Risiko besteht für virale Infektionen, hauptsächlich die Cytomegalie-Virusinfektion und die Epstein-Barr-Virusinfektion, die häufig von einem seropositiven Träger auf einen seronegativen Empfänger übertragen werden. Im Falle einer bekannten CMV-Konstellation (Spender pos./Empfänger neg.) wird in vielen Zentren eine antivirale Prophylaxe mit Valgancyclovir durchgeführt. Die CMV-Infektion ist häufig

assoziiert mit Leukopenie, Thrombopenie, periodischem Fieber, einer Gastroenteritis oder einer Hepatitis.

Wie ist die psychosoziale Langzeitprognose von nierentransplantierten Kindern?

Das Transplantatüberleben ist nicht der einzig entscheidende Langzeitparameter zur Einschätzung des Erfolges einer Nierentransplantation. Wachstum und die psychosoziale Entwicklung stehen für pädiatrische Nierentransplantatempfänger ebenfalls im Vordergrund. Eine Analyse von Erwachsenen, die als Kinder nierentransplantiert wurden, hat gezeigt, dass eine gute Rehabilitation erreicht werden konnte (10). Mit einer reduzierten bzw. inzwischen beendeten Steroidtherapie konnten diese Erwachsenen eine Endgröße im normalen Bereich gesunder Vergleichserwachsener erreichen. Die Pubertät fand zum normalen Zeitpunkt statt. Die Arbeitslosenrate lag mit 14 % nur leicht oberhalb der verglichenen Gesunden im selben Zeitraum (9 %), wenn auch 26 % der Patienten zusätzliche Probleme wie eingeschränktes Hören oder Sehen hatten. Der Anteil an akademischen Abschlüssen war geringer als im Bevölkerungsquerschnitt. Bei Frauen, die als Kind nierentransplantiert worden sind, können Schwangerschaften in der Regel ebenfalls erfolgreich beendet werden (11).

Trotzdem bestehen bei vielen Patienten immer noch Defizite in der sozialen Integration. Dieses Problem anzugehen ist eine besonders wichtige und schwierige Herausforderung für die Zukunft.

Welche Perspektiven bestimmen die Zukunft?

In den nächsten 5–10 Jahren wird die Entwicklung von Toleranzinduktionsprotokollen hoffentlich so weit voranschreiten, dass eine Beendigung der Immunsuppression und dadurch der entsprechenden Nebenwirkungen bei Kindern erreicht werden kann. Toleranzentwicklung wäre auch die beste Möglichkeit, das Problem der fehlenden Compliance bei Jugendlichen zu verbessern. In den nächsten Jahren sollten mehr Anstrengungen unternommen werden, um die Allokationsprogramme so zu verändern, dass z.B. auch von Eurotransplant eine primäre Allokation von Kindernieren an Kinder stattfindet, um die Dialysezeiten zu verkürzen. Eine bessere kindernephrologische Versorgung, gerade in weniger entwickelten Ländern, sollte die Anzahl von Kindern, die an terminalem Nierenversagen sterben, deutlich verbessern und eine präemptive pädiatrische Transplantation per Lebendspende als Therapie der Wahl bei Kindern für alle Kinder mit terminaler Niereninsuffizienz möglich machen.

Viele Organe gehen im Rahmen des Transfers von der Pädiatrie in die internistische Nephrologie verloren. Eine Ausweitung der Schulungsprogramme (z.B. „Endlich Erwachsen“ des KfH) und eine bessere Kooperation mit den übernehmenden internistischen Nephrologen genauso wie die Entwicklung von integrierten Versorgungsprogrammen (wie z.B. in der MHH begonnen) sind eine unbedingte Konsequenz für die Zukunft. Nach

dem (vorläufigen?) Ende des bisherigen Nieren-Registers Ende 2007 sind auch neue Anstrengungen erforderlich, um die Daten von pädiatrischen Nierentransplantationen in Deutschland zu registrieren und auszuwerten, damit wir hieraus für die Zukunft lernen können.

Um diese Ziele zu erreichen, sind aus unserer Sicht auch Veränderungen am Transplantationsgesetz notwendig, z.B. die Genehmigung von Cross-over-Spenden.

Zusammenfassung

Noch vor 40 Jahren starben in Deutschland die meisten Kinder mit terminalem Nierenversagen. Moderne Dialyseverfahren, wie die Peritoneal- und Hämodialyse, ermöglichen heute eine adäquate Nierenersatztherapie für Kinder und haben sich als Überbrückungsmaßnahme bewährt. Im Kindesalter stellt die Nierentransplantation die Therapie der Wahl dar. Sie kann schon bei Säuglingen durchgeführt werden. Die Nierentransplantation ermöglicht ein 20-Jahres-Patientenüberleben von >90% und eine gute psychosoziale Entwicklung sowie eine normale Schulbildung. Die Wartezeit auf eine postmortal gespendete Niere ist für Kinder im Eurotransplant-Bereich zu lang. In vielen Allokationssystemen haben die Kinder zwar eine deutliche Priorität vor erwachsenen Organempfängern, aber es müssen noch mehr Anstrengungen unternommen werden, um die Wartezeit für Kinder weiter zu reduzieren. Neue immunsuppressive Protokolle haben die Langzeittransplantatfunktion sowie das Transplantatüberleben kontinuierlich verbessert; die 1-Jahres-Transplantatüberlebensrate beträgt ca. 95% und die prospektive 20-Jahres-Überlebensrate wird auf 50% geschätzt. Die therapeutische Herausforderung betrifft heute nicht mehr die akute Abstoßung, sondern die chronische Transplantatdysfunktion. Die Lebendspende führt zu einem besseren Überleben als die Transplantation von Organen verstorbener Spender. Bei verstorbenen Spendern hat sich gezeigt, dass Nieren von Kindern und jungen Erwachsenen primär an Kinder alloziert werden sollten, da die Transplantatfunktion kurz- und mittelfristig deutlich besser ist. Die präemptive Nierentransplantation ist die Nierenersatztherapie der Wahl für viele Kinder.

Literatur beim Verfasser.

Korrespondierender Autor:

PD Dr. med. Lars Pape
Abteilung für päd. Nieren-, Leber- und Stoffwechselerkrankungen
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover
Tel. 0511-532-5705
FAX 0511 530-4830
larspape@t-online.de

Red.: Riedel

Welche Diagnose wird gestellt?

Peter Müller

Anamnese

Nach normaler Schwangerschaft wurde das reife Neugeborene mit einem Gewicht von 3625 g und einer Länge von 52 cm spontan geboren und anschließend voll gestillt. Obwohl im Verlauf die Trinkmengen reichlich waren, trat ab dem 6. Monat ein perzentilenflüchtiges Wachstum auf. Im Kleinkindesalter waren eine rasche Ermüdbarkeit sowie eine Neigung zu Elektrolytentgleisungen bei banalen Infekten mit Erbrechen und Dehydratation auffällig.

Untersuchungsbefunde

Bei solch einer Krise im Alter von 2 Jahren lagen die Perzentilen für Länge und Gewicht inzwischen unterhalb der 3. Perzentile (s. Abb. 1). Das Labor zeigte eine Euglykämie mit ausgeglichenem Säure-Basen-Status, Hypokaliämie, Hypophosphatämie, Hypercalcämie und eine Hypoosmolalität im Serum. Im Urin zeigten sich neben einer Polyurie eine Glukosurie, Hyperaminoazidurie, Natriurie, Kaliurie sowie eine glomeruläre und tubuläre Proteinurie.

Wie lautet die Diagnose?

(Auflösung auf S. 177)

Abb. 1: Kleinwüchsige, strohblonde Patientin im Alter von 2 ²/₁₂ Jahren. Am Längenmessgerät ist die altersbezogene Solllänge (50. Perzentile) eingestellt



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

Diagnose: Infantile nephropathische Zystinose

Die nephropathische Zystinose ist eine seltene, autosomal rezessiv vererbte lysosomale Speicherkrankheit mit einer geschätzten Inzidenz von 1 : 100.000. Patienten mit der klassischen infantilen Verlaufsform werden erst im Alter von etwa 6 Monaten klinisch auffällig. Die Frühsymptome sind Polyurie und -dipsie, Elektrolytungleichungen und Kleinwuchs basierend auf einer generalisierten proximalen tubulären Dysfunktion (Fanconi-Syndrom). Typisch ist die Symptomkombination Kleinwuchs, helles Haar, Polyurie mit Glukose- und Elektrolytverlust bei einer normalen statomotorischen und mentalen Entwicklung. Bei Neugeborenen ist eine Glukosurie mit normaler Glukosekonzentration im Serum bereits verdächtig. Late-onset Verlaufsformen sind mit der adoleszenten nephropathischen und der adulten benignen Zystinose milder. Die Pathogenese ist weitgehend gesichert. Es handelt sich um bislang mehrere bekannte Mutationen des auf dem Chromosom 17 kodierten Transportproteins Zystinosin. Der Funktionsverlust führt zur progredienten intralysosomalen Akkumulation der Aminosäure Zystin und insbesondere in den Nierentubuli zur Ausbildung einer tubulo-interstitiellen Fibrose bis hin zur Dialysepflichtigkeit. Extrarenaler Hauptmanifestationsort und oft diagnoseweisend sind corneale Zystinablagerungen und eine Retinopathie mit Ausbildung einer Photophobie. Als Konfirmationsdiagnostik stehen die Messung der intraleukozytären Zystinkonzentration sowie die Mutationsanalyse zur Verfügung (1).

Differentialdiagnose

Bartter-Gitelman-Syndrom

Therapie und Verlauf

Mit einer zystinentspeichernden medikamentösen Behandlung durch Cysteamin (Cystagon®) wurde eine wirkungsvolle Behandlung entwickelt, die – sofern sie frühzeitig beginnt – vielen Patienten auf längere Zeit die Dialyse und später eine Nierentransplantation erspart. Cysteamin bindet Zystin in Leukozyten und schleust es als leuzinähnliches Molekül über den Leuzintransporter ins Zytosol. Als anzustrebende Dosis gilt 1,5 g/m²/d. Wegen des schlechten Geschmacks und Mundgeruchs ist die Compliance mitunter beeinträchtigt. Noch belastender empfinden die Patienten das 2-stündliche Einbringen einer cysteaminhaltigen Augensalbe. Trotzdem hat sich die Prognose mit diesem Therapeutikum entscheidend gebessert, wenn die Diagnose möglichst schon innerhalb der ersten 3 Monate gestellt wird. Dies kann exemplarisch mit der jüngeren und ebenfalls an Zystinose erkrankten Schwester der Indexpatientin belegt werden, die bereits als Neugeborenes diagnostiziert und behandelt wurde und sich bislang altersgerecht entwickelt hat. Zusätzlich ist eine Substitutionstherapie mit Vitamin D, Elektrolyten und später mit L-Thyroxin erforderlich.

Literatur:

- Gahl WA, Thoene JG, Schneider J. Cystinosis: a disorder of lysosomal membrane transport. In: Scriver CR, Beaudet AL, Sly WS, Valle D, eds. The metabolic and molecular bases of inherited disease. 8th ed., New York: McGraw-Hill: S. 5085-5108, 2001

Korrespondenzadresse:

PD Dr. med. P. Müller
HELIOS Krankenhaus Leisnig
Colditzer Str. 48, 04703 Leisnig

Red.: Höger



**TRAUMHOTELS
IN DEUTSCHLAND**

SCHMIDT
ROEMHILD

Neuer Pracht-Bildband: Traumhotels in Deutschland

Deutschland ist das beliebteste Reiseland der Deutschen. Der neue Bildband „Traumhotels in Deutschland“ bietet einen Überblick über die breit gefächerte Hotellandschaft und hilft, die wirklich exklusiven, hervorragenden Häuser ausfindig zu machen.

Der reich illustrierte, luxuriös ausgestattete Bildband im Großformat mit Kunstledereinband und Goldprägung ist eine wahre Augenweide: Denn hier präsentiert sich das ganz Besondere und Schöne. Der Leser erfährt nicht nur von Häusern, die sich durch eine ungewöhnlich edle Ausstattung auszeichnen, sondern auch von Hotels, die hinsichtlich Komfort und Service eine ganz eigene kundenfreundliche Philosophie verfolgen.

Versierte Journalisten, koordiniert vom Redaktionsbüro Lück, München, wählten 100 Traumhotels in Deutschland aus, wobei sie genau die richtige Mischung getroffen haben: Hotels, die in idyllische Landschaften eingebettet sind, Wellness-Hotels mit speziellen Angeboten, stilvolle Schloss-Hotels, exquisite City-Hotels, Hotels mit Sterne-Küche, Hotels mit dem passenden Ambiente für besondere Anlässe. Hier findet man legendäre, geschichtsträchtige Hotels wie das Adlon in Berlin oder Häuser mit modern-elegantem Stil für Liebhaber ausgefallenen Designs wie The Westin Leipzig.

Die Hotels werden nach Region aufgeführt. Außerdem gibt es eine Übersichtskarte der Häuser und ein Register, in dem sie nach Namen, Ort und Charakter (Wellness, schöne Lage, Gourmet, Schlosshotel usw.) gelistet sind.

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

Erhältlich im örtlichen Buchhandel oder direkt beim Verlag.

SCHMIDT ROEMHILD DEUTSCHLANDS ÄLTESTES VERLAGS- UND DRUCKHAUS SEIT 1579
Mengstraße 16 Tel. 04 51/70 31-2 67 www.schmidt-roemhild.de
23552 Lübeck Fax 04 51/70 31-2 81 vertrieb@schmidt-roemhild.com

Wie hoch ist das Rückfallrisiko nach erfolgreicher Therapie der Neuroborreliose im Kindesalter?

CONSILIUM
INFECTORIUM

Prof. Dr. med.
Hans-Iko Huppertz

Frage: Ein jetzt sechs Jahre altes Mädchen erkrankte am 02.06.2006 an einer akuten Neuroborreliose mit Fazialisparese. Die Therapie erfolgte mit Cefotaxim für 14 Tage. Darunter Restitutio ad integrum. Das Kind ist privat versichert. Wegen der Neuroborreliose wurde das Kind in eine höhere Risikogruppe eingestuft. Eine Rückstufung wäre wohl möglich, wenn die Ärztin per Gutachten feststellen würde, dass ein/e Rezidiv/Chronifizierung ausgeschlossen ist.

- Gibt es hierzu wissenschaftliche Daten?
- Welche Langzeitschäden sind nach einer Neuroborreliose möglich und wie häufig treten diese auf?

Antwort:

Wenn die Diagnose „Akute Neuroborreliose“ im Juni 2006 mit Fazialisparese richtig war und die Therapie mit Cefotaxim i. v. über 14 Tage korrekt durchgeführt wurde, ist darunter eine Restitutio ad integrum und kein Rückfall zu erwarten.

Vielmehr ist durch diese Therapie ein Fortschreiten der Erkrankung mit einer möglichen Chronifizierung ausgeschlossen. Langzeitschäden nach einer Neuroborreliose im Kindesalter sind bis auf wenige Ausnahmen nicht bekannt.

Spätschäden sind nach der späten Neuroborreliose im Kindesalter beschrieben worden, also wenn die Infektion mehr als 1 Jahr zurückliegt und die Erkrankung als solche nicht erkannt wurde, sondern Monate oder Jahre lang unbehandelt lief und dabei möglicherweise auch einen cerebro-vaskulitischen Verlauf angenommen hat.

Entsprechend ist eine Eingruppierung des Kindes in eine höhere Risikogruppe völlig unverständlich, von den Eltern zwischenzeitlich bezahlte zusätzliche Geldsummen sollten den Eltern von der Kasse wieder erstattet werden.

