



*Alles Gute
bei Otitis media.*

Und auch sonst hat Lorafem® alles Gute
für eine kindgerechte Therapie:

- Die Schnelligkeit des Wirkeintritts
- Die Sanftheit ausgezeichneter Verträglichkeit
- Die Sicherheit eines idealen Wirkspektrums
- Die Kinderfreundlichkeit durch einfachste
Fertigsaftanwendung

Sehr gut: 1. Platz
Geschmackstest

Steel, R.W. et al.: Clinical Pediatrics 4/97

Alles Gute ...

LORACARBEEF

LORAFEM® SAFT

Atemwegs-Antibiotikum für Kinder

Steel, R.W. et al.: Clinical Pediatrics 4/97

LORACARBEF

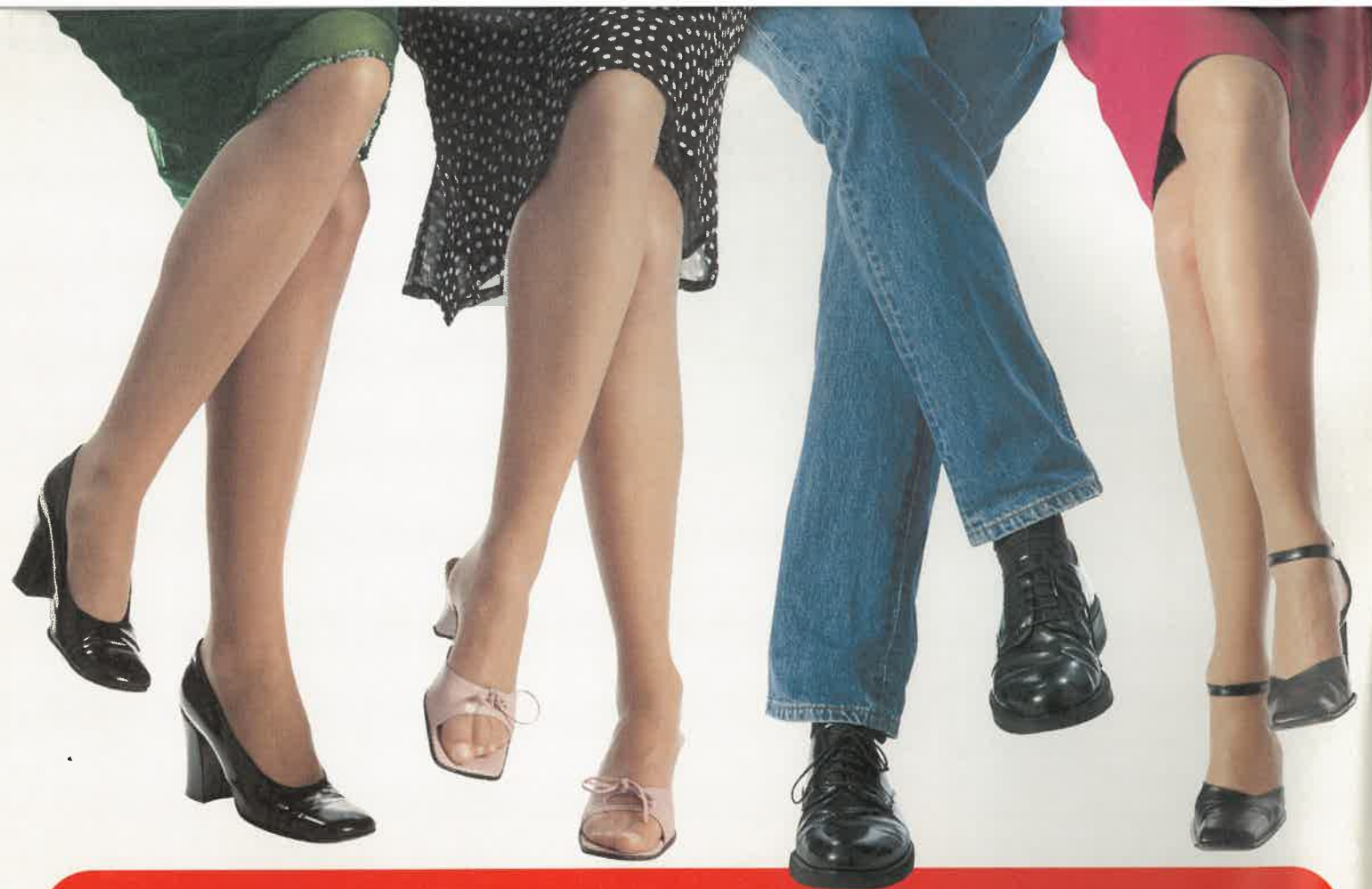
Atemwegs-Antibiotikum für Kinder



Hauner-Journal

ZEITSCHRIFT DES DR. VON HAUNERSCHEN KINDERSPITALS DER LUDWIG-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Hämangiome



Risikoadaptierte Thrombose-Prophylaxe

...einfach in 2 Wirkstärken

Fragmin® P
Dalteparin Natrium 2.500 I.E.

Bei niedrigem und
mittlerem Risiko

Fragmin® P Forte
Dalteparin Natrium 5.000 I.E.