Literatur bei InfectoPharm

Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz
Klinikum Bremen-Mitte
Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin
Professor-Hess-Kinderklinik
St.-Jürgen-Str. 1
28205 Bremen

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

Vitamin D bei Mukoviszidose

Current Recommendations for Correcting Vitamin D Deficiency in Children With Cystic Fibrosis are Inadequate

Green D et al., J. Pediatr. 153: 554-559, Oktober 2008

Bei den meisten Patienten mit Mukoviszidose besteht eine Malabsorption von fettlöslichen Vitaminen, so auch von Vitamin D. Eine mögliche Folge des Vitamin D-Mangels ist eine reduzierte Knochenmasse und somit eine Osteoporose. An den Johns Hopkins Medical Institutions in Baltimore, USA wurden bei 262 pädiatrischen CF-Patienten zwischen Januar 2003 und Dezember 2006 retrospektiv die 25-OH-Vitamin-D-Spiegel bestimmt, als Mangel galten Werte unter 30 ng/ml. Im Jahre 2003 hatten 86,5 % der CF-Patienten einen so definierten Vitamin D-Mangel, in den Folgejahren 46,2–54,2 %. Auch hochdosierte Vitamin D₂-Gaben waren in der Regel nicht in der Lage, den Vitamin D-Mangel zu beheben. Sogar eine hochdosierte Therapie mit 3 x 50.000 Einheiten Vitamin D₃ pro Woche über 8 Wochen führte nur bei ca. der Hälfte der Patienten zu einem ausreichenden Vitamin D-Spiegel. Die Autoren empfahlen deshalb, Vitamin D-Mangel mit täglichen Gaben von 50.000 Einheiten Vitamin D₂ über 4 Wochen zu behandeln, obwohl Erfolgsdaten für dieses Therapieregimes bisher nicht vorliegen. Auf jeden Fall sind die derzeit empfohlenen Vitamin D-Dosen offensichtlich in keiner Weise ausreichend. Empfohlen wird auch eine jährliche Untersuchung des Vitamin D₂-Spiegels, um einen entsprechenden Mangel zu erfassen.

Kommentar:

Die jährliche Überprüfung des Vitamin D-Spiegels sollte in allen CF-Ambulanzen konsequent durchgeführt werden, bisher konnte aber noch nicht gezeigt werden, ob normale Vitamin D-Spiegel tatsächlich mit einer Verringerung der Osteoporose bei Mukoviszidose einhergehen oder ob nicht auch andere Faktoren hierbei eine Rolle spielen. Auch das höchste Dosis-Regime mit täglich 50.000 Einheiten im Falle eines Mangels ist bisher nicht bezüglich Erfolg validiert. In den derzeit gültigen CF-Leitlinien ist

eine Dosis von 500 bis 1000 E pro Tag vorgesehen. Bei der empfohlenen jährlichen Kontrolle wird man sehen, ob diese Dosis doch nach oben angepasst werden muss.

(Frank Riedel, Hamburg)

Diagnostik des Still-Syndroms

S 100 A12 is a Novel Molecular Marker Differentiating Systemic-Onset Juvenile Idiopathic Arthritis from other Causes of Fever of Unknown Origin

Wittkowski et al., Arthritis Rheum 58: 3924-3931, Dezember 2008

Ziel der Arbeit war die Beantwortung der Frage, ob eine erhöhte Konzentration des phagozytischen proinflammatorischen Proteins S 100 A12 zur Therapieentscheidung – Antibiotika oder Immunsuppression – beitragen kann.

Dazu wurden Proben von 45 gesunden Kontrollen verglichen mit 240 Patienten (60 mit systemischer juveniler Arthritis (JIA), 17 mit familiärem Mittelmeerfieber (FMF), 18 mit neonataler inflammatorisch multisystemischer Erkrankung (NOMID), 17 mit Muckle-Wells Syndrom (MWS), 40 mit akuter lymphoblastischer Leukämie (ALL), 5 mit myeloblastischer Leukämie (AML) und 83 mit systemischer Infektion). Alle Proben wurden bei Erstvorstellung und vor Therapiebeginn gesammelt.

Dabei wurden folgende Mittelwerte (95 % Konfidenzintervall) der Serumspiegel von S 100 A12 gemessen: bei JIA Patienten 7.190 (\pm 2.690) ng/ml; bei FMF Patienten 6.720 (\pm 4.960) ng/ml, bei Patienten mit NOMID 720 (\pm 450) ng/ml; bei Patienten mit MWS 150 (\pm 60) ng/ml, bei Patienten mit Infektionen 470 (\pm 160) ng/ml, bei Patienten mit ALL 130 (\pm 80) ng/ml, bei Patienten mit AML 45 (\pm 60) ng/ml, bei gesunden Kontrollen 50 (\pm 10) ng/ml. Die Sensitivität und Spezifität von S 100 A12, zwischen einer Infektion und einer JIA zu unterscheiden, betrug 66 % bzw. 94 %.

Konklusiv kann festgehalten werden, dass der Granulozytenaktivitätsmarker S 100 A12 bei Patienten mit einer systemischen JIA oder einem FMF hoch exprimiert wird. Dies könnte auf einen bislang unbekanntem gemeinsamen Pathomechanismus dieser beiden Erkrankungen hindeuten. Die Bestimmung von S 100 A12 kann ein wertvolles diagnostisches Instrument bei der Evaluation von Fieber unklarer Ursache sein.

Kommentar

Diese Arbeit hat eine große klinisch-differenzialdiagnostische Relevanz und sollte in den Abklärungsstandard bei Patienten mit unklarem Fieber übernommen werden, insbesondere weil andere Inflammationsmarker deutlich unspezifischer sind. Sicherlich wäre es noch interessant, die verschiedenen systemischen JIA Verläufe (mono-, polyphasisch, progredient) anhand dieses Marker zu untersuchen, um möglicherweise prognostische Aussagen machen zu können.

Interessant ist auch die deutliche Differenzierung zwischen den Leukämien und der JIA. Ob damit im Rahmen der differenzialdiagnostischen Abklärung auf eine Knochenmarkpunktion verzichtet werden kann, wird man erst in weiteren Studien sehen können.

(Toni Hospach, Günther Dannecker, Stuttgart)

Wachstumsschub nach Adeno-Tonsillektomie

Growth and Growth Biomarker Changes after Adenotonsillectomy: Systematic Review and Meta-Analysis

Bonuck, K.A. et al., *Arch Dis Child* 94: 83-91, Februar 2009

Die chronische Obstruktion der oberen Luftwege, meist durch eine adeno-tonsilläre Hypertrophie verursacht, kann die Qualität des kindlichen Schlafes beeinträchtigen und zu Apnoen, Hypercapnie und Hypoxie führen. [1] Die Folgen, Lern-, Konzentrations- und Verhaltensstörungen, wurden vielfach beobachtet und beschrieben. Nächtliche obstruktive Atemstörungen (Schnarchen, Mundatmung, Schlafapnoe) im Kindesalter können, wie einige Beobachtungen vermuten lassen, aber auch Einfluss auf das somatische Wachstum nehmen. [2, 3] Bonuck et al. haben erstmals in einer aktuellen Meta-Analyse den Einfluss der Adenotomie und/oder Tonsillektomie auf das Wachstum und auf die Wachstums-assoziierten Biomarker IGF-1 und IGFBP-3 untersucht. [4]

Methode: Die Autoren durchsuchten PubMed, ERIC, die Cochrane Reviews Datenbanken nach zwischen Januar 1980 und November 2007 erschienenen Publikationen, die über Wachstum und Gewicht vor und nach Post-Adeno-Tonsillektomie bei sonst gesunden, normalgewichtigen Kindern berichteten.

Ergebnisse: Von den 211 Publikationen entsprachen nur 20 den Qualitätskriterien für einen systematischen Review. Nur in 13 Studien waren die obstruktiven Atemstörungen Aufnahmebedingung. In 3 weiteren Untersuchungen waren sie nur unter anderem ein Aufnahmekriterium. Die Auswertung der prä- und postoperativen Unterschiede der Wachstumsgeschwindigkeit ergab in 10 Studien für die Größe eine mittlere Differenz (MD) von 34% (95% KI 0,20 bis 0,47), entsprechend ergab sich für die Gewichtsveränderungen aus 11 Untersuchungen eine MD von 57% (95% KI 0,44 bis 0,70). Aus 7 zusammengefassten Studien (177 Kinder) errechnete sich für IGF-1 eine MD von 53% (95% KI 0,33 bis 0,73), für IGFBP-3 eine MD von 59% (95% KI 0,34 bis 0,83).

Schlussfolgerungen: Größe, Gewicht und die mit dem Wachstum assoziierten Biomarker nehmen bei Kindern nach einer Adeno-Tonsillektomie zu. Die Autoren empfehlen in der Praxis, an die Möglichkeit einer Gedeihstörung infolge einer adeno-tonsillären Hypertrophie oder einer anderen damit verbundenen Ursache für eine obstruktive Atemstörung zu denken.

Kommentar:

Die obstruktive Schlafapnoe im Kindesalter wurde in den letzten 20 Jahren zunehmend als Ursache für eine signifikante Morbidität erkannt. [5] Die nächtlichen obstruktiven Atemstörungen stellen mit einer geschätzten Inzidenz zwischen 4% und 20% ein

Kontinuum vom einfachen Schnarchen bis zur Apnoe dar. [6-8] Die im Alter zwischen 2-6 Jahren vermehrt auftretende adeno-tonsilläre Hypertrophie ist eine der Hauptursachen. Die absolute Größe der Tonsillen und der Adenoide allein ist jedoch kein verlässlicher Indikator für einen gestörten Nachtschlaf. [9] Die Weite des Pharynx, der Tonus der Pharynxmuskulatur, dentogene Faktoren und das Gewicht spielen ebenfalls eine wichtige, im Einzelnen noch nicht ganz geklärte Rolle. [10] Vor allem bei den Vorsorgeuntersuchungen sollten wir die Eltern fragen, ob ihre Kinder regelmäßig nachts schnarchen. Die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder, die nicht regelmäßig nachts schnarchen, unter einer nächtlichen obstruktiven Atemstörung oder einem Schlaf-Apnoe-Syndrom leiden, ist gering. [11] Auch leiden nicht alle schnarchenden Kinder unter nächtlicher Hypoxie und obstruktiven Apnoen. Deshalb sollte nach weiteren Hinweisen für einen gestörten Nachtschlaf, wie Tagesschläfrigkeit, Verhaltensauffälligkeiten, Einnässen und morgendliche Kopfschmerzen gefragt und gegebenenfalls eine polysomnographische Untersuchung veranlasst werden. Wachstumsstörungen können auch zu den Folgen nächtlicher Atemstörungen gehören, wie bereits einzelne Fall-Beobachtungen und Studien gezeigt haben und Bonuck et al. in ihrer Meta-Analyse bestätigen konnten. [2-4, 12] Die Indikationen für die Adeno-Tonsillektomie im Kindesalter haben sich bereits von der chronischen Adeno-Tonsillitis in Richtung obstruktiver Atemstörungen verschoben. [13] Sie übertreffen mittlerweile die rezidivierenden Adeno-Tonsillitiden in der Indikationsstellung zur Adeno-Tonsillektomie. [14, 15] Die Adeno-Tonsillektomie ist bei nächtlichen, obstruktiven Atemstörungen die Behandlung der Wahl und bei der Mehrzahl der Patienten auch kurativ. Die Erfolgsrate mit Bezug auf polysomnographische Kriterien beträgt zwischen 79% und 92%. [16] Ob und wie die Diagnose einer obstruktiven Schlafstörung vor einer Adeno-Tonsillektomie objektiviert und gesichert werden sollte, wird noch kontrovers diskutiert.

Literaturzitate über den Autor: juergen.hower@googlemail.com

(Jürgen Hower, Mühlheim)

Klinik des Tourette-Syndroms

Tics, Twitches, Tales: The Experience of Gilles de la Tourette's Syndrome

Turtle, L., Robertson, M. M.; *Am J Orthopsychiatry* 78: 449-455, Oktober 2008

Lance Turtle ist 33 Jahre alt, Arzt und leidet an einem Gilles de la Tourette Syndrom (GTS). Im Artikel gibt er einen persönlichen Einblick in seinen eigenen, klassischen Erkrankungsverlauf beginnend im 4. Lebensjahr mit vereinzelt phonetischen Tics, einer Symptomverstärkung in der frühen Pubertät mit multiplen motorischen und vokalen Tics, begleitet vom schmerzhaften Erleben der Ausgrenzung unter Gleichaltrigen, und einer allmählichen Beruhigung im frühen Erwachsenenalter. Turtles GTS wurde spät diagnostiziert, obwohl ihn seine verzweifelten Eltern einer Reihe von Experten vorstellten. Als hilfreich erlebte er eine Behandlung im Jugendalter, die nicht auf eine Verminderung der Tics abzielte, sondern auf eine Stärkung des individuellen und familiären Coping im Umgang mit dem GTS. Abgerundet wird der

Beitrag durch einen aktuellen Literaturüberblick von Mary Robertson, Expertin für Bewegungsstörungen am University College London.

Turtle beschreibt seine Tics als einschränkungslos willentlich gesteuerte Handlungen, die ein sensorisch andrängendes Spannungsgefühl – in seinem Fall „spürbar im Kopf“ und angesiedelt „irgendwo zwischen somatisch-sensorischer Empfindung und Imagination“ – kurzfristig beruhigen. Die Frequenz und Stärke der Tics erlebt er als „völlig unvorhersagbar“; das Stereotyp vom primär belastungsinduzierten „nervösen Tic“ könne er nicht bestätigen. Der Drang zu ticken nehme zu, wenn er darüber spreche oder die Tics mittels bewusster Anstrengung zu kontrollieren versuche. Die stärksten Tics erlebe er jedoch, wenn er allein sei und sich gar nicht kontrollieren müsse. Niemals ticke er in Situationen, die ihn mental absorbieren, wie z.B. beim Bergklettern.

Turtle berichtet zudem von einer Reihe von „Begleiterscheinungen“, die er als Bestandteil des GTS und nicht als davon abgegrenzte Komorbiditäten betrachtet. Hierzu zählen diverse ich-dystone Zwangsgedanken und -handlungen; vermehrte motorische Unruhe und eine eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit bei kognitiven Anforderungen. Diese Symptome erlebt Turtle als nur mäßig belastend. Insgesamt sei es ihm mit den Jahren gelungen, das GTS als „exzentrischen Persönlichkeitsanteil“ anzunehmen. Er erlaube sich, recht ungehindert zu ticken, wodurch er generell eine Abnahme des Tic-Dranges erfahren habe. Im Arztberuf bemerke er oft positiv, dass die eigene offenkundige Gesundheitsstörung das Vertrauen seiner Patienten eher fördere denn hemme.

Kommentar:

Turtles Verdienst besteht darin, dem Leser durch seine subjektive, dabei wissenschaftlich informierte Perspektive das Tourette-Syndrom nahe zu bringen, dessen heterogenes Wesen sich nicht unmittelbar erschließt. Mit einer Prävalenz von 1% ist das GTS eine häufige, dabei therapeutisch schwer beeinflussbare Erkrankung. Aktuellen Studien zufolge klingt die Symptomatik bei > 50% der Betroffenen bis zum 18. Lebensjahr ab, wobei Zwangssymptome oft persistieren. Der Gipfel der Tics liegt in der frühen Pubertät und konfrontiert die erkrankten Kinder mit der schwierigen Aufgabe, ihre fortschreitende Selbst- und Autonomieentwicklung mit einer oft bizarren, peinlichen Symptomatik in Einklang zu bringen. Wie Turtles Beispiel zeigt, kann eine solche Integration gelingen, wenn neben medikamentösen Behandlungsversuchen der Schwerpunkt auf die Psychoedukation und die psychotherapeutische Begleitung des Patienten gelegt wird. Eltern und Geschwister, die in der Regel ihrerseits unter der Erkrankung leiden, sollten immer einbezogen werden.

(Carola Bindt, Hamburg)

Über die Versprechungen der Gesundheitspolitiker



Dr. med. Thomas
Fischbach

Viele Worte – wenig Geld

Die zum Jahresbeginn in Kraft getretene Honorarreform erhitzt die Gemüter aller Ärztinnen und Ärzte quer durch die Fachgruppen. Die berechtigte Empörung fußt ganz überwiegend auf der Tatsache, dass sich die von Ulla Schmidt als wegweisende und vermeintlich Honorargerechtigkeit schaffende Reform als eine Mogelpackung entlarvt hat. Weder fließt das in Aussicht gestellte und längst überfällige Honorarvolumen von knapp 3 Mrd. Euro, noch kommt es zwischen Aachen und Oder, Küste und Alpen zu einer verbesserten Vergütungsgerechtigkeit. Allein der Aufsatz des Honorarvolumens auf dem Jahr 2007 zeigt die ganze Unlauterkeit dieser Mangelverteilungsmaschinerie. Man stelle sich einmal vor, dass ver.di zum gleichen Zeitpunkt mit einer vermeintlichen Lohnerhöhung von 10 % für alle öffentlich Bediensteten in die Öffentlichkeit getreten wäre und hätte dann kleinlaut zugeben müssen, dass diese Erhöhung auf der Basis des Tariflohns des Jahres 2007 ermittelt worden sei! Da würden wohl viele Mülltonnen für längere Zeit ungeleert und die Züge in den Bahnhöfen stehen bleiben. In vielen KV-Bereichen gibt es auch innerhalb unserer Fachgruppe mehr Honorarverlierer als -gewinner, obwohl genau das Gegenteil versprochen worden war. Einmal mehr sind die deutschen Ärztinnen und Ärzte von der Gesundheitspolitik einer Ulla Schmidt hinter das Licht geführt und durch eine absolut intransparente Honorarverteilungssystematik, die im Erweiterten Bewertungsausschuss zwischen KBV und dem Spitzenverband der GKV ausgekungelt worden ist, um den ebenso gerechten wie überlebensnotwendigen Honorarzuwachs geprellt worden.

Mit der Ärzteschaft jedoch kann man anscheinend so umspringen und die Politik – voran wieder BM Ulla Schmidt – ficht das natürlich nicht an, in dem sie in ritualisierter Manier die Schuld am Honoraraster elegant den Selbstverwaltungsorganen in die Schuhe schiebt. Selbstkritik und Verantwortungsübernahme durch die politisch Verantwortlichen in Berlin: Wie gewohnt – Fehlanzeige!

§ 73b SGB als Sargnagel für die ambulante Pädiatrie?

Aber die verunglückte Honorarreform stellt noch nicht einmal die größte Bedrohung unserer Fachgruppe in der ambulanten Versorgung dar. Das umgehende Gespenst, dass im Südwesten unseres Landes zuerst virulent wurde, heißt § 73b SGBV neu – hausarztzentrierte Versorgung vom Bundesgesetzgeber passgenau für Allgemeinärzte ausformuliert. Zuvor hatte bereits die AOK

Baden-Württemberg dem KV-System den Rücken gekehrt und mit dem dortigen HÄV und der Ärztegenossenschaft Medi ohne substanzielle Beteiligung des BVKJ und des BDI einen Hausarztvertrag geschlossen, der keinerlei fachspezifische Regelungen für die ärztliche Betreuung von Kindern und Jugendlichen durch Pädiater vorsieht, sondern diesbezüglich vielmehr nur als unerschwellig bezeichnet werden kann. Nur um einen solchen Vertrag mit einer versprochenen Traumhonorierung von um die 80 Euro/Fall zu ergattern, hatten HÄV und MEDI auch keinerlei Schwierigkeiten, den von ihnen vertretenen Hausärzten innerhalb des Vertrages Online-Verbindungen ihrer Patientendateien mit der AOK schmackhaft zu machen. Dass dies nur mit einer speziellen Software möglich sein würde, die jeder Vertragsteilnehmer erst einmal selbst finanzieren muss, sei nur am Rande erwähnt. Folgerichtig hat der BVKJ in Baden-Württemberg seinen Mitgliedern in aller Deutlichkeit vom Beitritt zum Hausarztvertrag BW abgeraten. Diesem Appell folgen die Kolleginnen und Kollegen in BW nahezu vollzählig.

Bayerische Hausärzte-Lobby bringt die ganze Republik in Schwierigkeiten

Im Vorfeld der bayerischen Landtagswahl im September 2008 machte sich sodann der in der Wählergunst deutlich ramponierte bayerische Ministerpräsident Günter Beckstein mit Unterstützung des damaligen CSU-Vorsitzenden Erwin Huber und seines heutigen Nachfolgers Horst Seehofer lautstark und unter Missachtung der übrigen Hausarztgruppen einseitig für die ihn im Wahlkampf bedrängenden Allgemeinmediziner unter Hoppenhaller stark und forderte von der Bundesregierung die heute Gesetz gewordene Novellierung des § 73b SGB V zur hausarztzentrierten Versorgung ein. Diese sieht vor, dass gesetzliche Krankenkassen bis zum 30.06.2009 mit Allgemeinarztgruppen, die mindestens 50 % ihrer Fachgruppe in einer Region vertreten, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung abschließen müssen. Die weiteren Hausarztgruppen der hausärztlich tätigen Internisten und der Kinder- und Jugendärzte kommen entweder in diesem Gesetzeswerk überhaupt nicht vor (Hausärztliche Internisten) oder bekommen allenfalls optional die Möglichkeit zur Aushandlung von Hausarztverträgen für Kinder und Jugendliche zugestanden. Obwohl heute alle wissen, dass dieser politische Kniefall vor dem bayerischen Hausärzteverband Günter Becksteins und auch Erwin Hubers politisches Leben keineswegs gerettet hat, dürfen die Kinder- und Jugendärzte deutschlandweit diesen lobbyistischen Sündenfall heute ausbaden. Landauf und landab ergeht sich der

kraftprotzende Hausärzterverband unter Hinweis auf die Gesetzesregelung in einer Strategie der politischen Einschüchterung von Landespolitik und Krankenkassen. In Faxaktionen fordert er zu seiner Mandatierung für Vertragsverhandlungen von Hausarztverträgen nach § 73b auf, wohlwissend, dass er dabei nur seine verbandseigenen Machtinteressen im Auge hat. Alle Kolleginnen und Kollegen seien daher vor einer Mandatierung des HÄV oder anderer nicht seitens des BVKJ autorisierter Verbände ausdrücklich gewarnt. In Baden-Württemberg und Bayern werden Eltern von auf HÄV-Linie getrimmten Allgemeinärzten unverhohlen dazu aufgefordert, auch ihre Kinder in den dort abgeschlossenen Hausarztvertrag einzuschreiben. Zugleich ließ der bayerische Hausarztchef Dr. Wolfgang Hoppenthaller unlängst in der TV-Sendung „Panorama“ tief blicken, in dem er wenig diplomatisch Drohgebärden in Richtung der Krankenkassen in Szene setzte. Seine Botschaft war ebenso klar wie peinlich:

Es muss eine bessere Honorierung allgemeinärztlicher Leistungen geben und in Erreichung dieses Ziels gibt es weder Freunde noch können die Mittel zimmerlich sein.

Der BVKJ zeigt sich weiterhin kämpferisch

Angesichts solcher Entwicklungen besteht heute wenig Hoffnung auf eine kraftvolle ärztliche Antwort auf die misslungene Gesundheitspolitik der vergangenen Jahre. Dennoch wird der BVKJ hier die Hoffnung nicht aufgeben und den Kontakt zu den Arztgruppen suchen, die in Respekt vor der Professionalität der jeweils anderen Disziplin das kollegiale Miteinander wertschätzen.

Dr. med. Thomas Fischbach
Gebhardstr. 17
42719 Solingen
E-Mail: fischbach@kinderaerzte-solingen.de

Red.: ge

Aufruf zur Teilnahme an einem europäischen Projekt zur ambulanten, pädiatrischen Versorgungsforschung

Die Arbeitsgruppe Ambulante Versorgungsforschung der European Academie of Paediatrics (EAPPRASnet) sucht Praxen zur Mitarbeit an einem Projekt zur Versorgungsforschung im Bereich der ambulanten Pädiatrie. Sie möchte die Strukturen für eine gemeinsame europäische Versorgungsforschung schaffen, um später Standards und Empfehlungen für die ambulant tätigen Pädiater zu formulieren. Auch sollen „Weiße Flecken“ im Bereich der pädiatrischen Versorgungsforschung aufgedeckt und bearbeitet werden. Das Netzwerk arbeitet dazu mit forschungserfahrenen Wissenschaftlern zusammen.

Ansprechpartnerin für Interessenten ist Frau Dr. Jäger-Roman, Berlin
E-mail: jaeger-roman@snaifu.de

● Gesagt ist gesagt

„Wenn es schief geht, sind wir alle platt.“

*Dr. Werner Baumgärtner,
MEDI Baden-Württemberg zum HÄV
Zitiert nach Stuttgarter Zeitung 2.2.2009*

„Wer leicht Erkrankte zu Schwerkranken degradiert, um Geld dafür zu bekommen, handelt kriminell und gehört vor ein Gericht gestellt.“

*Gesundheitsministerin Ulla Schmidt zum
Diagnose-Tuning im Rahmen des Morbi-
RSA*

„Wir werden im Krankheitsfall selbstverständlich auch die Versicherten der Kassen behandeln, die sich gesetzwidrigerweise

weigern, mit uns Hausarztverträge abzuschließen. Aber leisten können wir uns deren Behandlung eigentlich nicht mehr, weil die Honorare dieser Kassen nicht einmal mehr kostendeckend sind. Deshalb freuen wir uns über jeden AOK-Patienten.“

*Presseerklärung des Hausärzterverbandes
Bayern vom 27. Januar 2009*

„Ich wusste, dass ein Desaster auf uns zukommt, sein Ausmaß aber haben wir nicht vorab erkannt.“

*Dr. Wolfgang Herz, KV-Vorstandsvize,
auf der VV der KV Baden-Württemberg
31. Januar 2009*

„Es geht nicht an, dass wir unsere Sorgen und Nöte den Patienten klagen, bevor wir sie versorgt haben. Die Patienten haben Vortritt beim Klagen.“

Ich denke, wenn wir diese doch recht einfache Höflichkeitsregel beachten, wird die Resonanz auf unser Klagen besser sein.“

*Dr. Michael Praetorius,
Kinder- und Jugendarzt, Freiburg*

Red.: ge

Familienpraxiskonzept – gemeinsam und Seite an Seite, dem Primärarzt eine tragende Zukunft geben

Das Verhältnis der Kinder- und Jugendärzte ist seit dem Hausarztvertrag in Baden-Württemberg angespannter denn je. Die Hausarztfraktion soll (bewusst?) vom Virus der Spaltung befallen werden. Dies dürfen wir nicht zulassen, besonders in Zeiten, wo die kollegiale Solidarität nötiger denn je ist.

Die Änderung des Vertragsarztrechts ab 2007 hat Rahmenbedingungen geschaffen, die nunmehr ihre lebenspraktischen Wirkungen entfalten. Der EBM 2009 bringt die Ärzteschaft bewusst nicht aus dem „Hamsterrad“ heraus. Wettbewerb bewirkt Veränderung, und ein Verharren in alten Gewohnheiten führt zwangsläufig zu unumkehrbaren Nachteilen. Bis zum 30.6.2009 müssen die Hausarztverträge der Krankenkassen ihre Wirkung entfalten.

In diesen Zeiten sollte ein kühler Kopf bewahrt werden. Die Diagnose ist gestellt. Es stellt sich die Frage nach der Therapie. Die Lösung kann nicht in einem Gegenüber einzelner Fachgruppen um Marktanteile liegen. Wenn der Kollege/die Kollegin nebenan schließt, steigen budgetbedingt die eigenen Einnahmen nicht unbeding, wohl aber die Arbeit, die Verantwortung und die Kosten.

Die Antworten sind mitunter einfach. Warum nicht zusammenarbeiten und das Nützliche mit dem Angenehmen verbinden? Das „Familienpraxiskonzept“ leistet dies. Der Allgemeinmediziner und der Pädiater finden sich in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) zusammen und ergänzen sich. Was wegfällt, sind Konkurrenzdenken, nachbarschaftliche Reibereien, Ängste und mindere Lebensqualität. Belohnt werden beide durch ein Zubrot, bessere Arbeitsbedingungen und wechselseitige Anerkennung.

Nicht verkannt werden dürfen die Unebenheiten, die ein solches Konstrukt mit sich bringt. Jeder Beteiligte muss sich im Klaren darüber sein, dass Kompetenzen geteilt oder abgegeben werden müssen. Es müssen Regeln vereinbart, eingehalten und Änderungen umgesetzt werden. Die Autoren verkennen nicht den Aufwand, das Konzept umzusetzen. Wir alle wissen

Am 29. November 2008 haben sich in Frankfurt/M Mitglieder des BVKJ (Arbeitsgemeinschaft Perspektiven in der Pädiatrie) mit Mitgliedern der DEGAM getroffen, um neue Formen der Zusammenarbeit zwischen Allgemeinärzten und Kinder- und Jugendärzten auszuloten. In diesem Rahmen stellte Herr Dr. Hans-Juergen Merkel die Familienpraxis Oggersheim vor.

um die Spezifika des ärztlichen Innenlebens. Die alleinige Kontrolle erlischt. Oft sind es intangible Elemente, die unser Handeln leiten. Trotzdem und in vollem Bewusstsein dieses Umstands, kann das Konzept „Familienpraxis“ erfolgreich sein.

Der Vertragsarzt findet sich dabei in einem „mitnehmenden System“, das als lokales Netz fungiert. Die gestalterische Einflussnahme ist damit gewährleistet. Die Fachleute aus Marketing, Abrechnung und Betriebswirtschaft arbeiten transparent für alle Kollegen. Die Vertragsärzte kontrollieren und haben das letzte Wort - aber auch die wirtschaftliche Verantwortung. Die Familienpraxis-Gruppe sieht Schwerpunkte nicht nur im Aufbau einer Kooperation selbst, sondern fungiert pluripotent. Sowohl abgabewillige Kollegen, als auch beitretende freiberufliche Vertragsärzte finden sich genauso wieder, wie die junge Kollegin mitten im Familienmanagement, die Teilzeit arbeiten möchte. Selbst der Kollege ohne unternehmerischen Verantwortungswillen findet seine Heimstatt. So sammeln sich unter dem Dach der „Familienpraxis“ vielfältige Interessen, deren gegenseitige Abwägung die „Steuerungseinheit“, die das Ganze im Blick hat, überwacht.

Die sogenannte Steuerungseinheit, zu 50 Prozent in ärztlicher Hand, wird geleitet von einem kaufmännischen Geschäftsführer.



rer. Der zweite Gesellschafter ist praktizierender Facharzt mit rund 20 jähriger Berufserfahrung und ausgebildeter Gesundheitsökonom. Hieraus gestaltet die Steuereingehenseinheit, in unserem Falle die BKM GmbH, mit Sitz in Brandis bei Leipzig, zentral die Strategieplanung, Verwaltung, Marketing und die Netzwerkbildung. Die Kosten für die in Rede stehenden Leistungen sind vergleichsweise günstig und werden schlanker, je mehr Kollegen sich zusammenfinden. Betriebsstätten und Arzt-sitze liegen als Bemessungsgrundlagen in fairer Weise zugrunde.

Netze bilden bedeutet auch die Realisierung materieller Vorteile des einzelnen ambulant tätigen Arztes im Gegensatz zum Krankenhaus. Dies kann auch im gegenseitigen Einvernehmen auf Augenhöhe gelingen, da die Interessen durchaus zur Deckung gebracht werden können. Sektorenübergreifend kann Weiterbildungspotential genutzt und Weiterbildungsassistenten können im Ringverbund beschäftigt werden. Die Gestaltungsspielräume bleiben in vertragsärztlicher Hand. Individuelle Potenziale durch lokales Wachstum

und Alleinstellungsmerkmale können von allen Kooperationspartnern genutzt werden und münden eventuell in wirtschaftlich wie medizinisch sinnvolle IV-Verträge. Parallel entsteht ein positiver Kooperationsdruck auf die restverbliebenen Kolleginnen und Kollegen.