Bei hohem Risiko

Fragmin® P/Forte. 2.500/5.000 I.E. * Wirkstoff: Dalteparin-Natrium. Verschreibungspflichtig. **Zusammensetzung:** 1 Fertigspritze Fragmin® P mit 0,2 ml Injektionslösung enthält Dalteparin-Natrium 2.500 I.E. * anti-Faktor Xa. 1 Fertigspritze Fragmin® P Forte mit 0,2 ml Injektionslösung enthält Dalteparin-Natrium 5.000 I.E. * anti-Faktor Xa. Sonstige Bestandteile: Wasser für Injektionszwecke. Zusätzlich bei Fragmin® P: Natriumchlorid. **Anwendungsgebiete:** Fragmin® P: Zur peri- und postoperativen Primärprophylaxe tiefer Venenthrombosen bei niedrigem oder mittlerem thromboembolischem Risiko, am OP-Tag auch bei hohem Risiko. Fragmin® P Forte: Zur postoperativen Primärprophylaxe tiefer Venenthrombosen bei hohem thromboembolischem Risiko (z.B. orthopädische Chirurgie). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Dalteparin-Natrium, andere niedermolekulare Heparine oder Heparin. Aktueller oder aus der Vorgeschichte bekannter allergisch bedingter Abfall der Blutplättchen (Thrombozytopenie Typ II) auf Heparin oder Dalteparin-Natrium. Verletzungen des Gefäßsystems, bestehend aus einer Verletzung des Gefäßsystems besteht. Fragmin® P/Forte sollte nicht angewendet werden bei Verdacht auf Malignom mit Blutungsneigung, Nieren- und Harnleitersteinen, chronischem Alkoholismus. Nur unter Vorsicht anwenden bei Leber- und Nierenschäden, Magen-Darmgeschwüren in der Krankengeschichte, bei gleichzeitiger Behandlung mit den Serum-Kalium-Spiegel erhöhenden Arzneimitteln, oralen Antikoagulantien und/oder Acetylsalicylsäure. Unter der Geburt ist die rückenmarksnähe Narkose bei Schwangeren, die mit gerinnungshemmenden Medikamenten behandelt werden, absolut kontraindiziert. Klinische Erfahrungen mit Kindern liegen nicht vor. **Nebenwirkungen:** Dosisabhängig und häufiger bei Patienten mit zusätzlichen Risikofaktoren können vermehrt Blutungen auftreten. Einzelfälle von schwerwiegenden Blutungen sind berichtet worden. Häufig wird ein Anstieg der Leberenzyme (GOT, GPT, Gamma-GT), sowie der LDL und Lipase beobachtet, der zumeist nach Absetzen der Behandlung reversibel und klinisch nicht bedeutsam ist. Ein Anstieg der Serum-Kalium-Konzentration ist nicht auszuschließen. Gelegentlich tritt zu Beginn der Behandlung mit Heparin eine leichte vorübergehende Verminderung der Zahl der Blutplättchen (Thrombozytopenie Typ I) mit Werten zwischen 100.000/µl und 150.000/µl auf. Komplikationen kommen im allgemeinen nicht vor. Die Behandlung kann daher fortgeführt werden. Selten wird ein allergisch bedingter schneller Abfall der Zahl der Blutplättchen (Thrombozytopenie Typ II) mit Werten deutlich unter 100.000/µl oder weniger als 50% des Ausgangswertes beobachtet. Bei Patienten ohne vorbestehende Überempfindlichkeit gegen Heparin beginnt der Abfall der Blutplättchen in der Regel 6-14 Tage nach Behandlungsbeginn. Bei Patienten mit Überempfindlichkeit gegen Heparin tritt dieser Abfall unter Umständen innerhalb von Stunden auf. Diese schwere Form der Verminderung der Blutplättchenzahl kann verbunden sein mit arteriellen und venösen Thrombosen / Thromboembolien, Verbrauchskoagulopathie, Hautnekrosen an der Injektionsstelle, Haut- und Schleimhautblutungen, flüchtigen Blutungen und Teerstuhl. Dabei kann die gerinnungshemmende Wirkung des Heparins vermindert sein (Heparin-Toleranz). Bei Patienten, bei denen die genannten allergischen Reaktionen auftreten, muß Fragmin® P/Forte sofort abgesetzt werden. Ein Überempfindlichkeit gegenüber Dalteparin gentlich auftretenden ungünstigen Wirkung des Heparins auf die Thrombozyten muß deren Zahl, insbesondere zu Beginn der Behandlung mit diesem Arzneimittel, engmaschig kontrolliert werden. Eine Überempfindlichkeit gegenüber Dalteparin sowie anaphylaktische Reaktionen sind selten. Allergische Erscheinungen beinhalten Symptome wie Übelkeit, Kopfschmerzen, Temperaturanstieg, Gliederschmerzen, Nesselsucht, Erbrechen, Pruritus, Dyspnoe, Bronchospasmen und Blutdruckabfall. Nebenwirkungen wie Haarausfall in seltenen Fällen, Osteoporose nach längerer Anwendung, Priapismus und Vasospasmen in Einzelfällen, Hypotonie und Bradykardie, Hypoadosteronismus mit Hyperkalemie und metabolischer Azidose, besonders bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion und Diabetes mellitus in sehr seltenen Fällen, sind nicht auszuschließen. Lokale Gewebsreaktionen an der Injektionsstelle werden gelegentlich beobachtet. Absterben von Hautgewebe (Hautnekrosen) und Blutungen an der Injektionsstelle sind selten. *) 1 I.E. = 1 Einheit des 1. internationalen Standards für niedermolekulares Heparin. Nicht zu verwechseln mit Heparin I.E. **Darreichungsform und Packungsgrößen:** Fragmin® P: 5 Fertigspritzen à 0,2 ml Injektionslösung (N1) AVP: 62,70 DM. 10 Fertigspritzen à 0,2 ml Injektionslösung (N1) AVP: 115,05 DM. 20 Fertigspritzen à 0,2 ml Injektionslösung (N2) AVP: 222,77 DM. 100 Fertigspritzen à 0,2 ml Injektionslösung AVP: 925,- DM. 25 Fertigspritzen à 0,2 ml Injektionslösung (Klinikpackung) Fragmin® P Forte: 5 Fertigspritzen à 0,2 ml Injektionslösung (N1) AVP: 109,30 DM. 10 Fertigspritzen à 0,2 ml Injektionslösung (N1) AVP: 209,60 DM. 20 Fertigspritzen à 0,2 ml Injektionslösung (N2) AVP: 419,19 DM. 100 Fertigspritzen à 0,2 ml Injektionslösung AVP: 1.550,- DM. 25 Fertigspritzen à 0,2 ml Injektionslösung (Klinikpackung) Stand: August 2000.

Pharmacia
& Upjohn

INHALT

Editorial

Ausländische Kinder im Spital..... 5

Eine kleine Weihnachtsgeschichte

Einladung zur Weihnachtsfeier..... 6

Historie

1900: Jahresbericht der kgl. Universitäts-Kinderklinik..... 8

Behandelte Kinder aus 82 Nationen im Haunerschen Kinderspital..... 14

Klinik und Forschung

Emma Thaler-Symposium
der Dutch Paediatric Respiratory Society und
der Gesellschaft für pädiatrische Pneumologie..... 16

Kinderpsychosomatik -
Bindung von der frühesten Kindheit bis ins Erwachsenenalter..... 18

Power Kids -
Neue Therapiekonzepte bei Übergewicht im Kindesalter..... 21

19. Tagung der Sektion Kindertraumatologie
der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie..... 24

Die Helicobacter pylori Infektion..... 26

Aus dem klinischen Alltag

Hämangiome -
Vielfalt ihrer Form und Therapie..... 30

Epispadie-Ekstrophiekomplex -
eine Herausforderung für die Kinderurologie..... 36

Der plötzliche Säuglingstod..... 40

Magazin

Hauner Galerie..... 46
(Er-)Bauliches..... 48

Projekt Omnibus:
Gegenüber der Kinderklinik - ein 'Zuhause auf Zeit' für Eltern..... 50

Grußworte
bei der Einweihungsfeier in der St.-Annakirche am 2.10.2000..... 52

Sterben Kinderkrankenschwestern aus?..... 53

Kinderchirurgie in der Mongolei - ein Reisebericht..... 56
Aus dem Leben eines großen Emeritus

Eine richtige Entscheidung..... 60

Personelles..... 61

Hauner-Verein..... 62

LAUDATIO -
80. Geburtstag von Herrn Prof. Dr. med. Spiess..... 63

LMU



Verantwortlich für Herausgabe und Inhalt:

Prof. Dr. Rainer Grantzow
Prof. Dr. Ingolf Joppich,
Prof. Dr. Dietrich Reinhardt
Chefredakteur: Volker Witthoff (V.i.S.d.P.)

Redaktion:

Prof. Dr. Rainer Grantzow,
Prof. Dr. Ingolf Joppich
Dr. Thomas Lang,
Prof. Dr. Dietrich Reinhardt
Dr. von Haunersches Kinderspital der
Ludwig-Maximilians-Universität München
Lindwurmstraße 4, 80337 München
Tel. 0 89/51 60 - 28 11

Anzeigen:

Verlag Volker Witthoff
Hessenbachstraße 17, 86157 Augsburg
Tel. 08 21/54 10-75, Fax 08 21/54 10-93
Das Hauner-Journal erscheint 2-3 mal im Jahr.
E-Mail: vovii@t-online.de

Art-Direktion und Herstellung:

Volker Witthoff

Vertrieb und Abonnentenbetreuung:

Verlag Volker Witthoff
Hessenbachstraße 17, 86157 Augsburg
Tel. 08 21/54 10-75, Fax 08 21/54 10-93
Das Hauner-Journal erscheint 2-3 mal im Jahr.
Einzelpreis: 6,- DM zzgl. Versandkosten
Abonnements können jederzeit zum
Jahresende gekündigt werden.

Bildnachweise:

sofern nicht anders vermerkt:
Klinikarchiv: Klaus Hinkhofer
Titelbild: Rainer Grantzow

masern - mässling - rougeole - morbilli - ospice
 measles - kizamik - spalnièky - sarampión -
 odra - boginjè - sarampo - rubeòla - mazelen -
 rooihond - tuhkarokko - masern - kizamik
 masern - mässling - morbilli - ospice
 measles - sarampión -
 odra - boginjè - mazelen -
 rooihond - kizamik
 masern - morbilli - ospice
 measles - sarampión -
 odra - boginjè - mazelen -
 rooihond - masern - kizamik
 masern - mässling - rougeole - morbilli - ospice
 measles - kizamik - spalnièky - sarampión -
 odra - boginjè - sarampo - rubeòla - mazelen -
 rooihond - tuhkarokko - masern - kizamik

Krankheit

kennt keine Nationalität

Haunersches Kinderspital



Zum Ende des Jahres 2000 erscheint es reizvoll,
 einmal in den Jahresbericht des Dr. von
 Haunerschen Kinderspitals von vor 100 Jahren zu
 schauen. Vieles ist erstaunlich gleich sensibel geblieben,
 vor allem etwa die Probleme der Spitalsfinanzierung!
 Vielleicht haben Sie in einer etwas ruhigeren
 Adventszeit einmal ein bißchen Zeit, den Bericht von
 Professor von Ranke über das Jahr 1900 in unserem
 Spital zu lesen und wie damals hier Weihnachten
 gefeiert wurde. (S. 8).

Mit Interesse sehen wir zum Beispiel, dass damals in
 der Statistik auch schon 56 ausländische Kinder im
 Spital behandelt wurden (4,5%), vorwiegend wohl aus
 dem benachbarten Österreich-Ungarn, aber auch schon
 aus der Türkei, den USA und Rußland, insgesamt aus 8
 Ländern. 100 Jahre später waren 2059 Kinder (16,4%)
 aus 82 "fremden" Ländern als Patienten bei uns.

Die Liste ist in diesem Heft auf Seite 14 abgedruckt und spiegelt die Vielfalt der
 Nationen und Menschen wider, die in unserer Stadt leben, führt aber auch einige entferntere
 und exotischere Länder auf, aus denen Familien ganz speziell und gezielt nach München
 kommen, um ihre Kinder mit besonderen und schweren Krankheiten oder komplexen
 Fehlbildungen bei uns im Haunerschen behandeln zu lassen.

Kinder aus vielen Ländern, die täglich bei uns in der Klinik zusammen kommen,
 zusammen sind und zusammen leben, - egal ob unfallverletzt oder tumorkrank, ob
 behindert oder nur kurzzeitig krank, ob chinesisch oder türkisch, ob skandinavisch hell
 oder afrikanisch dunkel, - zeigen uns eindrucksvoll und nachahmenswert, wie
 selbstverständlich und normal es ist, ganz locker miteinander zu leben, umzugehen, zu
 spielen und sich zu verständigen, - und sich gleich zu sein. Das Problem Ausländer gibt es
 im Haunerschen Spital nicht und gabe es nie. Auch darin lebt der Geist des Dr. August von
 Hauner in seinem Spital weiter.

"Wir alle sind Ausländer — irgendwo"! Bei den Kindern im Haunerschen fängt dieses
 Irgendwo bei Afghanistan an und hört bei Zaire auf.

Unsere Weihnachtswünsche und unsere Glückwünsche für ein erfolgreiches Neues Jahr
 für Sie alle, für unsere heutigen und ehemaligen Mitarbeiter im Dr. von Haunerschen
 Kinderspital, für unsere heutigen und früheren Patienten und ihre Eltern, für alle unsere
 Freunde und Gönner in weitestem Sinne und für alle, mit denen wir in irgendeiner Weise
 zusammen arbeiten, - diese Wünsche sind verbunden mit unserem Dank für das
 vergangene Jahr und unserer Hoffnung auf eine glückliche Zukunft für uns Ausländer
 überall und wo immer.

Dietrich Reinhardt

Ingolf Joppich



EINLADUNG Weihnachts- feier 2000

am 18. Dezember
um 16³⁰ Uhr

es feiern mit:

- die Puppetplayers
- der Gospelchor der Kirche Sankt Lukas
- der Haunerchor
- der wirkliche Nikolaus

Im Anschluss laden wir alle Mitarbeiter und Freunde des Hauses zu einem fröhlichen Ausklang mit bewährten und neuen Künstlern.

Eine kleine Weihnachts-Geschichte

Vor einem halben Jahrhundert schon veröffentlichte Karl Heinrich Waggenerl seine inwendigen Geschichten "Und es begab sich...". Und daraus soll diese kleine Weihnachtsgeschichte zur Einstimmung auf die nächsten Wochen hier nacherzählt werden.

Die Geschichte erklärt uns vielleicht, warum sich kranke Säuglinge in der Klinik so gut beruhigen lassen, wenn sie nur am Daumen lutschen können.

Karl Heinrich Waggenerl: Wozu die Liebe den Hirtenknaben veranlasste.

In jener Nacht, als den Hirten der schöne Stern am Himmel erschienen war und sie machten sich alle auf den Weg, den ihnen der Engel gewiesen hatte, da gab es auch einen Buben darunter, der noch so klein und dabei so arm war, daß ihn die anderen gar nicht mitnehmen wollten, weil er ja ohnehin nichts besaß, was er dem Gotteskind hätte schenken können.

Das wollte nun der Knirps nicht gelten lassen. Er wagte sich heimlich ganz allein auf den weiten Weg und kam auch richtig in Bethlehem an. Aber da waren die anderen schon wieder heimgegangen und alles schlief im Stall. Der Heilige Josef schlief, die Mutter Maria, und die Engel unter dem Dach schliefen auch, und der Ochs und der Esel, und nur das Jesuskind schlief nicht. Es lag ganz still auf seiner Strohütte, ein bißchen traurig vielleicht in seiner Verlassenheit, aber ohne Geschrei und Gezappel, denn es war ja ein besonders braves Kind, wie sich denken läßt.

Und nun schaute das Kind den Buben an, wie er da vor der Krippe stand und nichts in den Händen hatte, kein Stückchen Käse und kein Flöckchen Wolle, rein gar nichts. Und der Knirps schaute wiederum das Christkind an, wie es da liegen musste und nichts gegen die Langeweile hatte, keine Schelle und keinen Garnknäuel, rein gar nichts.

Da tat dem Hirtenbuben das Himmelskind in der Seele leid. Er nahm das winzig kleine Fäustchen in seine Hand und bog ihm den Daumen heraus und steckte ihn dem Christkind in den Mund.

Und von nun an brauchte das Jesuskind nie mehr traurig zu sein, denn der arme, kleine Knirps hatte ihm das Köstlichste geschenkt, was einem Wickelkind beschert werden kann: den eigenen Daumen.

I.J.

Otto Müller Verlag Salzburg 1953.

Vierzehnter Jahresbericht

gekürzter Auszug

der
Kgl. Universitäts-Kinderklinik
und Poliklinik
im

Dr. von Hauner'schen Kinderspital
zu München

für das Jahr 1900.