Fremdkapital bleibt weitgehend außen vor. Zumindest lassen sich die Kapitalgeber kontrollieren im Streben nach Zugriff auf die Gesundheitsmarktpotenziale, deren Wachstumspotenzial sich im zweifeligen Bereich bewegt – sicherlich eine Ausnahme in diesen unruhigen Zeiten des Wandels.

Der Kreis schließt sich wieder hin zur Ausgangsproblematik. Das fachübergreifende Element der drei maßgeblichen Hausarztfraktionen (Allgemeinmedizin, hausärztliche Innere Medizin und Kinder- und Jugendmedizin) bildet die Grundlage des Familienpraxis-Systems. Die Fachärzte, so sie sich in kollegialer Kooperation einfinden, werden durch den Wegfall der Bedrohung durch die Kliniken (§ 116b SGB V) belohnt. Ihre Kompetenz wird das System weiter befruchten, in einer Zeit, die

die 2. Facharztschiene bereits als Vergangenheit ansieht. Man bedenke hier, dass die medizinische Erfahrung und die damit verbundene Kompetenz sich aus wirtschaftlichen Gründen weiter in Richtung ambulant tätiger Kollegen verschieben. So ergibt sich hier ein Additionseffekt (doppelter Trutzburgeffekt der Niedergelassenen).

Die Zukunft bleibt dezentral. Wir müssen sie nur gestalten. Es ist die gut durchdachte und gut geführte kollegiale Kooperation ambulant tätiger Ärzte, die kostengünstig, im Verbund und bei hoher Qualität den Bürgern eine zukunftsweisende vertragsärztliche Versorgung gewährleisten kann.

Dr. med. Hans-Juergen Merkel
Facharzt Allgemeinmedizin
Facharzt Kinder- und Jugendmedizin
Adolf-Diesterweg-Str. 53
67071 Ludwigshafen/Rhein

Jochen Buley
Geschäftsführender Gesellschafter BKM GmbH
Nordstraße 52
04821 Brandis/Sachsen

Im Internet: www.lu-familienpraxis.de

Red.:ge

HAPPY RAIL

- verbilligte Anreise bei Zimmerbuchung -
www.sgkj2009.de

EINLADUNG zur

SGKJ



58. Jahrestagung Süddeutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin gemeinsam mit der Süddeutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie



Kongresszentrum
Karlsruhe

15. - 17. Mai 2009

Tagungspräsident: Prof. Dr. J. Kühr



Serie:
**Aus der
Sprechstunde**



Gerrit Tigges

Frage: Ich beschäftige in meiner Kinderarztpraxis eine Helferin, die nicht als medizinische Fachangestellte ausgebildet worden ist. Kann bzw. darf ich an diese Mitarbeiterin beispielsweise Blutabnahmen delegieren?

Grundsätzlich hängt die Delegationsmöglichkeit von der persönlichen Leistungsfähigkeit der entsprechenden Mitarbeiterin ab. Die Empfehlung der Bundesärztekammer zur persönlichen Leistungserbringung (DÄBl. v. 10.10.2008, A 2173) enthält hierzu folgende Vorgabe:

„Verfügt der Mitarbeiter, an den der Arzt delegieren will, nicht über eine abgeschlossene Ausbildung in einem Fachberuf im Gesundheitswesen, die die zu delegierende Leistung einschließt, muss der Arzt zunächst prüfen, ob der Mitarbeiter aufgrund seiner allgemeinen Fähigkeiten für eine Delegation der betreffenden Leistung geeignet scheint (Auswahlpflicht). Sodann muss er ihn zur selbständigen Durchführung der zu delegierenden Leistung anlernen (Anleitungspflicht). Auch nachdem er sich davon überzeugt hat, dass der Mitarbeiter die Durchführung der betreffenden Leistung beherrscht, muss der Arzt ihn dabei regelmäßig überwachen, bevor er sich mit der Zeit wie bei einem Fachberufsangehörigen auf Stichproben beschränken kann (Überwachungspflicht). Sofern ein Mitarbeiter bereits durch einen anderen Arzt angeleitet wurde, darf der delegierende

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.

Arzt eher aus einer regelmäßigen Überwachung zu einer stichprobenartigen Überprüfung übergehen“

Gemäß dieser Empfehlung kommt es grundsätzlich also nicht allein auf die rein formale Qualifikation der Mitarbeiterinnen im Sinne einer medizinischen Fachangestellten an. Entscheidend sind vielmehr die individuellen Fähigkeiten der Mitarbeiterin, wovon sich der Arzt entsprechend überzeugt haben muss.

Die Empfehlung der Bundesärztekammer enthält zur Frage von Blutentnahmen, Injektionen und Infusionen folgende Aussage:

- Kapillare und venöse Blutabnahmen können an entsprechend qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter delegiert werden.
- Subkutane und intramuskuläre Injektionen können an entsprechend qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter delegiert werden. Dies umfasst auch Impfungen.
- Intravenöse Injektionen und Infusionen können an entsprechend qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter delegiert werden, wenn sich der Arzt von der durch Ausbildung und Erfahrung gewonnenen spezifischen Qualifikation in der Punktions- und Injektionstechnik überzeugt hat und wenn er sich in unmittelbarer Nähe aufhält.

Diese Abstufung ist insofern verständig, als mit steigendem Risiko auch steigende Anforderungen an

die Qualifikation der nichtärztlichen Mitarbeiterin gestellt werden müssen.

Stets setzt die Delegation einer – dem Grunde nach ärztlichen – Tätigkeit an eine nichtärztliche Mitarbeiterin die fachliche Qualifikation, d.h. ausreichendes Wissen und hinlängliche Erfahrung der Mitarbeiterin voraus, wovon sich der delegierende Arzt persönlich zu überzeugen hat. Damit einhergehend trifft den Arzt die Pflicht, seine nichtärztlichen Mitarbeiter in geeigneter Weise und entsprechend dem Grad ihrer Zuverlässigkeit zu überwachen und im Falle von Komplikationen unmittelbar eingreifen zu können.

Für Fehler der nichtärztlichen Mitarbeiter haftet der Arzt gegenüber den Patienten nach den gesetzlichen Vorschriften (§§ 276, 278, 831 BGB). Auch und gerade vor diesem Hintergrund ist eine gründliche Auswahl und Überwachung der Mitarbeiter unabdingbar.

Für den Einsatz der nichtärztlichen Mitarbeiterin kommt es also auf deren individuelle fachliche Fähigkeiten und nicht alleine auf die formelle Qualifikation an. Hat sich der Arzt von der spezifischen Qualifikation der Mitarbeiterin im Hinblick auf Blutentnahmen überzeugt, kann diese Tätigkeit, begleitet von routinemäßigen Kontrollen, grundsätzlich an die Mitarbeiterin delegiert werden.

Red.: ReH

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

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



Versorgung von kleinen Frühgeborenen in Deutschland Ist Masse gleich Klasse?



PD Dr. med.
Andreas Trotter

Mit Wirkung vom 01.01.2006 wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eine Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen verabschiedet (<http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/229/>). Darin werden 4 Stufen der neonatologischen Versorgung charakterisiert. Ein Perinatalzentrum Level 1 ist dabei für die Versorgung von Frühgeborenen mit höchstem Risiko (<1250 g Geburtsgewicht [GG]) und/oder <29+0 Schwangerschaftswochen [SSW]) zuständig. Personelle bzw. strukturelle Voraussetzungen sind dabei z. B. eine 24h-Arztpräsenz auf der neonatologischen Intensivstation oder eine Wand-an-Wand Lokalisation von Entbindungsbereich und neonatologischer Intensivstation.

Viele Kliniken haben große Anstrengungen unternommen, die Strukturvorgaben des G-BA zu erfüllen um so als Perinatalzentrum Level 1 agieren zu können. Die auch schon vor dem Beschluss geführte Diskussion über Mindestmengen in der Versorgung von kleinen Frühgeborenen (50/Jahr mit GG <1500 g) wurde angeheizt und zwischen Neonatologen unterschiedlich großer Kliniken fortgeführt. So wurde von den Vertretern der großen Kliniken medienwirksam dargestellt, dass sehr kleine Frühgeborene eine schlechtere Überlebenschance hätten, wenn Sie nicht an großen Zentren versorgt würden. Es sei wissenschaftlich belegt, dass es einen direkten Zusammenhang zwischen der Anzahl von Risikogeburten in einer Klinik und den Behandlungserfolgen gibt. Daraus wurde arbiträr die Forderung formuliert, dass mindestens 50 Frühgeborene <1500 g GG pro Jahr an einem Zentrum versorgt werden sollten. Den kleineren Kliniken wurde vorgeworfen, sie würden vorwiegend aus finanziellen Gründen verantwortungslos dieses Patientenkollektiv versorgen, da die Erlöse für die Versorgung hoch sind.

In verschiedenen Publikationen wird ein positiver Zusammenhang zwischen der Zahl der an einem Zentrum versorgten Frühgeborenen und der Ergebnisqualität hinsichtlich Morbidität und Mortalität berichtet (1-3). Auch in einer erst kürzlich erschienenen Publikation (4) scheint sich dieser Zusammenhang zu bestätigen. Morbidität und Mortalität von Frühgeborenen < 32 SSW der fünf größten Perinatalzentren in Baden-Württemberg wurden mit den Ergebnissen der restlichen baden-württembergischen Zentren verglichen (3). Frühgeborene unter 26 SSW zeigten eine erhöhte Mortalität und Rate an Hirnblutungen Grad 3 und 4, wenn sie nicht an einem der 5 großen Zentren versorgt wurden. Eine Risikoadjustierung der Daten, die durchaus zu Verschiebungen der Ergebnisse führen kann (5), fand nicht statt. Die Daten wurden aus der Neonatalerhebung entnommen, deren

Datenqualität jedoch fragwürdig ist (in 84% der Fälle falsche Datensätze [6]). Als Konsequenz wird die Dateneingabe durch so genannte „Research Nurses“ favorisiert (6). Die in der Subgruppenanalyse für Frühgeborene unter 26 SSW gefundenen Outcome-Unterschiede in der aus Baden-Württemberg zitierten Studie (3) müssen damit kritisch hinterfragt werden, insbesondere auch weil sie vor der Umstrukturierung nach G-BA Beschluss erhoben wurden. Eine weitere wesentliche Einschränkung dieser Ergebnisse ergibt sich aus der Diskrepanz zwischen der Perinatalstatistik und Neonatalstatistik. So wurden für das Jahr 2007 in Baden-Württemberg insgesamt 291 Frühgeborene mit einem GG <750 g im Rahmen der Perinatalstatistik in den Perinatalzentren oder perinatalen Schwerpunkthäusern erfasst, in der Neonatalstatistik des gleichen Jahres finden sich jedoch nur 230 Frühgeborene mit einem GG <750 g. Das bedeutet, dass 21% der Frühgeborenen mit GG < 750 g bei Auswertungen zur Mortalität nicht berücksichtigt sind. Das erklärt sich zum Teil daraus, dass ein Frühgeborenes, das im Kreissaal verstorbt, nicht regelhaft in der Neonatalstatistik geführt wird.

Um die Frage zu klären, ob es tatsächlich einen Zusammenhang zwischen Versorgungsmenge und Ergebnisqualität gibt, beauftragte der G-BA das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). In ihrem Abschlussbericht vom 14.08.08 kommt das IQWiG zum dem Schluss, dass es keine Studien gibt, die konzipiert waren, explizite Schwellenwerte für Mindestmengen zu ermitteln. Aussagen über spezifische Schwellenwerte haben aufgrund der vorliegenden Datenlage keine sichere wissenschaftliche Basis (kompletter Bericht unter <http://www.iqwig.de/index.681.html>). Dies wird auch durch eine Analyse der Mortalitätsdaten von 332 Kliniken des Vermont Oxford Networks deutlich (7), in der die Anzahl der behandelten Frühgeborenen lediglich 9% der Variabilität der Morta-

lität erklärte. Die Studie zeigt anschaulich dass kleinere Zentren auch bessere Ergebnisse als größere Zentren haben können (7), Masse ist eben nicht gleich Klasse.

Der Stellenwert von Strukturvorgaben für die Versorgungsqualität lässt sich aus zwei konsekutiven Publikationen ableiten. In der ersten Publikation von Field et al. (8) werden große und kleine Zentren verglichen. Frühgeborene ≤ 28 SSW überlebten häufiger in großen Zentren. Derselbe Autor hat in einer zweiten Analyse zeigen können, dass nach Verbesserung der Struktur in den kleinen Zentren kein Unterschied mehr hinsichtlich der Mortalität nachzuweisen war (9). Die verwendeten Daten wurden durch eine „Research Nurse“ eingegeben, d.h. es kann von einer soliden Datenqualität ausgegangen werden. Die Bedeutung struktureller Randbedingungen zeigt auch eine Publikation von Tucker (10). Die Mortalität stieg bei vermehrter Auslastung des Personals. Eine zu starke Zentralisierung auf wenige große Zentren könnte durch die vermehrte Aus- bzw. Überlastung des Personals auch zu einem schlechteren Outcome führen.

Nach einer australischen Studie kamen etwa 20% der Frühgeborenen <29 SSW nicht in Perinatalzentren der höchsten Versorgungsstufe zur Welt, durch organisatorische Maßnahmen konnte diese Rate auf 15% reduziert werden (11). Bei angenommen 700.000 Geburten pro Jahr in Deutschland haben ca. 1% also 7.000 Frühgeborene ein Gestationsalter <29 SSW. Gerade in ländlichen Regionen wird es auch bei optimierten organisatorischen Maßnahmen nicht immer möglich sein, Risikoschwangerschaften rechtzeitig in weit entfernt liegende Zentren zu transferieren. Wenn künftig von Kostenträgern und großen Institutionen eine Politik betrieben wird, die eine strukturell gesicherte Versorgung dieser Kinder nur noch in wenigen Zentren sicherstellt, muss damit gerechnet werden, dass 15% der Frühgeborenen (1050 Kinder/Jahr) nicht mehr qualifiziert versorgt werden und damit ein deutlich schlechteres Outcome haben.

Nicht zu vernachlässigen sind auch die psychosozialen Belastungen, die entstehen, wenn sich eine Mutter über viele Wochen in einem weit entfernten Zentrum getrennt vom Rest der Familie aufhalten muss, um bei ihrem frühgeborenen Kind sein zu können.

Fazit

Der Beschluss des G-BA, zuletzt aktualisiert am 18.12.08, definiert Strukturvorgaben, die die Qualität der Versorgung von Früh- und Neugeborenen sicherstellen sollen. Eine wissenschaftliche Basis für einen kausalen Zusammenhang zwischen Versorgungsmenge und Ergebnisqualität existiert bisher nicht. Basierend auf Beobachtungen, die den positiven Stellenwert von Strukturverbesserungen belegen, sollte zunächst die Ergebnisqualität unter Einhaltung und Prüfung der Strukturvorgaben des G-BA evaluiert werden. Solange jedoch nicht von einer soliden Datenqualität der Neonatalerhebung ausgegangen werden kann und solange die Ergebnisse von Perinatal- und Neonatalstatistik nicht konsistent sind, können keine validen Daten zur Mortalität der sehr kleinen Frühgeborenen erwartet werden. Bei der Bedarfsplanung der neonatologischen Versorgung in Deutschland müssen im Hinblick auf eine flächendeckende Versorgung regionale Besonderheiten berücksichtigt werden, um allen Frühgeborenen gute Überlebenschancen zu sichern.

Literatur beim Verfasser und im Ordner KINDER- UND JUGENDARZT in PädInform.