Das 1882 erbaute Dr. von Hauner'sche Kinderspital

Im Jahre 1900 wurden in die beiden Abtheilungen der k. Universitäts-Kinderklinik im Dr. v. Hauner'schen Kinderspital 1238 kranke Kinder aufgenommen und zwar 913 in die interne, 325 in die chirurgische Abtheilung. Auf diese 1238 in der Klinik behandelten Fälle entfielen 19206 Verpflegstage, so daß auf das einzelne Kind durchschnittlich 15,5 Verpflegstage treffen.

Bei Betrachtung dieser Zahlenreihe erkennt man, daß bis zum Jahre 1897 ein ziemlich ununterbrochenes Ansteigen der Zahl der aufgenommenen Kinder sowohl als der Kinderverpflegstage zu konstatiren war. Seit 1897 jedoch trat eine weitere Steigerung der Verpflegstage nicht mehr ein, im Gegentheil ergibt sich seitdem eine nicht unbeträchtliche Abnahme der letzteren, während die Zahl der aufgenommenen Kinder sich ungefähr gleich blieb.

Wie weiter unten hervorgehoben werden wird, rührt das daher, daß die Anstalt seit 1897 an der Grenze ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit angelangt ist und die Anzahl der Verpflegstage durch frühere Entlassung der Kinder systematisch beschränkt werden mußte, um das Gleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben einigermaßen aufrecht zu erhalten.

Am 1. Januar 1900 war der Krankenstand im Hause 62, am 31. Dezember 58.

Der Diphtherie-Pavillon, über dessen bauliche Einrichtung wir im letzten Jahresberichte ausführlich berichteten, war von dem k. Landbauamte im Spätsommer 1900 fertig gestellt und die innere Einrichtung durch den Verein zur Unterstützung des Kinderspitals in

höchst praktischer Weise durchgeführt worden.

Als nun die Belegung mit Kranken stattfinden sollte, stellte sich ein unerwartetes Hinderniß entgegen. Die k. Centralimpfanstalt, welche bekanntlich aus dem Areal des Kinderspitals in ein neues Heim verlegt werden sollte, war in der Erwerbung des neuen Baugrunds auf Schwierigkeiten gestoßen, welche eine unmittelbare Verlegung derselben unmöglich machten. Um nun die k. Centralimpfanstalt durch die Nachbarschaft der Diphtheriekranken nicht zu gefährden, mußte einstweilen von einer Belegung des Pavillons Umgang genommen und derselbe leer gelassen werden. Es war dieß ein großes Opfer, das die Kinderklinik im Interesse der Allgemeinheit zu bringen hatte, doch blieb nichts Anderes übrig, denn die für ganz Bayern höchst nützlich wirkende Centralimpfanstalt durfte unter keiner Bedingung auch nur dem Schein einer Gefahr ausgesetzt werden.

In der chirurgischen Abtheilung unter Leitung des Herrn Professors Dr. Herzog wurden 484 Operationen ausgeführt.

Die zweimal wöchentlich abgehaltene Turnstunde wurde von 40 Kindern mit rhachitischen Scoliosen, bezw. Kyphoscoliosen besucht.

In beiden Abtheilungen, der internen und der chirurgischen, wurde, wie üblich, regelmäßiger klinischer Unterricht erteilt, welcher von Studierenden und jungen Ärzten stark besucht war.

In dem practischen Unterrichtscurs für Impftechnik wurden 965 Kinder unentgeltlich geimpft.

Die Einnahmen der Anstalt pro 1900 betrugen:

Mukoviszidose

BESSER LEBEN – PULMOZYME®



Pulmozyme®
Dornase alfa (rhDNase)

Pulmozyme®: Zusammensetzung: Eine Kunststoffampulle zu 2,5 ml Lösung enthält als Wirkstoff 2500 E. (entspr. 2,5 mg) Dornase alfa (rekombinante humane DNase) und als sonstige Bestandteile Calciumchlorid 2 H₂O, Natriumchlorid, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Behandlung der cystischen Fibrose (Mukoviszidose) bei Patienten, die älter als 5 Jahre sind und deren FVC mehr als 40% des Normalwertes beträgt. **Gegenanzeigen:** Bekannte Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder weitere Bestandteile des Präparates. **Warnhinweis:** Pulmozyme sollte in der Schwangerschaft nur dann angewendet werden, wenn es unbedingt erforderlich ist. Eine Anwendung bei stillenden Frauen wird nicht empfohlen. **Nebenwirkungen:** Pharyngitis, Veränderungen der Stimme (Heiserkeit), Brustschmerzen, Laryngitis, Konjunktivitis, Hautausschläge auch mit Juckreiz, vermehrtes Abhusten von Schleim, Verschlechterung der Lungenfunktion während des Inhalationsvorgangs, Bildung von IgG- oder IgM-Antikörpern gegen Dornase alfa. **Wechselwirkungen:** Bisher nicht bekannt. Pulmozyme darf im Inhaliergerät nicht mit anderen Präparaten oder Inhalierlösungen gemischt werden. **Dosierung:** Soweit nicht anders verordnet: 1 mal täglich den Inhalt einer Ampulle zu 2,5 ml Lösung unverdünnt inhalieren. **Aufbewahrungs-/Anwendungshinweise:** Pulmozyme ist gekühlt zwischen +2°C und +8°C sowie vor direkter starker Lichteinwirkung geschützt aufzubewahren. Inhalation mit Düsen-Verneblungsgeräten. **Packungen:** 6 Ampullen, 30 Ampullen. Preise und weitere Informationen auf Anfrage. **Stand:** Juli 1997. Verschreibungspflichtig.



Pharma

Hoffmann-La Roche AG
79630 Grenzach-Wyhlen

Sustentationsbeitrag vom Staate (Mealexigenz 18000 Mk.)	Mk. 20,810.—
" " Kreise Oberbayern	" 1,200.—
" " Kreise Niederbayern	" 200.—
" " Kreise Schwaben und Neuburg	" 300.—
" " Kreise Oberpfalz und Regensburg	" 100.—
" Stadtmagistrate München	" 1,500.—
Zuschuß aus der Reiner'schen Stiftung	" 500.—
Zinsen aus dem Kapitalvermögen des Hospitals (alter Fond)	" 5,281.50
Zinsen aus Vermächtnissen und Schenkungen, sowie aus dem Contocurrentverkehr	" 644.97
Verpflegsgelder zahlender Kinder	" 6,588.50
Rückersatz für Behring'sches Heilserum	" 567.—
Uebrige Einnahmen	" 44.—

Gesamtbetrag der Einnahmen Mk. 37,735.97

Die Ausgaben betrugen laut Ausweis der fgl. Universitäts-Hauptkasse, welcher das Rechnungswesen der Anstalt übertragen ist, 39,116 Mk. 87 Pf., so daß sich auch in diesem Jahr wieder ein Passivrest ergibt und zwar von 1,380 Mk. 90 Pf.

Wenn man die Gesamtsumme der Ausgaben zu 39,116 Mk. 87 Pf. auf die 19,206 Kinderverpflegstage berechnet, so stellt sich der einzelne Kinderverpflegstag auf 2 Mk. 3 Pf. gegenüber 1 Mk. 86 Pf. im Vorjahre.

Von den 19,206 Kinderverpflegstagen treffen 15,018 auf Kinder, welche ganz unentgeltlich versorgt und behandelt wurden. Demnach wurde für mehr als 78% aller in der Anstalt verpflegter Kinder kein Pfennig Entschädigung geleistet.

Wie ersichtlich hatte auch im vergangenen Jahre wieder die Stadt München den weitaus größten finanziellen Vortheil vom Kinderhospital. Bekanntlich hat zwar die Stadt München ein statutenmäßiges, verbrieftes Recht darauf, daß die Zinsen des dem Hospital bei seiner Uebernahme durch den Staat verbliebenen rentirlichen Vermögens (alter Fond) zunächst zur unentgeltlichen Behandlung und Verpflegung der in München heimatlosen armen kranken Kinder verwendet werden. Die Zinsen jenes rentirlichen Vermögens betrugen, wie oben angegeben, im Betriebsjahre 5281 Mk. 50 Pf.; wenn wir diese ganze Summe nicht nur zunächst, sondern ausschließlich den in München heimatlosen Kindern zu Gute rechnen und noch den jährlichen Beitrag der Stadt dazu nehmen, so bleibt immer noch eine diesen Betrag übersteigende baare Geldleistung des Hospitals zum Besten der armen in München heimatberechtigten Kinder von 5199 Mk.

Für zahlende Kinder, welche in den allgemeinen Krankensälen versorgt werden, berechnet die Anstalt als volles Kostgeld für Pflege und ärztliche Behandlung pro Tag 1 Mk. 50 Pf., während, wie oben erwähnt, der einzelne Kinderverpflegstag der Anstalt selbst auf 2 Mk. 3 Pf. zu stehen kommt.

In den Separatzimmern für Privatfranke sind für ein einzelnes Kind pro Tag 3 Mk., für ein Kind in Begleitung einer Erwachsenen täglich 6 Mark als Entgelt für Kost und Pflege an die Anstalt zu entrichten, während die Kosten der ärztlichen Behandlung gesondert berechnet werden.

Im Ganzen wurden im vergangenen Jahre 6583 Mk. 50 Pf. an Verpflegungsgeldern vereinnahmt, davon treffen 3181 Mk. auf die interne Abtheilung und 2997 Mk. auf die chirurgische.

Auf Patienten in Separatzimmern trafen aus obiger Summe 405 Mk.

Den barmherzigen Schwestern, welche, in treuer Hingebung an ihren Beruf, mit größter Sorgfalt und Freundlichkeit die armen Kinder warten und pflegen, gebührt auch in diesem Jahre wieder der wärmste Dank und die vollste Anerkennung der Direktion. Die Frau Oberin, Schwester Ludöna, verdient außerdem ganz besonderen Dank für die musterhafte Führung des Haushaltes.

Die Finanzierung der Anstalt bereitet gegenwärtig dem unterzeichneten Direktor große Sorge.

Wie in den früheren Jahresberichten erwähnt, arbeitet die Anstalt schon seit dem Jahre 1887 mit einem regelmäßig wiederkehrenden Defizit und die Rentenüberschüsse aus früheren Jahren, aus welchen diese Fehlbeträge bisher gedeckt werden konnten, sind bis auf einen verschwindenden Rest aufgezehrt.

Der Beitrag des Staates zur Mealexigenz der Anstalt wurde im Jahre 1887 auf 18000 Mk. jährlich festgesetzt und ist seitdem nicht erhöht worden, obgleich die Anzahl der in einem Jahre verpflegten Kinder seit dem Jahre 1887 von 637 mit 11279 Verpflegstagen auf 1238 Kinder mit 19206 Verpflegstagen im Jahre 1900 gestiegen ist und durch den Neubau der Separationsbaracken für Scharlach, Masern und zweifelhafte Fälle im Jahre 1891 die Bettenzahl um mehr als 30 vermehrt wurde.

Weiterhin ist zu beachten, daß als die Summe von 18000 Mk. Staatsbeitrag im Jahre 1887 festgesetzt wurde, die Gesamtausgaben der Anstalt 27769 Mk. betrugen, während dieselben im verfloßenen Jahre 1900 sich auf 39116 Mk. 87 Pf. belaufen, demnach im Laufe der Jahre um 11147 Mk. gestiegen sind.

Daß trotz dieser Steigerung der Ausgaben das Gleichgewicht zwischen Einnahme und Ausgabe bisher annähernd erhalten werden konnte, wurde nur dadurch ermöglicht, daß es der Direktion durch, es darf wohl ohne Uebertreibung gesagt werden, rastloses Bemühen gelungen ist, die Einnahmen der Anstalt aus manchen anderen Quellen allmählich entsprechend zu steigern.

Gegenwärtig ist aber ein Punkt erreicht, wo es nicht mehr möglich erscheint, das Gleichgewicht zu erhalten, wenn der Staat nicht durch eine wesentliche Steigerung seines Beitrages helfend eingreift.

Unter diesen Verhältnissen muß es sogar als ein Glück angesehen werden, daß der neue Diphtherie-Pavillon mit seinen 30 weiteren Betten im Winter 1900/1901 noch nicht mit Kranken belegt werden konnte, denn wenn dieß geschehen wäre, so würden wir jetzt schon einem sehr bedeutenden Fehlbetrage gegenüber stehen.

Nach dem Uebertrag des Maschinenisten der Anstalt wird die Heizung des Diphtherie-Pavillons allein ca. 3000 Mk. jährlich in Anspruch nehmen, dazu kommen noch die Ausgaben für elektrische Beleuchtung und die übrigen unvermeidlichen Ausgaben des erweiterten Betriebes. Rechnet man dazu das regelmäßige Defizit der letzten vier Jahre mit durchschnittlich 1200 Mk. und den durch die Zinsreduktion hervorgerufenen Zinsentgang aus dem Kapitalvermögen der Anstalt mit jährlich 1000 Mk. (im Jahre 1887 betrugen diese Zinsen 6267 Mk. und im Jahre 1900, trotz der jährlichen Redundierung von 600 Mk. nur noch 5281 Mk.), so wird Niemand sich dem Eindruck verschließen können, daß nur durch eine Erhöhung des jährlichen Sustentationsbeitrages des Staates geholfen werden kann.

Die Direktion hat bei der zuständigen Stelle einen dießbezüglichen Antrag gestellt, der dem nächsten Budgetlandtag zur Entscheidung vorgelegt werden wird und die Direktion sieht der Entscheidung um so vertrauensvoller entgegen, als die beiden hohen Kammern des Landtags durch Bewilligung der für die Herstellung der neuen Gebäude nöthigen Summen, ihr Interesse für die gegenwärtige Wirksamkeit der Anstalt stets in ausgiebiger Weise betheilt haben.

Seitens der Poliklinik des Hospitals wurden im vergangenen Jahre 967 Kinder in ihren Privatwohnungen in der Stadt unentgeltlich besucht und behandelt.

Im allgemeinen Ambulatorium kamen im Laufe des Jahres 5711 kranke Kinder zur Behandlung, darunter 2897 im Alter unter einem Jahr.

Sämmtliche Kranke der Besuchsanstalt (Poliklinik) wie des Ambulatoriums erhielten, wie in den Vorjahren, die verordneten Arzneien aus der fgl. Hofapotheke um ein Drittel der Arzneitage, die ärmersten ganz unentgeltlich.

Seiner fgl. Hoheit, unserem allergnädigsten Prinz-Regenten, erstatten wir hiefür unseren ehrfurchtsvollsten, innigsten Dank.

Einer für Viele.

Verwendet verschiedene Inhalationssysteme

Wiederholt Klinik-einweisung wegen Exazerbation

Benötigt häufig kurz-wirkende Betamimetika

Leidet an nächtlichen Asthmasymptomen

Das einzige langwirkende Betamimetikum „auch bei Bedarf“ additiv zur Basismedikation.