PD Dr. med. Andreas Trotter
Hegau-Bodensee-Klinikum Singen
Virchowstr. 10
78224 Singen
Tel. 07731/892800
E-Mail: andreas.trotter@hbh-kliniken.de

Red.: ge

Recht aktuell

Abmahnung entfernen

Glück gehabt: Nachdem ihr zwei schwerwiegende Behandlungsfehler vorgeworfen wurden, erhielt eine Krankenhausärztin von ihrem Arbeitgeber eine Abmahnung. Da sie diese in der vorliegenden Form ungerecht fand, beantragte sie deren Entfernung aus der Personalakte. Zu Recht, befand später das hinzugezogene Landesarbeitsgericht. Zumindest eines der ihr vorgeworfenen Vergehen stellte sich als nicht genau recherchiert und widersprüchlich heraus. Das reichte, um die Abmahnung aus der Akte nehmen zu lassen. Selbst wenn die Abmahnung



nur teilweise inhaltlich unrichtige ist oder unklare Aussagen enthält, ist die Abmahnung nicht hinzunehmen (LAG Rheinland-Pfalz, Az.: 7 Sa 68/08).

Quelle: Arag

Red: ReH

Serie:
Praxis und
Wirtschaft

Liquiditätsfallen

Häufige Fehler die bei Ärzten zu Liquiditätsschwierigkeiten führen



Jürgen Stephan

Raus aus den Schulden – oder besser erst gar nicht rein.

In loser Folge gibt ab dieser Ausgabe Jürgen Stephan, der als Unternehmensberater Arztpraxen berät, Tipps für ein erfolgreiches Praxismanagement.

Die am häufigsten vorkommenden finanziellen Engpässe haben keinen Bezug zu einer unwirtschaftlichen Praxisführung, sondern sind überwiegend „hausgemacht“. Dabei ließen sich mit nur geringem Aufwand viele Fehler und die daraus resultierenden Probleme vermeiden. Wie man typische „Stolpersteine“ umgeht, soll nachfolgend exemplarisch dargestellt werden.

1. Mangelnde Abstimmung zwischen Abschreibungsdauer, betriebsgewöhnlicher Nutzungsdauer und der Finanzierungslaufzeit von Investitionen führt immer zu einer ungleichmäßigen Liquiditätsbelastung in den einzelnen Jahren. Dazu folgende Beispiele:

Beträgt die gewählte Abschreibungsdauer fünf Jahre, die erwartete Nutzungsdauer dagegen zehn Jahre und wird deshalb eine Finanzierung über zehn Jahre gewählt, so ist die Liquiditätsbelastung in den ersten fünf Jahren erfreulich niedrig, jedoch in den folgenden fünf Jahren entsprechend höher. Verschlimmern kann sich diese Situation, falls wegen technischer Innovation bereits im sechsten Jahr ein Geräteaustausch erforderlich ist. Dann werden für die folgenden vier Jahre bereits zwei Geräte finanziert, tatsächlich genutzt wird aber nur ein Gerät. Umgekehrt verhält es sich natürlich genauso, das gilt insbesondere für Investitionen, die nicht finanziert werden sondern aus der „Kasse“ oder mittels Kontokorrentkredit bezahlt werden. Dabei fällt die gesamte Liquiditätsbelastung im Jahr der Investition an, obwohl die entsprechenden Abschrei-

bungsgegenwerte erst über einen Zeitraum von z.B. fünf Jahren zur Verfügung stehen.

2. In den ersten Jahren nach Niederlassung werden oft keine Steuern gezahlt, (volle Abschreibung, Anlaufverluste und „späte“ Abgabe der Steuererklärung) und es unterbleibt die erforderliche Rückstellung von liquiden Mitteln. Meist tritt dieser Fall im fünften oder sechsten Jahr, und dann auch noch in Verbindung mit nicht mehr oder nur noch in geringem Umfang vorhandener AfA aber andauernder Tilgung (siehe oben), ein. Dies gilt im Übrigen auch im laufenden Praxisbetrieb bei stark schwankenden Ergebnissen. z.B:

Jahr	Über- schuss	Abgabe StErk	Steuern
1	- 30.000,-	2	0,-
2	+ 50.000,-	3	0,-
3	+ 150.000,-	5	0,-
4	+ 170.000,-	6	0,-
5	+ 190.000,-	7	70.000,-
6	+ 190.000,-	8	55.000,-

usw.

Die Anlaufphase ist überwunden, man hat es geschafft, könnte man meinen. Wer jedoch für Steuernachzahlungen und Steuervorauszahlungen kein „Polster“ angelegt hat, wird spätestens beim Eingang der Steuerbescheide seine Situation als höchst unerfreulich empfinden. Dies umso mehr, wenn man nach den beiden ersten schweren Jahren den Lebensstandard der Liquiditätssituation der beiden folgenden Jahre angepasst hat. Eine dann noch einige Jahre andauernde Tilgung aus bereits versteuertem Einkommen (bei

nicht mehr vorhandener Abschreibung) vergrößert nur noch das Dilemma. Ähnlich verhält es sich in späteren Jahren, wenn bedingt durch Sondereinflüsse die Ergebnisse stark schwanken, und nach zwei bis drei Jahren die Steuernachzahlung eines „guten“ Jahres in einem Jahr anfällt, das liquiditätsmäßig unterdurchschnittlich ausfällt. Häufig werden dann Steuerzahlungen per Kredit finanziert, d.h. die Verschuldung steigt wieder anstatt zu sinken, die Negativspirale beginnt sich zu drehen.

3. Bei Praxisübernahmen, bei denen in der Regel gleich vom ersten Tag an mit einem – gegenüber der Neuniederlassung – relativ guten Einkommen gerechnet werden kann, wird die Liquiditätssituation durch folgende Umstände erheblich verzerrt: Undifferenzierte Finanzierung der erworbenen Wirtschaftsgüter über einen viel zu langen Zeitraum. Der Übernahmepreis für eine Praxis setzt sich zum größeren Teil aus dem so genannten ideellen Wert (good will) und nur zu einem geringeren Teil aus dem Zeitwert für das Inventar zusammen. Es handelt sich also überwiegend um kurzlebige Investitionsgüter wie gebrauchte Geräte und Einrichtung sowie den ideellen Wert, die zudem auch kurzfristig abgeschrieben werden. Der ideelle Wert verflüchtigt sich bei wirtschaftlicher Betrachtungsweise innerhalb eines Zeitraums von zwei bis vier Jahren. Der ideelle Wert ist ja (zumindest für Arztpraxen wegen der Arzt-Patientenbindung) gerade nichts Ideelles sondern etwas sehr Materielles, nämlich der in Euro be-

zifferte „Startvorteil“ gegenüber einer Neuniederlassung. Der Übernehmer zahlt also für einen Teil des ansonsten erst wesentlich später zu erwartenden Einkommens oder zur Vermeidung sonst fälliger Anlaufverluste an die Person, die ihm solche vorteilhaften Startbedingungen – durch Praxisübergabe oder Beteiligung – eröffnet. Daraus folgt, dass ideelle Werte maximal über einen Zeitraum von fünf Jahren zu finanzieren sind. Erforderliche Neuinvestitionen (Geräte oder Inventar) noch während der Laufzeit der Finanzierung für die Übernahme führen dann wieder zu der schon beschriebenen Doppelbelastung.

4. Oft werden Fehler auch im privaten Sektor gemacht. Dies liegt zum

Teil an falscher Einschätzung oder fehlender Übersicht des Liquiditätsbedarfs im privaten Bereich einschließlich der Vorsorge. Weder im Praxis- noch im Privatbereich wird eine vorausschauende Liquiditätsplanung durchgeführt. Aus diesem Grund werden auch bei schleichendem Anstieg der Verschuldung, längerfristiger Inanspruchnahme von Kontokorrentkrediten – alles Alarmzeichen –, wegen der fehlenden Planung keine Gegensteuerungsmaßnahmen ergriffen. In „guten“ Jahren sicher in bester Absicht eingegangene freiwillige Verpflichtungen zur Altersvorsorge oder sonstigen Kapitalbildung z.B. in Immobilien, werden im Zeitablauf nicht kritisch überprüft, sondern als unabänder-

lich akzeptiert. Dies führt dann zum „sparen auf Kredit“. Es leuchtet ein, dass dies nicht gut gehen kann. Häufig wird die eigene Situation auch nur deshalb als negativ empfunden, weil versucht wird, zu schnell zu tilgen oder Kapital zu bilden. Wie im Praxisbereich, so sollten daher auch die Ausgaben im privaten Bereich einer regelmäßigen Kontrolle unterzogen werden.

Jürgen Stephan
SKP Unternehmensberatung
Altes Stadion 12
41516 Grevenbroich
Tel. 02181 / 1608133

Red: ReH

Judith-Esser-Mittag-Preis

Ausschreibung 2009 des „Judith-Esser-Mittag-Preises“ der Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V. für Arbeiten zu allen Aspekten der Subspezialität

Die beiden besten wissenschaftlichen Arbeiten auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendgynäkologie werden von der AG Kinder- und Jugendgynäkologie e. V. mit dem Judith-Esser-Mittag-Preis ausgezeichnet.

Der 1. Preis ist mit € 4.000,00 und der 2. Preis mit € 2.500,00 dotiert.

Teilnahmeberechtigt sind alle Ärzte/Innen mit einer deutschen Approbation. Neben Arbeiten von einzelnen Autoren sind auch solche von Arbeitsgruppen zugelassen. Bei letzteren wird der Ausweis der Einzelleistungen in den Schriften vorausgesetzt.

Die in deutscher Sprache verfassten Arbeiten dürfen nicht älter als 18 Monate, nicht veröffentlicht und noch nicht mit einem Preis ausgezeichnet worden sein.

Nach schriftlich bestätigtem Eingang einer Arbeit beim Vorstand der AG ist sie für den/die Verfasser/in zur Veröffentlichung frei. Der Vorstand der AG bestellt die Mitglieder eines Gutachterkollegiums. Dessen Entscheid ist unanfechtbar, der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Arbeiten können ab sofort eingereicht werden an die

Arbeitsgemeinschaft Kinder- und Jugendgynäkologie e.V.
z.H. Herrn Prof. Dr. med. Helmuth G. Dörr
Klinik mit Poliklinik für Kinder und Jugendliche
Loschgestraße 15, 91054 Erlangen

Einsendeschluss ist der 15. Juli 2009



NEU
bereits ab November 2007!

Kongress Kalender Medizin 2008/2009

Topaktuelle Termine aus erster Hand!

Optimale, detaillierte Planungshilfe für ein ganzes Kongressjahr mit Vorschau auf 2009 als Buch inklusive CD-ROM und Internet-Zugang. Umfassende Angaben über ca. 4000, in der täglich aktualisierten Online-Version bis zu 7000 Kongressen und Fortbildungstagungen.

Maßgeschneiderte Planung nach Ihren Wünschen – Der Kongress Kalender Medizin ist in fünf Ausführungen erhältlich.

Nationale und internationale Veranstaltungen aus allen medizinischen Fachbereichen: Titel, Termin und Ort, wissenschaftliche Leitung, Organisation, Auskunftsstelle, Kongress-Sprache, Ausstellungsmöglichkeiten. Verzeichnisse: chronologisch, nach Fachgebieten, nach Tagungsorten. Die Internet-Version bietet weitere Suchmöglichkeiten, z. B. nach Themen und Ländern.

Einfach die gewünschte Version des Kongresskalenders ankreuzen und gleich per Fax bestellen: 07433 952-259



Ja, ich will von den Vorteilen des neuen Kongress Kalenders Medizin 2008 profitieren und bestelle:

- VOLL-VERSION**
(Buch, CD und Internetzugang für 2008)
Titelnummer. 103207, € 45,80
- MAXI-VERSION**
(Buch, CD, Internetzugang und E-Mail-Agent 2008 bis 2012;
gültig bis 31.12.2008) Titelnummer 100208, € 76,80
- BASIS-VERSION**
(Buch mit Daten 2008) Titelnummer 102007, € 25,80
- ONLINE-VERSION**
(Internetzugang und E-Mail-Agent 2008 bis 2012;
gültig bis 31.12.2008) Titelnummer 105208, € 45,80
- eBook für PDA**
Daten für 2008; Titelnummer 106207, € 25,80

Praxisstempel:	WA 161 911

Datum Unterschrift

Spitta Service:

Um die Neuauflage des Kongress Kalenders Medizin brauche ich mich nicht zu kümmern. Ich nehme automatisch am Abbonnentenservice teil und bleibe immer auf dem aktuellen Stand. Wenn ich keine weiteren Lieferungen mehr wünsche, teile ich dies telefonisch oder schriftlich bis 30.09.2007 mit.



Spitta Verlag GmbH & Co. KG
Ammonitenstraße 1
72336 Balingen
Telefon 07433 952-0
Telefax 07433 952-111
kundencenter@spitta.de
www.spitta.de



Bezahlbar oder menschlich?

Wie viel Humanität kann sich das Gesundheitssystem der Zukunft leisten?

Bild: akg-images

„Betriebswirtschaft und Humanität sollten verknüpft sein“ – das forderte der Sozialmediziner Friedrich-Wilhelm Schwartz, Professor für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover, bei der 44. Jahrestagung für Sozialmedizin und Prävention in der Medizinischen Hochschule Hannover. Er trete ein für ein angemessenes Verhältnis zwischen Management und Versorgung im Gesundheitswesen. Denn „Gesundheit sei nicht nur eine Frage der Versorgung“, sagte Schwartz.

Erst in jüngster Zeit findet die Versorgungsforschung größere Beachtung durch die Politik und Entscheidungsträger im Gesundheitswesen, hatte Professor Dr. Bernt-Peter Robra, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) zuvor erklärt. Dabei sei für die Versorgungspraxis neben der medizinischen Versorgung sowie der Verzahnung von Kranken- und Pflegeversicherung auch die präventive Versorgung durch Ärzte, Krankenkassen und den öffentlichen Gesundheitsdienst bedeutend.

„Eine Kernfrage ist, wie privat oder wie öffentlich ein Gesundheits-

wesen zukünftig finanziert oder gesteuert wird und wie der Zugang zur Versorgung für alle Menschen gewährleistet werden kann“, sagte Schwartz. Betriebswirtschaftliches Management sollte mit einer humanen Versorgung und wissenschaftlicher Weiterentwicklung angemessen verknüpft werden, hieß es.

Der Arzt als Unternehmer, der Patient als Kunde

Als der Nationale Ethikrat das Thema öffentlicher beziehungsweise privater Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen 2004 beriet, waren nicht alle Vorträge zum Thema direkt am Ausgleich huma-

ner Behandlung und betriebswirtschaftliche Notwendigkeit interessiert, wie Schwartz in Hannover vorgebracht hatte. So stellte Eugen Münch, heute Aufsichtsratsvorsitzender der Rhönkliniken AG, provokant dem Ethikrat die Frage: „Bedeutet nicht ein künstliches Hüftgelenk für den 60-Jährigen die gleiche Mobilität wie ein Moped für den 16-Jährigen?“ Was ist wichtiger – die Star-OP eines 85-Jährigen oder die Hilfe für ein verunglücktes Kind? Die Stoßrichtung dieser Fragen war klar: Was soll das Solidarsystem an Extras noch erstatten und was muss als Luxus gelten, den der Patient aus der eigenen Tasche zahlen muss?



Christian Beneker

Bild: Die heiligen Ärzte Cosmas und Damian ersetzen einem Mann sein durch Krebs zerfressenes Bein durch das gesunde Bein eines Mohren. Fra Angelico, 1387–1455. San Marco in Florenz.

Münch plädierte in diesem Zusammenhang für eine Rückkehr zum Ursprung der Sozialversicherung. Sie sei lediglich „auf die Nothilfe ausgerichtet“ gewesen, argumentierte der Klinik-Konzern-Chef, also auf den eigentlich seltenen Fall etwa eines verunfallten Arbeitnehmers, der eine Familie zu ernähren hatte. Da sei die kostenlose Behandlung als „ethische Vorfahrtsregel gesellschaftlich anerkannt gewesen, nach dem Motto: ‚das könnte mir auch passieren,‘“ erklärte Münch. Die wirtschaftliche „Verwerfungswirkung“ indessen sei gering gewesen, „weil der Prozentsatz der Umverteilung, die dadurch will-

mer, der Patient ist der Kunde. Einzig für 15 Prozent der medizinischen Leistungen, denen Münch den Nothilfestatus zuerkennt, möge das Solidarsystem zahlen. Über alle anderen entscheidet der Geldbeutel verbunden nach dem Wunsch nach Luxus. Ohnehin – und hier dürfte Münch richtig liegen – habe sich „der niedergelassene Arzt längst der Ökonomie mit Ressourcenoptimierungsmodellen – allerdings im Wesentlichen zum Zwecke der Maximierung eigener Interessen – verschrieben“. 85 Prozent der Leistungen würden von den Niedergelassenen schon längst „konsumbedingt“ erbracht, sagte Münch. Nicht die Ökonomie gefährde die Ethik in der Medizin, erklärte der Kliniken-Chef, sondern „die Medizin gefährdet ihre eigenen Grundsätze, wenn sie die Ökonomie ignoriert. Die Bedingung für Ethik ist, dass man sie sich leisten kann.“ Deshalb sprach sich Münch für eine Art Zwei-Klassen-Ethik aus. „Die Quintessenz aller Veränderungen, denke ich, ist, dass wir zu einer Teilung dieses ethischen Anspruchs kommen.“

Entsprechend des ethischen und des ökonomischen Bereichs medizinischer Versorgung brauche die Gesellschaft auch zwei unterschiedliche „Arzt-Typen“, meinte Münch: den altruistischen Arzt, der die Notfallpatienten mit gebrochenen Gliedern oder Krebs behandelt, und den Medizin-Unternehmer, der ärztliches Know How an Wohlhabende verkauft, etwa um ihre Sehkraft zu verbessern.

Vollkommen anders argumentierte Professor Klaus Bergdoldt, Direktor des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin der Universität Köln. Als „Aktiengesellschaften geführten Kliniken“ führten zur „Verzwecklichung des Arztberufes“ in den Kliniken: „Die Ärzte werden zu passiven Teilnehmern eines ökonomischen Systems, das bereits zu vielen Menschen schadet.“ Im Übrigen kritisierte er die Haltung der privaten Klinikketten, die vor allem die lukrativen Operationen vornehmen. Bergdoldt: „Aber das geht eben – wir müssen das ja in einer Gesamtrechnung sehen – auf Kosten unzähliger anderer Patienten, die wirklich

schwer krank sind, multimorbid, mit vielen verschiedenen Krankheiten, älter, sklerotisch (...). Das „leichte Einkommen“, das Sie praktisch dem Gesamtsystem wegnehmen, fehlte den wirklich Bedürftigen. Besonders beklagte Bergdoldt eine „schleichende Zerstörung“ der Arzt-Patienten-Beziehung.

Ethik braucht Kriterien

Das Dilemma des Vortrags von Münch machte auch eine andere Frage aus dem Kreis des Rates deutlich: „Wie lange geben Sie denn dem Erhalt des Augenlichtes einer Person Vorfahrt und wann stellen Sie dann das Stopp-Schild auf und sagen: ‚Nein, Sie werden jetzt blind?‘“ fragte Jurek Schultz aus dem Kreis der Zuhörer. Auch der SPD-Politiker Hans-Jochen Vogel fragte, ob die Frage nach Erblindung oder Star-OP nur eine Frage der Lebensqualität sei, und „nicht etwas, was nach bisheriger Auffassung für ein erträgliches und sozialverantwortetes Leben notwendig ist?“ Und wie werde bei alten Menschen entschieden oder bei behinderten Menschen?

Mit anderen Worten: Auch bei einer Trennung von Arztleistungen in ethisch notwendige Notfälle und ökonomisch mögliche Luxusleistungen kommt man um eine ethische Entscheidung nicht herum. Gemeinsame Kriterien solcher ethischen Entscheidungen blieben die Diskutierenden in dieser Sitzung schuldig.

Betriebswirtschaftliches Management sollte mit einer humanen Versorgung und wissenschaftlicher Weiterentwicklung angemessen verknüpft werden, hatte Professor Friedrich-Wilhelm Schwartz in Hannover erklärt. Dass die Steuerung durch die Mechanik der Ökonomie nicht automatisch billiger, besser und wirksamer sei, betonte Schwartz ebenfalls. „Im europäischen Vergleich der Anteile und Wirkungen privater und öffentlicher Finanzierung lassen sich derzeit zwei Schlussfolgerungen ziehen“, erklärte der Hannoveraner Professor. Erstens beanspruchen Gesundheitssysteme mit hohem Anteil an öffentlicher Finanzierung und Steuerung weniger Anteile am Bruttosozialprodukt und



Bild: Film „Es ist Mitternacht, Dr. Schweitzer“ (Frankreich 1952). Szene mit Jeanne Moreau und Pierre Fresnay

Bild: akg-images

kürlich und von außen nicht kontrollier- und steuerbar passierte, gering gewesen ist. Das heißt, die Gesellschaft tolerierte diese Form der Ressourceninanspruchnahme und wurde damit auch nicht überfordert.“ Heute dagegen seien viele Patienten an „gesundheitlicher Dienstleistung zur Hebung der Lebensqualität“ interessiert, so Münch. Die gesellschaftlichen Kosten seien im Gegensatz zu früher erheblich. Diesen Luxus-Leistungen sei deshalb der Vorrang der ethischen Entscheidung abzuerkennen, erklärte Münch der Kommission: „In dem Maße, in welchem die vom Patienten beanspruchten Leistungen – ich nenne das: – von solidargeneigten Formen in konsumgeneigte übergingen, verlor, denke ich, das ethische Primat innerlich seine Bedeutung.“ Mit anderen Worten: Hier ist das Sozialsystem nicht mehr zuständig. Münchs Folgerung: Der Arzt ist der Unterneh-

sichern am besten die allgemeine Zugänglichkeit zur Versorgung, so Schwartz. Zweitens reagieren Systeme mit viel privater Finanzierung und Steuerung flexibler auf Bedürfnisse der Nachfrager und realisieren höhere Facharzt- und Technikdichte, geringere Wartezeiten und mehr Komfort. „Aber sie sind verständlicherweise nicht billiger und realisieren auch nicht zwangsläufig mehr Gesundheit“, betonte Schwartz. Wenn also die Mittel zur Gesundheitsversorgung privat verwaltet werden, wird zwar relativ viel Geld verbraucht, „und es ist dann noch nicht einmal geklärt, wie gut die Versorgung ist.“ Die beiden wesentlichen Kriterien für eine gute Versorgung seien die Gesundheitserwartung, also die Lebensdauer, in der Menschen gesund bleiben, und die Lebenserwartung selbst. Für beide Kriterien liegen die öffentlich organisierten Gesundheitssysteme nicht schlechter als die mehrheitlich privat finanzierten.

Wenn Betriebswirtschaft und Humanität verknüpft werden sollen,

fehlen oft, wie sich zeigte, zumeist Kriterien dafür, welche Behandlung wann für wen als human zu gelten hat und wann als zu teuer. Oder nicht? Nach Schwartz' Ansicht dürfte diese Debatte gar nicht erst aufkommen. „Alle Systeme mit Kosten-Nutzen Debatte sind in der Gefahr einer stillen Rationierung wie bei den Budgetdeckelungen der niedergelassenen Ärzte, oder einer offenen Rationierung“, erklärte Schwartz. Die Debatte um die Rationierung oder Priorisierung von Gesundheitsleistungen sei aber nur eine verfeinerte Form der Mangelbewirtschaftung und damit „eine Sackgasse.“

Schwartz setzt statt dessen auf flächendeckenden Investitionen in die Gesundheit der Bürger. Es sei eine Zukunftsfrage, ob „die Gesellschaft in allen Bereichen in die Gesundheit investiert, auch in der Erziehung, der Wirtschaft und so weiter“, sagte Schwartz. „Wir müssen verstehen, dass die Investitionen in die Gesundheit und die Erziehung zur Gesunderhaltung in vielen gesellschaftlichen Feldern notwendig

ist. Bei der Gesundheit eines Landes sind Bildung, Arbeitsplatz, Einkommen, Lebensstil und Umwelt bedeutende Co-Determinanten.“ Die notwendigen Investitionen allerdings können nicht alle automatisch von den Krankenkassen bezahlt werden, so Schwartz.

Aber der Verzicht auf die Priorisierungs- und Rationierungsdebatte bedeutet für Schwartz andererseits nicht den Verzicht darauf, über die Verknüpfung von Humanität und Betriebswirtschaft im Gesundheitssystem zu bestehen. „Die Humanität selber hat mehr mit der inneren Haltung von Ärzten und Pflegern zu tun zu tun, als mit dem Gesundheitssystem“, erklärte Schwartz, „auch wenn manche Systeme das Problem haben, eine humane Haltung von Ärzten und Pflegenden entsprechend umzusetzen.“

Christian Beneker
bremer medienbüro
Elsasser Str. 27
28211 Bremen
Tel. 0421 / 3032494

Red.: ge

Der **bvkj** sagt Danke!



Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

Lilly Deutschland GmbH
Kliniken Viktoriastift Bad Kreuznach
Charlottenhall-Vorsorge- und Rehabilitationsklinik



Diese Firmen unterstützen die Programmhefte des BVKJ im Jahr 2009.

Bitte beachten Sie die regelmäßige Beilage der Programme im „Kinder- und Jugendarzt“.

Fortbildungstermine des BVKJ

März 2009

20.–22. März 2009

Pädiatrie zum Anfassen

des bvkJ e.V., LV 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 und 1. Kongress PRAXIS-fieber-regio für medizinische Fachangestellte in Kinder- und Jugendarztpraxen

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

23.–26. April 2009

6. Assistentenkongress

des bvkJ e.V., Nürnberg

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

Mai 2009

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 Bildung

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

27. Juni 2009

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

in Worms

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

August 2009

22. August 2009

Jahrestagung des LV Sachsen

in Dresden

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

September 2009

12.–13. September 2009

Praxisabgabeseminar des BVKJ e.V.

in Friedewald

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

12.–13. September 2009

13. Pädiatrie zum Anfassen

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

Auskunft: Dethleff Banthien, Tel. 04531/434763; Dr. Stefan Renz, Tel. 040/43093690; Dr. Stefan Trapp, Tel. 0421/570000 ②

26.–27. September 2009

12. Seminartagung des LV Hessen

des bvkJ e.V., Bad Nauheim

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

Oktober 2009

11.–16. Oktober 2009

37. Herbst-Seminar-Kongress

des bvkJ e.V., Bad Orb

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

31.10.–01. November 2009

Praxiseinführungsseminar des BVKJ e.V.

in Friedewald

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Frau Pohle, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221 / 6 89 09-11, Fax: 0221/683204 (bvkJ.buero@uminfo.de)

November 2009

13.–15. November 2009

Pädiatrie zum Anfassen / 20. ESAP 2009 (European Society of Ambulatory Paediatrics)

des bvkJ e.V., Berlin

Auskunft: Dr. Burkhard Ruppert, Zabel-Krüger-Damm 35-39, 13469 Berlin, Tel. 030 / 4024922, Fax: 030/40397254 (Industrie ①, Teilnehmer ⑤)

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**

● Tagungen

März 2009

21. März 2009, Langenargen
8. Tag der Kinderheilkunde
 Info: dr.-puls@t-online.de

26.–28. März 2009, Düsseldorf
31. Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie
 Info: www.ikomm.info oder
 www.paediatische-pneumologie.eu

28.–31. März 2009, Amsterdam
Pediatric Nephrology Spring Meeting
der Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie und
der Sectie Kindernefrologie
 Info: www.pnspringmeeting.nl

April 2009

1.–4. April 2009, Hamburg
24. Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE)
 Info: www.gpge2009.eu

2.–4. April 2009, Bremen
17. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie
 Info: www.dgpi2009.de

6.–10. April 2009, München
Grundkurs in Montessori-Pädagogik und Montessori-Heilpädagogik
 Info: Prof. h.c. Dipl.-Päd. J. Dattke
 E-Mail: hellbrueggestiftung@t-online.de

23.–25. April 2009, Lübeck-Travemünde
NOSTRA – 7. Notfallsymposium der Arbeitsgemeinschaft in Norddeutschland tätiger Notärzte
 Info: www.agnn.com

Mai 2009

15. Mai 2009, Wolfsburg
58. Jahrestagung der Norddeutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
 Info: www.ndgkj-wolfsburg-2009.de

15.–17. Mai 2009, Karlsruhe
58. Jahrestagung der Süddeutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (SGKJ)
 Info: Digel.F@t-online.de

Juni 2009

17.–20. Juni 2009, Lübeck
EUNOS – 9th Meeting of the European Neuro-Ophthalmology Society
 Info: www.eunos2009.org

September 2009

3.–6. September 2009, Mannheim
105. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.
 Info: www.dgkj2009.de

18.–19. September 2009, Freiburg
Systemische Entwicklungspädiatrie (vier Wochenendkurse)
 Info: Dr. Barbara Lütticke,
 E-Mail: bale.fr.@t-online.de

● Praxistafel

Praxisetage im Ärztehaus Bremen-Sebaldsbrück günstig zu verkaufen/vermieten.
 Immobilien Gels, Tel. 04202-888312

Weiterbildungsassistent/in für Pädiatrie ab Mai 2009 oder früher im Großraum Nürnberg für große naturheilkundlich/homöopathisch ausgerichtete Kinderarztpraxis gesucht. Weiterbildungserlaubnis 3 Jahre halbtags.
 Dr. med. Werner Dick, Kinder- und Jugendarzt
 Friedrichsplatz 19, 90552 Röthenbach

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

Hamburger Kinder- und Jugendarzt erneut Intendant der Festspiele Mecklenburg-Vorpommern

Die Festspiele Mecklenburg-Vorpommern, inzwischen das drittgrößte Sommerfestival in Deutschland, haben Dr. Matthias von Hülsen, nach dem Wechsel von Prof. Sebastian Nordmann an das Berliner Konzerthaus ab 2009, erneut zum Intendanten berufen. An seine Seite hat er den inzwischen international gefeierten britischen Violinvirtuosen Daniel Hope als „Artistic Fellow“ geholt, um mit ihm und einem jungen hochprofessionellen Team die Festspiele inhaltlich weiter zu profilieren, internationale Kooperationen aufzubauen und neue, vor allem jüngere Publikumsschichten zu erschließen.

Niedergelassener Pädiater, Kulturmanager und erprobter Festspielleiter

1985 gehörte er neben Justus Frantz zu den Gründern des Schleswig-Holstein Musik Festivals. Dort initiierte er den Aufbau der Orchesterakademie. Von 1987 an erfand er die „Musikfeste auf dem Lande“ des Schleswig-Holstein Musik Festivals und leitete sie bis 1994. Im Zuge der deutschen Wiedervereinigung gründete er 1990 die Festspiele Mecklenburg-Vorpommern und entwickelte sie zu einem bedeutenden Festival für klassische Musik. Dem internationalen Spitzennachwuchs galt sein besonderes Interesse. Viele junge Musiker, die inzwischen Weltkarriere machen, wie Daniel Hope, Julia Fischer, Viviane Hagner, Daniel Müller-Schott oder Gabor Boldocky hat er früh entdeckt und gefördert. Er stellte diese nicht nur bei den Festspielen Mecklenburg-Vorpommern sondern auch beim renommierten Rheingau Musik Festival erstmals einem großen Konzertpublikum vor und begleitete ihren Werdegang.

Sein Weg als Pädiater

Nach dem Aufbau einer neonatologischen Intensivstation bei Alexander Sinios am Hamburger Kinderkrankenhaus Borgfelde und oberärztlicher Tätigkeit als pädiatrischer Intensivmediziner an der Tübinger Universitäts-Kinderklinik bei Jürgen Bierich praktizierte er später ein vier-

tel Jahrhundert im Hamburger Stadtteil Steilshoop. Dort bestimmten soziale Spannungen, Kinderreichtum und Migrationshintergrund seine ärztliche Tätigkeit.