Oxis® Turbohaler® 12 µg/6 µg. Wirkstoff: Formoterolfumaratdihydrat. **Zusammensetzung:** Oxis® Turbohaler® 12 µg/6 µg. Eine Einzeldosis mit 0,6 mg Pulver enthält 12 µg/6 µg Formoterolfumaratdihydrat. **Sonstige Bestandteile:** Lactosemonohydrat. **Anwendungsgebiete:** Zur Erleichterung bronchialobstruktiver Symptome bei Asthmatikern, bei denen eine adäquate Behandlung mit Kortikosteroiden allein nicht ausreichend ist. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegenüber Formoterol oder inhalierter Lactose. Während der Schwangerschaft, insbesondere in den ersten 3 Monaten und kurz vor der Geburt nur nach eingehender Nutzen-Risiko-Abwägung anwenden. Nicht während der Stillzeit. Nicht bei Kindern bis zu 12 Jahren. Bei Patienten mit schwerer Leberzirrhose evtl. erhöhte Serumspiegel. **Nebenwirkungen:** Häufig: Kopfschmerzen, Palpitationen und Tremor, die jedoch meistens bei Fortführung der Therapie nach 1-2 Wochen abklingen. Selten: Agitiertheit, Rastlosigkeit, Schlaflosigkeit, Muskelkrämpfe, Tachykardie. Sehr selten: Exantheme, Urtikaria, Pruritus, paradoxe Bronchospasmen, Hypokaliämie/ Hyperkaliämie. In Einzelfällen: Nausea, Geschmacksstörungen, Benommenheit, Angina pectoris, Veränderungen des Blutdrucks und Hyperglykämie. Eine Behandlung mit β2-Sympathomimetika kann zu einer Erhöhung der Blutspiegel von Insulin, freien Fettsäuren, Glycerin und Ketonkörpern im Blut führen. **Hinweise:** Verfallsdatum beachten. Gerät unmittelbar nach Gebrauch gut verschließen. **Darreichungsform:** 1 Oxis® Turbohaler® 12 µg/6 µg mit 60 Einzeldosen, 3 Oxis® Turbohaler® 12 µg/6 µg mit 3 x 60 Einzeldosen. **Verschreibungspflichtig.** Weitere Einzelheiten enthalten die Gebrauchs- und Fachinformationen. Stand: März 2000. pharma stern GmbH, 22880 Wedel.



Heinrich von Ranke als Direktor der Universitätsklinik (1886-1905)

Verein zur Unterstützung des Dr. von Hauner'schen Kinderhospitals

unter dem Schutze

Ihrer Königl. Hoheit der Frau Prinzessin Ludwig
von Bayern.

Dieser im Juni 1888 gegründete, wohlthätige Verein hat den Zweck, die Privatwohlthätigkeit, durch welche das Dr. v. Hauner'sche Kinderhospital bis zur Zeit als dasselbe eine staatliche Subvention erhielt (Herbst 1886), allein unterhalten wurde, der Anstalt auch fernerhin zu wahren und dadurch deren weitere Entwicklung und Ausbarmachung für die armen kranken Kinder so viel als möglich zu fördern.

Demgemäß ist es die Aufgabe des Vereins, dem Kinderhospital durch einmalige oder jährliche Beiträge in Geld oder Waaren, sowie durch freiwillige Verfügungen Mittel zuzuführen.

Statutengemäß sind diese Mittel in erster Linie zu verwenden:

- Für unentgeltliche Behandlung armer schwerkranker Kinder außerhalb des Spitalgebäudes in den Wohnungen ihrer Angehörigen (Poliklinische Abtheilung des Hospitals).
- Zur Weihnachtsbescherung für die armen Patienten und das Dienstpersonal, sowie zu Anschaffungen und kleinen

Geschenken für die Kinder bei anderen Gelegenheiten.

c) Zu außerordentlichen Leistungen für das Hospital, welche in dem Etat nicht vorgesehen sind.

Die Mitgliedschaft des Vereins wird erworben durch einen jährlichen Beitrag von mindestens 3 Mark oder eine einmalige Gabe von mindestens 100 Mark.

In der Spitze des Vereins steht als I. Vorstand der jeweilige Direktor des Dr. v. Hauner'schen Kinderhospitals und vier von der alljährlich, in den Monaten April oder Mai, einzuberufenden Generalversammlung auf die Dauer von drei Jahren gewählte Ausschußmitglieder.

In diesem Jahre hat der Verein die von ihm freiwillig übernommene Aufgabe, den neuen Diphtheriepavillon mit Betten, Bettzeug, übrigen Mobiliar und allem Zubehör vollständig auszustatten, durchgeführt.

So wurden die zwei großen Krankensäle mit je 10 Betten, dann 6 Separatzimmer mit je 1 Bett und Schlafdivan, 1 Zimmer für 2 Schwestern, ein anderes für 2 Mägde und eine Garderobe und das Operationszimmer mit allem Nöthigen eingerichtet, so daß der Pavillon sofort mit Kranken belegt werden könnte. Die Ausgaben hiefür betrugen nahezu 7000 Mk.

Es ist das eine großartige Leistung, auf die der Verein stolz sein darf, ebenso wie auf die im Jahre 1891 von ihm bethätigte Anschaffung eines Desinfectionsapparates zur Desinfection infizirter Wäsche und ganzer Betten, wofür der Verein damals 3000 Mk. verausgabte.

Der Verein hat demnach, abgesehen von seinen jährlich wiederkehrenden Ausgaben, für dauernde Zwecke der Anstalt schon die bedeutende Summe von 10000 Mk. verausgabt.

Da, wie bereits erwähnt, der Diphtheriepavillon mit Rücksicht auf die Centralimpfanstalt bis zum kommenden Sommer noch nicht mit Kranken belegt werden kann, so ist bis dahin die Beschäftigung desselben seitens der vereherten Vereinsmitglieder ohne jede Gefahr der Ansteckung möglich und ist die Frau Oberin der barmherzigen Schwestern des Kinderhospitals, Schwester Rudöna, stets bereit, Vereinsmitgliedern den Pavillon zu zeigen.

Auch im vergangenen Jahre wurde das Weihnachtsfest in der Anstalt unter Theilnahme einer großen Anzahl von Vereinsmitgliedern gefeiert. Die Feier, in Gegenwart so vieler kranker Kinder, verlief wieder rührend und erhebend, so daß sie wohl bei allen Theilnehmern eine dauernde Erinnerung zurückgelassen haben dürfte.

Im laufenden Jahre findet die Bescherung wieder am 24. Dezember, Morgens 10 Uhr, statt, wozu alle Vereinsmitglieder freundlichst eingeladen sind.

Nur durch den Verein ist es möglich geworden, dem Hospital den traulichen Familiencharakter, wie er in einer solchen Feier zum Ausdruck kommt, zu erhalten.

Wie in den Vorjahren war wieder von edlen Wohlthäterinnen eine Menge theils nützlicher Geschenke, wie Kleidungsstücke, Schuhe etc., theils Puppen und Spielsachen zur Bescherung geschenkt worden, so daß der Verein aus eigenen Mitteln nur 198 Mark beizusteuern hatte.

Schließlich erlauben wir uns, um recht zahlreiche Beitritte neuer Mitglieder zu unserem Verein zu bitten. Von Jahr zu Jahr mehrt sich die Zahl der Hilfesuchenden und wachsen dementsprechend die Ausgaben. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß durch den Beitritt zu unserem Verein ein humanitäres Werk ersten Ranges gestützt wird.

München, den 27. März 1901.