Weil das den ganzen Mann forderte, übergab von Hülsen 2002 die Leitung der Festspiele Mecklenburg-Vorpommern an den jungen Musikhistoriker und Unternehmensberater Sebastian Nordmann, der sie auf der von ihm entwickelten Grundlage weiter entwickelte.

Matthias von Hülsen im Gespräch

Wie wurden Sie musikalisch geprägt?

Da ich Kriegswaise bin, hat meine Großmutter uns fünf Geschwister als Flüchtlingskinder in Schleswig-Holstein groß gezogen. In meinem Elternhaus, das ich nicht mehr kennen gelernt habe, herrschte eine intensive Hausmusikultur. Drei meiner Schwestern haben aktiv musiziert. Im Testorfer Herrenhaus lebten damals 80 Menschen, davon 35 Kinder. Eins davon war Justus Frantz. Es wurde sehr viel musiziert, und ich wurde auf diese Weise zum „professionellen“ Zuhörer erzogen. Als Klavierschüler war ich leider eine Niete.

Gibt es heimatliche Beziehungen zu Mecklenburg-Vorpommern?

Der uns alle stark beeinflussende Onkel C.U. von Barner hat uns mit dem Musikvirus angesteckt. Er verehrte Beethoven und spielte den ganzen Tag sein Sonatenwerk rauf und runter, um sich über den Verlust seiner Mecklenburgischen Heimat hinweg zu trösten. Ich kenne deshalb alle schweren Stellen dieser Stücke gut. Wenn Beethoven-Sonaten in Konzerten gespielt werden, muss ich bei bestimmten Passagen immer den Atem anhalten. Onkels Geschichten aus Mecklenburg habe ich begierig aufgesogen. Als ich das erste Mal 1973 das Land besuchte, hatte ich schon irgendwie das Gefühl, nach Hause zu kommen – so tief hatten sich die Geschichten eingegraben.

Wie gelang Ihnen der Kontakt zu den inzwischen weltbekannten Künstlern oder sogar deren Entdeckung?



Künstlerischer Partner Daniel Hope und Intendant Dr. Matthias von Hülsen

Um qualitativ mit den großen Festspielen mithalten, ohne die großen „Stars“ bezahlen zu können, war ich auf meine gut ausgebildete Spürnase für herausragende Talente angewiesen. Die hatte ich in Schleswig-Holstein als Leiter der Musikfeste auf dem Lande trainiert.

Wie konnten Sie Praxistätigkeit und ebenso zeitaufwändigen Kunstbetrieb miteinander vereinbaren?

Diese Frage ist mir schon so häufig gestellt worden! Ohne den verständnisvollen Praxispartner Dr. Christian Hofert, der mir als Freund und Kollege den Rücken frei gehalten hat, wäre das nicht zu bewältigen gewesen. Dadurch, dass er mich nach jeder von ihm fleißig besuchten Fortbildungsveranstaltung ausführlich „briefte“, hatte ich auch nie das Gefühl, medizinisch nicht up to date zu sein. Neben dieser alles erst ermöglichenden Unterstützung wurden die Kräfte durch die Herausforderung und das wunderbare Sujet beflügelt.

Aber seit der „altersbedingten“ Aufgabe meiner Praxistätigkeit 2007 bin ich nun frei für das musikalische Abenteuer und freue mich auf diese wunderbare Aufgabe.

Dabei wünschen wir viel Erfolg, Herr von Hülsen, und danken für das Gespräch.

Dr. Klaus Gritz
Zollstr. 22, 21354 Bleckede

Red.: ge

Buchtipps

Eckey, Haid-Loh, Jacob (Hrsg.):

Jugend bewegt Beratung

Juventa Verlag, 286 S., € 26,00,
ISBN 978-3-7799-0770-1



Unter dem Buchtitel „Jugend bewegt Beratung“ finden sich 17 ausgewählte Beiträge, die ausgesprochen geeignet sind, ganz aktuell die fachlichen Arbeitsansätze der Institutionellen Beratung speziell im Umgang mit Jugendlichen zu optimieren. Das Buch ist wie ein Nachschlagewerk zu nutzen, da die einzelnen Beiträge in sich abgeschlossen und voneinander unabhängig sind.

Den Autoren (sowie deren Kolleginnen und Kollegen in den Beratungsstellen) ist dafür zu danken, dass sie die Schwierigkeiten und deren Ursachen, die Beratungs- und Behandlungseinrichtungen für Jugendliche und deren Eltern bewegen, systematisch gesammelt und nun mit diesem Buch veröffentlicht haben. Und vor allem haben sie auch geeignete, sehr erfolgversprechende Vorschläge zum Umgang mit diesen Schwierigkeiten gemacht.

Das Buch kommt genau zum richtigen Zeitpunkt, nämlich jetzt, wo überdeutlich geworden ist, dass das Spannungsfeld zwischen Jugendlichen und Erwachsenen immer größer geworden ist und Jugendliche mit den bisherigen Denkanstätzen und Methoden von Beratungsstellen nicht mehr erreicht werden können. Hierzu werden die Gründe reflektiert, sehr anschaulich Erfahrungen berichtet und Arbeitsansätze für Beratungs- bzw. Zugangsmodelle ausführlich vorgestellt.

Die Einleitung informiert kurz und treffend über das Ziel und die Aufteilung der Buchbeiträge in drei große Themenbereiche

– Modernisierung der Definition von Adoleszenz und deren Beschreibung

– Darstellung erfolgreicher oder erfolgversprechender Zugangsweisen zu Jugendlichen sowie psychologisch-sozialpädagogische Therapieansätze für Problematiken, die im Zusammenhang mit Jugendlichen entstehen

– Besondere Herausforderungen und Lebenssituationen, vor denen die Jugendhilfe stehen kann.

Als langjährige Mitarbeiterin einer Erziehungs- und Familienberatung, in der ich als Diplom-Psychologin und Psychotherapeutin gearbeitet habe, kann ich ohne Übertreibung sagen, dass das Buch in keiner Beratungsstelle fehlen sollte, weil es die fachliche Kompetenz von Beratern erweitert – sei es durch Denkanstöße für die eigene Arbeit, Hinweise auf mögliche Wege der Weiterbildung oder auch zu Überweisungen an geeignete Fachstellen für spezielle Problematiken anregt.

Dipl.-Psych. Monika Müller
Krantorweg 42 b
13503 Berlin
Tel.: 030/43669116

Red.: ge

Die Welt der Kinder im Blick der Maler

Der Wiener Maler Ferdinand Georg Waldmüller führt uns eine dramatische Familienszene vor Augen. Eine kinderreiche Familie muss aufgrund eines Pfändungsbeschlusses die kärgliche Wohnung verlassen. Die Mienen der Mutter und der Großmutter drücken Verzweiflung und Entsetzen aus. Die Reaktionen der Kinder vermag der Maler differenziert wiederzugeben. Ein Mädchen vergießt bittere Tränen, ein anderes schmiegt sich Schutz suchend an die Mutter an, ein weiteres mustert die Mutter ängstlich-unsicher. Die größere Tochter versucht, die jüngeren Geschwister mit Spielzeug und Nahrungsmitteln zu beruhigen. Ein Mädchen pendelt, hält mit der rechten Hand den Rockzipfel der Mutter, öffnet die linke, um etwas von den Gaben der Schwester zu erlangen. Vielleicht ist alles doch nicht so schlimm, jedenfalls schadet es nicht, einen guten Happen zu bekommen. Das Mädchen an der rechten Seite scheint über die Bitterkeit des Lebens nachzudenken.

Die Kinder spüren zwar auch die akute Bedrohung, reagieren aber insgesamt verhaltener als die Erwachsenen. Sie erfassen sicher noch nicht die ganzen Konsequenzen der Ausweisung, vielleicht bewahrt sie auch ihre ungebrochene Lebenskraft vor der Verzweiflung.

Waldmüller stammte aus einer Wiener Familie mit bäuerlichen Vorfahren, der Großvater war Kutscher, der Vater „Bedienter“, später „Bierwirt“. Ferdinand Georg war für den geistlichen Stand bestimmt, fühlte aber früh seine Berufung zur Malerei. Durch das „Illuminieren“ von Bonbonbildern erwarb er erste Finanzmittel, so dass er Kurse der Kunstakademie besuchen konnte. Seine Laufbahn begann er als Miniaturmaler. Nachdem er eine Altistin des Agramer Stadttheaters geheiratet hatte, begleitete er seine Gattin als Theater-



Ferdinand Georg Waldmüller, Nach der Pfändung, 1859, Gemäldegalerie Neue Meister, Dresden

Foto: akg-images

maler nach Prag und Brünn. Durch Kopieren von Alten Meistern bildete er sich weiter.

Seine Motive als Maler entnahm er oft dem dörflich-kleinstädtischen Milieu, ihm gelangen liebenswürdige Genre-Darstellungen. Naturgetreu und in nuancenreicher Farbgebung malte er häufig auch Porträts von Wiener Bürgern. Nicht selten waren Armut und soziale Bedrängtheit sein Thema.

Waldmüller galt als Hauptvertreter der Wiener Biedermeiermalerei, freilich wird man mit dieser Etikettierung seiner Bedeutung nicht gerecht. In seiner Kunst wird nichts beschönigt. In der Wahrheitsuche liege das Ethos und die Kraft des Malers, erklärte er. „Der einzig rechte Weg, der

ewig unerschöpfliche Born aller Kunst: Anschauung, Auffassung und Verständnis der Natur hat sich mir aufgethan...“ Sein Einsatz für den Realismus führte allerdings später zu Konflikten mit seinen Kollegen von der Wiener Kunstakademie, die schließlich sogar die Suspendierung vom Amt des Akademieprofessors verursachten. Auch seine Forderungen zur Modernisierung des Unterrichts an der Akademie stießen auf Widerstand.

Wichtige Beiträge lieferte Waldmüller als Kunstschriftsteller. Mit seiner Freilichtmalerei ist er ein Vorläufer der Schule von Barbizon.

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

Red.: ge

www.norgine.de – MOVICOL Junior aromafrei – Euro-EBM 2009 für Pädiater

Wir gratulieren zum Geburtstag im April 2009

65. Geburtstag

Frau Dr. med. Karin *König*, Erfurt, am 05.04.
 Herr Dr. med. Hans-Joachim *Zeisel*, Freiburg, am 06.04.
 Frau Dr. med. Edith *Speierer-Weisser*, Regensburg, am 07.04.
 Herr Dr. med. H. H. *Peters*, Eschwege, am 10.04.
 Herr Dr. med. Matthias *Krille*, Wörrstadt, am 11.04.
 Herr Hermann *Pöhlmann*, Bayreuth, am 12.04.
 Herr Dr. med. Christoph *Schaefer*, Göppingen, am 12.04.
 Herr Dr. med. Johannes *Limberg*, Buchen, am 13.04.
 Herr Dr. med. Rüdiger *Schnarz*, Pforzheim, am 14.04.
 Herr Prof. Dr. med. Jürgen *Gedschold*, Magdeburg, am 16.04.
 Herr Prof. Dr. med. Reinhard *Roos*, München, am 17.04.
 Frau Dr. med. Erika *Marx*, Tostedt, am 18.04.
 Herr Dr. med. Dieter *Stein*, Gaißbach, am 18.04.
 Herr Dr. med. Tilman *Schambach*, Esslingen, am 19.04.
 Frau Dr. med. Heidrun *Höhne*, Werdau, am 22.04.
 Herr Dr. med. Karl-Michael *Doering*, Göttingen, am 23.04.
 Frau Dr. med. Heide *Friedrich*, Regensburg, am 23.04.
 Herr Dr. med. Dieter *Zahn*, Lindenberg, am 23.04.
 Herr Dr. med. Jürgen *Onken*, Hude, am 27.04.
 Herr PD Dr. med. Dr. med. hab. Bruno *Netzel*, München, am 29.04.

70. Geburtstag

Frau Dr. med. Herta *Ring*, Heideck, am 01.04.
 Frau Dr. med. Friederike *Kühnemund*, Norderstedt, am 02.04.
 Frau Dr. med. Helga *Füssel*, Chemnitz, am 03.04.
 Herr Dr. med. Eberhard *Langer*, Cloppenburg, am 03.04.
 Herr Dr. med. Wolfgang *Genss*, Koblenz, am 04.04.
 Herr Dr. med. Gerhard *Weich*, Saarbrücken, am 05.04.

Herr Dr. med. Günter *Frömmel*, Berlin, am 07.04.
 Frau Dr. med. Hilde *Scholz*, Hemer, am 07.04.
 Frau Sigrid *Lischker*, Brigachtal, am 10.04.
 Herr Dr. med. Calixto *Mendoza*, Bremen, am 11.04.
 Herr Eberhard *Duisberg*, Osnabrück, am 13.04.
 Frau Dr. med. Maria *Gollbach-Kaduk*, Euskirchen, am 15.04.
 Herr Dr. med. Mahmood *Bafteh-Chian*, Wuppertal, am 16.04.
 Frau Dr. med. Barbara *Stanek*, Berlin, am 16.04.
 Herr Dr. med. Peter *Braune*, Wunsiedel, am 19.04.
 Frau Dr. med. Urte *Neuling*, Hamburg, am 19.04.
 Frau Dr. med. Maria *Plate*, Hildesheim, am 23.04.
 Herr Dr. med. Georg *Kentrup*, Rhede, am 24.04.
 Frau Dr. med. Karin *Stolzenbach*, Bremen, am 24.04.
 Herr Dr. med. Hellmut *Tschepke*, Cloppenburg, am 24.04.
 Herr Dr. med. Friedrich *Rommel*, Gummersbach, am 28.04.
 Frau Dr. med. Ellen *Knorr*, Bergen, am 30.04.

75. Geburtstag

Frau Dr. med. Maria Elisabeth *Groenewald*, Korschenbroich, am 04.04.
 Herr Dr. med. Hans-Joachim *Landzettel*, Darmstadt, am 25.04.
 Herr Dr. med. Horst *Lison*, Hemmingen, am 28.04.
 Frau Dr. med. Margrit *Esklony*, Suderburg, am 30.04.

80. Geburtstag

Frau Dr. med. Elisabeth *Schmalzhaf*, Stuttgart, am 19.04.

81. Geburtstag

Herr Dr. med. Otto *Oertel*, Metzingen, am 01.04.
 Herr Dr. med. Dipl. Psych. Helmut *Eller*, Bonn, am 20.04.
 Frau Dr. med. Susanne *Stein*, Köln, am 25.04.

82. Geburtstag

Frau Dr. med. Sigrid *Schönbohm*, Königswinter, am 02.04.
 Herr Dr. med. Rudolf *Schlanstedt*, Goslar, am 06.04.

Frau Dr. med. Marlis *Gleichauf-Dauber*, Mainz, am 16.04.

83. Geburtstag

Herr Prof. Dr. Dr. med. Johannes *Meinhardt*, Petersberg, am 02.04.
 Herr Dr. med. Bertold *Klüser*, Köln, am 02.04.

84. Geburtstag

Frau Dr. med. Irmgard *Hoffmann-Kraft*, Neu-Ulm, am 02.04.

85. Geburtstag

Herr Dr. med. Heinz *Wilutzky*, Bad Kreuznach, am 05.04.
 Frau Dr. med. Gerda *Wischer*, Kirchbrak, am 13.04.
 Frau Dr. med. Erika *Kühl*, Berlin, am 15.04.
 Herr Prof. Dr. med. Fritz *Hilgenberg*, Münster, am 24.04.
 Herr Dr. med. Robert *Schulz*, Hildesheim, am 25.04.

86. Geburtstag

Frau Dr. med. Anna Elisabeth *Haselhuber*, München, am 01.04.
 Frau Dr. med. Lieselotte *Wolde*, Olpe, am 05.04.
 Herr Dr. med. Edward *Jung*, Mölln, am 07.04.
 Frau Dr. med. Käthe *Kleine*, Paderborn, am 16.04.
 Frau Dr. med. Maria *Ott*, Allensbach, am 24.04..