Prof. Dr. H. von Ranke,

I. Hofrath, Direktor des Dr. v. Hauner'schen Kinderhospitals und

I. Vorsitzender

des Vereins zur Unterstützung desselben.

Viani® mit 50 µg/100 µg Diskus®. Viani® 50 µg/250 µg Diskus®. Viani® forte 50 µg/500 µg Diskus®. Wirkstoffe: Salmeterol-xinafoat, Fluticason-17-propionat. Verschreibungspflichtig. Zusammensetzung: 1 Einzeldosis Viani® mit 50 µg/100 µg Diskus® bzw. 50 µg/250 µg Diskus® bzw. forte 50 µg/500 µg Diskus® enthält in 12,5 mg Pulver jeweils 0,0725 mg Salmeterolxinafoat, entsprechend 0,050 mg Salmeterol und 0,100 mg bzw. 0,250 mg bzw. 0,500 mg Fluticason-17-propionat. Weitere Bestandteile: Lactose 1 H₂O. Anwendungsgebiete: Regelmäßige Behandlung von Asthma bronchiale, bei der die Anwendung eines bronchienerweiternden Arzneimittels und eines entzündungshemmenden Arzneimittels zum Inhalieren in Kombination angezeigt ist; nicht zur Akutbehandlung eines Asthmaanfalls. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen einen der Bestandteile. Für die Anwendung von Viani® bei Kindern unter 4 Jahren liegen keine Daten vor. Da bisher keine ausreichenden Erfahrungen in der Schwangerschaft und in der Stillzeit vorliegen, sollte eine Behandlung während dieses Zeitraumes nur erfolgen, wenn der zu erwartende Nutzen für die Mutter größer ist als ein mögliches Risiko für das Kind. Nebenwirkungen: Paradoxe Bronchospasmus mit rasch einsetzender Atemnot möglich. Dann sofort bronchienerweiterndes Medikament mit schnellem Wirkungseintritt inhalieren und die Anwendung von Viani® Diskus® unverzüglich abbrechen. Bei der Anwendung von Salmeterol sind pharmakologische Nebenwirkungen einer Beta₂-Agonisten Behandlung wie Tremor, Palpitationen und Kopfschmerzen berichtet worden, diese sind aber vorübergehend und klingen bei regelmäßiger Behandlung meistens wieder ab. Bei einigen Patienten können kardiale Arrhythmien auftreten. Es wurde von Arthralgien, Myalgien, Muskelkrämpfen und Überempfindlichkeitsreaktionen einschließlich Exanthem, Ödem und Angioödem berichtet. Bei der Anwendung von Fluticason-17-propionat können bei manchen Patienten Heiserkeit und ein Soorbefall der Mund- und Rachenschleimhaut auftreten. Überempfindlichkeitsreaktionen mit Hautbeteiligung sind berichtet worden. In klinischen Prüfungen mit Viani® Diskus® traten zusätzlich zu den genannten Nebenwirkungen Dysphonie und Reizung der Rachenschleimhaut auf. Weitere Angaben siehe Fachinformation. Stand: März 1999.

Hinweis:

Für die Behandlung plötzlich auftretender Atemnotanfälle sollten zusätzlich schnellwirkende Beta₂-Mimetika mit kurzer Wirkdauer verwendet werden.

Glaxo Wellcome GmbH & Co.
23834 Bad Odesloe

Viani® im Internet:
www.viani.com

GlaxoWellcome

Hilft nicht
gegen Langeweile.

Aber umso besser
gegen Asthma.



Viani®

Langanhaltende Bronchienerweiterung plus Entzündungskontrolle.

1900 im Dr. von Haunerschen Kinderspital behandelte Kinder aus 8 Nationen

Belgien	1	Rußland	3
Italien	6	Schweden	1
Österreich/Ungarn	43	Türkei	1
USA	1		
Ausländische Kinder	56	4,52%	
Deutsche Kinder	1.182		

1999 im Dr. von Haunerschen Kinderspital behandelte Kinder aus 82 Nationen

Afghanistan	60	Macau	1
Ägypten	4	Malaysia	1
Albanien	63	Marokko	2
Algerien	2	Mazedonien	1
Amer. Jungferni.	3	Moldau	1
Angola	3	Niederlande	4
Armenien	2	Nigeria	1
Aserbaidschan	2	Österreich	42
Äthiopien	5	Pakistan	7
Bahamas	3	Peru	1
Belgien	5	Polen	25
Belize	1	Portugal	12
Bolivien	1	Rumänien	7
Bosnien-Herzeg.	71	Russische Foederation	11
Brasilien	5	Schweiz	5
China	10	Sierra Leone	1
Dänemark	2	Slowakei	1
El Salvador	1	Slowenien	5
Färöer	1	Somalia	1
Frankreich	28	Spanien	4
Georgien	1	Sri Lanka	18
Ghana	2	Staatenlos	1
Griechenland	183	Südafrika	1
Großbritannien	26	Sudan	2
Guam	1	Syrien	8
Indien m. Sikkim	4	Thailand	6
Irak	11	Togo	6
Iran	20	Tonga	3
Irland	1	Tschechien	5
Israel	4	Tunesien	8
Italien	116	Türkei	719
Jamaika	1	Ukraine	8
Japan	3	Ungarn	3
Jordanien	1	Uruguay	2
Jugoslawien	345	USA	18
Kongo	4	Usbekistan	2
Kroatien	81	Vereinigte Arabische Emirate	12
Libanon	2	Vietnam	17
Liberia	1	Weiss Rußland	4
Libyen	1	Zaire	1
Luxemburg	1	Zentralaf. Republik	1

Ausländische Kinder 2.059 **16,38%**
Deutsche Kinder 10.505



Dein bester Spielkamerad

- **Beeindruckende Verträglichkeit –**
für eine Therapie, die befreit und nicht belastet

- **Nur 1 x täglich 1 Kautablette –**
unkompliziert und alltagsfreundlich

- **Schneller Wirkeintritt –**
für effektive Asthmakontrolle rund um die Uhr

Weltweit über
3 Millionen Patienten
therapiert

TABLETTE TÄGLICH
SINGULAIR junior 5mg
 Wirkstoff: Montelukast-Natrium

*SINGULAIR® 10 mg: als Zusatztherapie bei leichtem bis mittelschwerem chron. Asthma