87. Geburtstag

Frau Dr. med. Margret *Kern*, Stuttgart, am 24.04.

89. Geburtstag

Frau Dr. med. Gertrud *Aldick*, Münster, am 10.04.
 Frau Dr. med. Agnes *Cohors-Fresenborg*, Münster, am 18.04.
 Frau Dr. med. Adelheid *Hanfland*, Arnsberg, am 27.04.

91. Geburtstag

Herr Dr. med. Hans J. *Wessolowski*, Stade, am 05.04.
 Frau Dr. med. Margarete *Höbener*, Dortmund, am 29.04.

92. Geburtstag

Frau OMR Dr. med. Gisela *Müller-Kern*, Leverkusen, am 06.04.

94. Geburtstag

Frau Dr. med. Anna *Moesgen*, Bonn,
am 22.04.

95. Geburtstag

Herrn Dr. med. Rudolf *Tigges*, Iserlohn,
am 07.04.

Herrn Prof. Dr. med. Norbert *Urban*,
Neuss, am 22.04.

Frau Dr. med. Else *Wegmann*, Bremen,
am 30.04.

99. Geburtstag

Herrn Dr. med. Ernst *Lenth*, Alsfeld,
am 04.04.

Wir trauern um:

Frau Dr. med. Marianne *Fincke*,
Bergneustadt

Herrn Dr. med. habil. Paul
Habermann, Soest

Frau Dr. med. Maria *Maerz*, Rüssels-
heim

Herrn Dr. Helmut *Moll*, Papenburg

Herrn Dr. med. Heinz-Rüdiger *Moritz*,
Berlin

Herrn Dr. med. Ulrich *Wachter*, Mainz

Landesverband Nordrhein

Herrn Boris *De Carolis*

Frau Dr. med. Katja *Tralle*

Herrn Klaus *Pierstorff*

Herrn Dr. med. Volker *Arpe*

Herrn Dr. med. Dieter *Pflänzel-Brandt*

Frau Anne-Kathrin *Borkhardt*

Frau Lisa *Kühn*

Frau Nadine *Färber*

Herrn Dr. med. Guido *Kerkhoffs*

Herrn Jan-Simon *Hermens*

Frau Katrin *Terhart*

Frau Leonie *Skowronek*

Herrn Dr. med. Matthias Christian
Hütten

Frau Dr. med. Heide *Potzwa*

Landesverband Rheinland-Pfalz

Herrn Dr. med. Bernd *Berwanger*

Frau Gertrude *Otetea-Stemper*

Frau Dr. med. Stephanie *Keicher*

Herrn Dr. med. Christoph *Pickard*

Frau Dr. med. Sarah *Kühne*

Frau Zeynep *Demir*

Landesverband Sachsen

Frau Miriam *Merz*

Frau Nadja *Lützkendorf*

Frau Dr. med. Angelika *Hauswald*

Frau Dr. med. Angela *Reifenrath*

Herrn Dr. med. Andreas *Neumann*

Herrn Maik *Heine*

Frau Romy *Büttner*

Landesverband Sachsen-Anhalt

Herrn Mathias *Berger*

Herrn Grzegorz *Zuj*

Landesverband Schleswig-Holstein

Frau Pia *Paul*

Herrn Dr. med. Gerd *Hüls*

Frau Nadine *Többeus*

Frau Dr. med. Tatjana *Knudsen-Blind*

Landesverband Thüringen

Herrn Christian *Weiß*

Frau Isabella *Wöllner*

Frau Dr. med. Viola *Lindenthal*

Landesverband Westfalen-Lippe

Herrn Nicholas *Mauczok*

Herrn Gürçan *Aydincioglu*

Frau Sukanya *Thushyanthan*

Herrn PD Dr. med. Thomas *Reinehr*

Frau Dr. med. Beate *Schulte-Burghaus*

Frau Claudia *Schäfer*

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

Frau Anja *Ebbing*

Frau Dr. med. Christiane *Walaschek*

Herrn Dr. med. Robert *Dunckelmann*

Frau Dr. med. Nathalie *Frank*

Frau Dr. med. Claudia *Seydi*

Frau Ioana Cristina *Oprea*

Frau Dr. med. Friederike *Mann*

Frau Dr. med. Alexandra *Pochon*

Frau Dr. med. Bettina *Bürgstein*

Landesverband Bayern

Herrn Peter *Mayr*

Herrn Christian *Quitterer*

Herrn Thomas *Fritz*

Frau Dr. med. Susanne *Kirtscher*

Frau Dr. med. Carmen *Sydlik*

Frau Astrid *Farbmacher*

Herrn Dr. med. Ulrich *Hagen*

Frau Dr. med. Anna *Raab*

Herrn Dr. med. Christian *Blank*

Frau Dr. med. Anke *Lütkemeyer*

Frau Dr. med. Judith *Aderbauer*

Frau Dr. med. Sabine *Straßburg*

Frau Dr. med. Iris *Eckmüller*

Frau Dr. med. Sigrid *Martin*

Frau Kathrin *Schürger*

Frau Dr. med. Annegret *Iven*

Frau Dr. med. Alexandra *Marian*

Herrn Guido *Judex*

Herrn Dr. med. Joachim *Westphal*

Herrn Simon *Berzel*

Frau Dr. med. Dipl.-Mol.Med.Univ.

Ines *Marek*

Frau Charis *Herfurth*

Landesverband Berlin

Frau Katja *Eckermann*

Frau Dr. med. Annett *Rath*

Frau Grete *Veira*

Landesverband Brandenburg

Frau Corinna *Landgraf*

Herrn Dr. med. Lothar *Niedrig*

Frau Dr. med. Linda *Wessel*

Landesverband Bremen

Frau Katharina *Bergius*

Landesverband Hessen

Frau Dr. med. Therese *Schüßler*

Frau Dr. med. Alexandra *Wilke*

Frau Marin *Tenorth*

Herrn Dr. med. Christian *Matthes*

Frau Ursula *Augstein-Ghezlbash*

Herrn Dr. med. Christoffer *Krug*

Frau Franziska *Hoche*

Frau Corinna *Schöpp*

Landesverband**Mecklenburg-Vorpommern**

Frau Dr. med. Kirsten *Westphal*

Frau Britta *Wetzel*

Frau Dr. med. Katharina *Warnke*

Landesverband Niedersachsen

Herrn Jan *Kwant*

Frau Kim *Meining*

Frau Dr. med. Anke *Barnbrock*

Frau Denise *Katterwe*

Frau Anja *Neumann*

Frau Güler *Akin*

Frau Gudetu *Adugna-Eticha*

Schnelltests

Für weitere Informationen besuchen Sie uns auf unserer Homepage unter www.medizinservice-kiel.de

Kleine Packungsgröße kehrt zurück

Equasym® Retard wieder in 30er-Packung auf dem Markt

Seit Januar 2009 bietet die UCB GmbH das Produkt Equasym® Retard in allen drei Wirkstärken (10 mg, 20 mg und 30 mg) wieder in Packungsgrößen mit 30 Hartkapseln an. Die bisher verfügbaren Packungsgrößen mit 60 bzw. 100 Hartkapseln bleiben weiterhin im Handel. In der Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bleibt Equasym® Retard auch bei der 30er-Packung zuzahlungsfrei.

In der Behandlung von ADHS hat sich Methylphenidat als Mittel der ersten Wahl etabliert. Equasym® Retard ist eine Weiterentwicklung der Methylphenidat-Therapie für Kinder über sechs Jahren. Das Präparat kann bei einmal täglicher Gabe den therapeutischen Plasmaspiegel durch die biphasische Wirkstofffreisetzung über einen Zeitraum von etwa acht Stunden aufrechterhalten: 30% der Methylphenidat-Dosis werden sofort freigesetzt, 70% des

Name	Pack.-Gr.	PZN
Equasym® Retard 10 mg*	30 Hartkapseln	7350016
Equasym® Retard 20 mg*	30 Hartkapseln	7350022
Equasym® Retard 30 mg*	30 Hartkapseln	7350039

* Hartkapseln mit veränderter Wirkstofffreisetzung

Wirkstoffes hingegen verzögert. Damit korreliert das Tages-Wirksamkeitsprofil der Substanz sehr gut mit den Bedürfnissen schulpflichtiger ADHS-Patienten und

deckt die übliche Schul- und Hausaufgabenzeit ab.

Nach Informationen von UCB GmbH, Monheim

Mehr Evidenz in der Spezifischen Immuntherapie:

Neu: 5-Gräser-Tablette jetzt auch für Kinder und Jugendliche

Sublinguale Immuntherapie (SLIT) – Mit Oralair® Gräser ist die neue Generation der Therapieallergene jetzt auch für Kinder ab 5 Jahren und Jugendliche verfügbar.

Gräserpollenallergien nehmen weltweit zu. Der Anteil der 5- bis 18jährigen, die eine spezifische Immuntherapie (SIT) erhalten, liegt mittlerweile bei 40 Prozent. Die Zulassung von Oralair® Gräser ab 5 Jahre ist daher als ein wichtiger Meilenstein in der SIT zu sehen.

„Bis in die jüngste Zeit hinein gab es Zweifel an der dokumentierten Evidenz für die Wirksamkeit einer sublingualen Immuntherapie bei Kindern und Jugendlichen, und auch ich gehörte zu den Zweiflern“, begann Prof. Dr. Ulrich Wahn seinen Vortrag. „Umso erstaunter war ich, als Stallergenes gerade mich fragte, die Leitung der großen Kinderstudie zu Oralair® Gräser zu übernehmen. Und ich kann jetzt schon verraten, dass die positiven Ergebnisse jeden Zweifler zum Nachdenken anregen werden“.

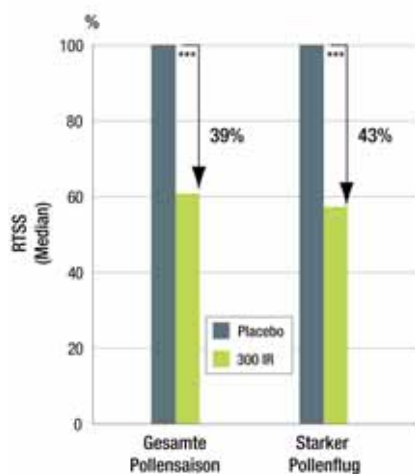
39 Prozent Besserung der Symptome nach dem ersten Therapiejahr

Aus fünf europäischen Ländern wurden insgesamt 278 Kinder und Jugendliche zwischen 5 und 17 Jahren randomisiert und erhielten entweder die standardisierte 5-Gräser-Mischung oder Placebo. Studienbeginn war zirka vier Monate vor dem Pollenflug. Die Erhaltungsdosis von 300 IR wurde dann bis zum Ende der Saison fortgesetzt.

Hauptprüfparameter war der RTSS Gesamtscore (Rhinoconjunctivitis Total Symptom Score), bestehend aus Niesen, Rhinorrhoe, nasale Kongestion, Juckreiz der Augen/Nase und tränenden Augen: Er verbesserte sich bereits in der ersten Saison

signifikant um 39% gegenüber Placebo, bei starkem Pollenflug sogar um 43% (Abb. 1).

Auch bei den Einzelsymptomen „tränende Augen“ und „verstopfte Nase“ (55% bzw. 92% vs. Placebo) wurde eine signifikante Besserung beobachtet. Der Verbrauch an symptomatischen Medikamenten ging in der Verumgruppe signifikant zurück (49% vs. Placebo, Abb. 2).



p-Wert: Vergleich zu Placebo

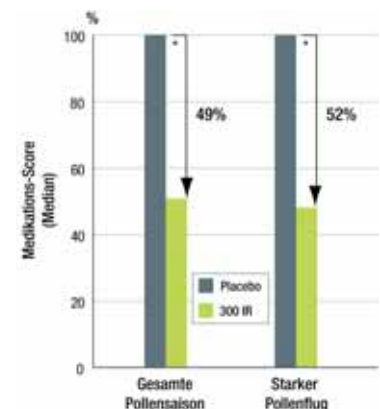
*** p<0,001

Quelle: modifiziert nach Wahn U et al.: J Allergy Clin Immunol 2009 Jan;123(1):160-166

Abb. 1: Wirksamkeit bei starkem Pollenflug

„Besonders beeindruckend finde ich den Unterschied bei den komplett symptomfreien Tagen: Während diese in der Placebogruppe bei 2,44 liegen, sehen Sie in der Verumgruppe 14,29 Tage ohne jegliche Beschwerden“.

„Jetzt stehen wir da, die Welt ist nicht mehr so wie sie vor zwei Jahren vor den Studien zu Oralair® Gräser war – mit diesen neuen Daten! Und man kann heute klar sagen: Die Wirkung der sublingualen Therapie ist nicht mehr Gegenstand der Kontroverse, es wird keine pro- und con-Diskussion mehr geben“, so Wahn überzeugt.



p-Wert: Vergleich zu Placebo

* p<0,0064

Quelle: modifiziert nach Wahn U et al.: J Allergy Clin Immunol 2009 Jan;123(1):160-166

Abb. 2: Signifikant weniger Tage mit symptomatischer Medikation unter Oralair® Gräser im Vergleich zu Placebo

Oralair Gräser: Sicherheit durch Zulassungsstatus

Oralair® Gräser wurde von den jungen Patienten gut vertragen. „Natürlich sahen wir hier auch die bei der SLIT üblichen lokalen unerwünschten Ereignisse: Jedes fünfte Kind klagte über oralen Juckreiz. Doch dies war sehr moderat und kein Hinderungsgrund, die Therapie fortzusetzen“, erklärte der Berliner Allergologe.

Gerade Kinder und Jugendlichen profitieren zudem von der einfachen und unkomplizierten Art der Anwendung. Die erste Tablette sollte in der Praxis gegeben werden mit den üblichen 30 Minuten Beobachtungszeit. Bereits ab Tag 2 kann die Therapie dann daheim weitergeführt werden, im Schnitt zirka sieben Monate im Jahr.

Literaturauswahl

Wahn U et al. Efficacy and safety of 5-grass-pollen sublingual immunotherapy tablets in pediatric allergic rhinoconjunctivitis. J All Clin Immunol. January 2009 (Vol. 123, Issue 1, Pages 160-166.e3).

Didier A et al. Optimal dose, efficacy and safety of once-daily sublingual immunotherapy with a 5-grass-pollen tablet for seasonal allergic rhinitis. J All Clin Immunol. 2007;120:1338-45.

Sieber J et al. Gräserpollenextrakte eignen sich auch zur Hyposensibilisierung einer Roggenpollenallergie. Allergologie 2007;30:462-8.

Autor: GFvW

Wichtige Telefon- und Telefax-Nummern

www.kinderaerzte-im-netz.de

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mitgliederverwaltung

Kongressabteilung

Präsident

Dr. med. Wolfram Hartmann

Vizepräsident

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Ulrich Fegeler

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Christen

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

Prof. Dr. med. Frank Riedel

Dr. med. Wolfgang Gempp

Regine Hauch

Honorar Ausschuss

Dr. med. Roland Ulmer

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

DISA / DISU

Beratungsstellen der Kinderumwelt gGmbH der DAKJ

Richtlinien für Autoren abzufordern unter:

Elektronisches Archiv „Kinder- und Jugendarzt“:

E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

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

Tfx.: (02 21) 68 32 04

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

Tfx.: (02 21) 6 89 09 78

E-Mail: bvkj.kongress@uminfo.de

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

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

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 Jugendärzte e.V. in Zusammenarbeit mit weiteren pädiatrischen Verbänden.

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

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

stift, Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg, Tel. (040) 67377-202, Fax -380, E-Mail: hoeger@kkh-wilhelmstift.de

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

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

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

Druckauflage 12.667

lt. IVW III/2008

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen



LA-MED

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

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

Anzeigenpreisliste: Nr. 42 vom 1. Oktober 2008

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

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

© 2009. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.