SINGULAIR® 10 mg/-junior® 5 mg

Wirkstoff: Montelukast-Natrium. **Zusammensetzung:** Arzneilich wirksame Bestandteile: 1 Kautablette SINGULAIR junior® 5 mg enthält Montelukast-Natrium 5,2 mg, entsprechend 5,0 mg Montelukast; 1 Filmtablette SINGULAIR® 10 mg enthält Montelukast-Natrium 10,4 mg, entsprechend 10 mg Montelukast. **Sonstige Bestandteile:** SINGULAIR junior® 5 mg: D-Mannitol, mikrokristalline Cellulose, Hydroxypropylcellulose, Eisen(III)-oxid (Farbstoff E 172), Croscarmellose-Natrium, Permaseal® synthetisches Kirsch-Aroma 181612, Aspartam, Magnesiumstearat. SINGULAIR® 10 mg: Mikrokristalline Cellulose, Lactose-Monohydrat (89,3 mg), Croscarmellose-Natrium, Hydroxypropylcellulose, Magnesiumstearat, Filmüberzug: Poly(0-2-hydroxypropyl, 0-methyl)cellulose Hydroxypropylcellulose, Titandioxid (Farbstoff E 171), Eisen (III)-oxid (Farbstoff E 172), Eisenoxidhydrat (Farbstoff E 172), Carnaubawachs. **Anwendungsgebiete:** Als Zusatzbehandlung bei Patienten mit leichtem bis mittelgradigem chronischen Asthma, das mit einem inhalativen Kortikoid nicht ausreichend behandelt und das durch die bedarfsweise Anwendung von kurzwirksamen β_2 -Sympathomimetika nicht ausreichend unter Kontrolle gebracht werden kann. Zur Prophylaxe der belastungsinduzierten Bronchokonstriktion (Belastungsasthma). **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen einen der Bestandteile dieser Arzneimittel. **Warnhinweis:** Die 5 mg-Kautabletten enthalten Aspartam. **Nebenwirkungen:** SINGULAIR junior® 5 mg: Die häufigste Nebenwirkung, die in Verbindung mit der Einnahme von SINGULAIR junior® 5 mg stehen könnte, war Kopfschmerz. Auch wenn ein ursächlicher Zusammenhang mit Montelukast nicht gesichert werden konnte, wurden folgende unerwünschte Arzneimittelwirkungen angegeben, die bei mehr als 3 % der pädiatrischen Patienten und häufiger als unter Placebo auftraten: Häufig: Pharyngitis. Gelegentlich: Influenza, Fieber, Sinusitis, Nausea, Diarrhoe. SINGULAIR® 10 mg: Die häufigsten Nebenwirkungen, die in Verbindung mit der Einnahme von SINGULAIR® 10 mg stehen könnten, waren abdominale Beschwerden und Kopfschmerzen. Auch wenn ein ursächlicher Zusammenhang mit Montelukast nicht gesi-

chert werden konnte, wurden folgende unerwünschte Arzneimittelwirkungen angegeben, die bei mehr als 1 % der Patienten und gleich häufig oder häufiger als unter Placebo auftraten: Häufig: Kopfschmerzen. Gelegentlich: Abdominale Beschwerden, Schwäche/Erschöpfung, Fieber, Trauma, Diarrhoe, Dyspepsie, infektiöse Gastroenteritis, Zahnschmerzen, Schwindel, Insomnie, behinderte Nasenatmung, Husten, Influenza, Exantheme. Unter der Therapie mit SINGULAIR® wurden nach Markteinführung folgende unerwünschten Arzneimittelwirkungen berichtet: Schwäche/Erschöpfung, Schwindel, verändertes Träumen einschließlich Alpträume, Benommenheit, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit, Ruhelosigkeit, Arthralgie, Diarrhoe, Mundtrockenheit, Dyspepsie, Überempfindlichkeitsreaktionen (einschließlich Anaphylaxie, Angioödem, Urtikaria, Juckreiz, Exanthem und – sehr selten eosinophile Leberinfiltrate), Unwohlsein, Myalgie, Übelkeit und Erbrechen. **Hinweis für Verkehrsteilnehmer:** Es ist nicht zu erwarten, daß SINGULAIR® die Fahrtüchtigkeit und die Fähigkeit zum Bedienen von Maschinen eines Patienten beeinträchtigt. Allerdings wurde sehr selten von einzelnen Patienten über Benommenheit berichtet. **Dosierung:** SINGULAIR junior® 5 mg: 1 Kautablette tgl. vor dem Schlafengehen. SINGULAIR® 10 mg: 1 Filmtablette tgl. vor dem Schlafengehen. **Verschreibungspflichtig.** Stand: 06/00
 Weitere Informationen enthalten die Fach- und die Gebrauchsinformationen, deren aufmerksame Durchsicht wir empfehlen.

DIECKMANN ARZNEIMITTEL GMBH, Postfach 1202, 85530 Haar

Mitvertrieb:
 MSD SHARP & DOHME GMBH,
 85530 Haar
 MSD CHIBROPHARM GMBH,
 85530 Haar
 CHIBRET PHARMAZEUTISCHE GMBH,
 85530 Haar
 VARIPHARM ARZNEIMITTEL GMBH,
 85530 Haar

MSD Infocenter
 Tel.: 0800/673 673 673
 Fax: 0800/673 673 329
 e-mail: infocenter@msd.de

Tauchen Sie ein in die Welt von MSD SHARP & DOHME im Internet unter <http://www.msd.de>!

Dietrich Reinhardt

EMMA THALER- SYMPOSIUM DER DUTCH PAEDIATRIC RESPIRATORY SOCIETY UND DER GESELLSCHAFT FÜR PÄDIATRISCHE PNEUMOLOGIE

Emma Thaler

Emma Thaler, geb. Leix

geb. am 19 September 1878 in München
gest. am 27. Juli 1963 in München

Emma Thaler stammte aus einer Münchner Bauunternehmer-Familie. Sie war verheiratet mit Dr. Julius Ernst Thaler, Sanitätsrat, die Ehe blieb kinderlos. Von ca. 1908 bis zu ihrem Lebensende lebte sie in München. Ein Teil ihres Vermögens ging aufgrund ihrer testamentarischen Verfügung in die **Emma Thaler Stiftung** ein, die das Dr. von Haunersche Kinderspital unterstützt.

Die Förderung des Dr. von Haunerschen Kinderspitals durch die Stiftung lag nahe, da Julius Thaler dieser Klinik als 2. und 1. Vorsitzender des Vereins zur Unterstützung des Dr. von Haunerschen Kinderspitals lange Zeit sehr verbunden war.

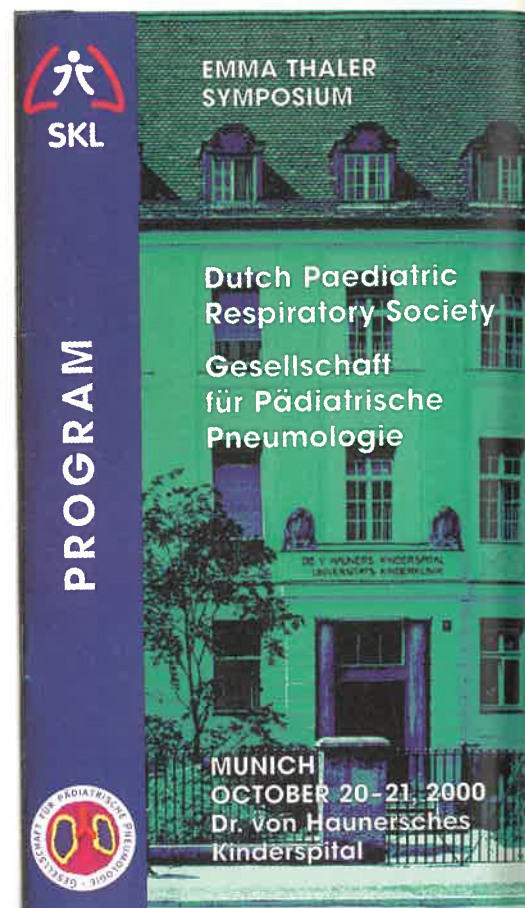
Vom 20. bis 21. Oktober d.J. trafen sich im Dr. v. Haunerschen Kinderspital über 100 pädiatrische Pneumologen aus den Niederlanden und Belgien sowie aus Österreich, der Schweiz und Deutschland zu einem gemeinsamen Symposium. Das eigentlich in Maastricht geplante Symposium musste verschoben werden, da der ursprüngliche Initiator PD Dr. G. Kusenbach im Juni 1999 bei dem Versuch einem Kind in den Bergen zu helfen, tödlich abstürzte.

Herr Kusenbach war Oberarzt und Leiter des pneumologischen Bereichs in der Universitäts-Kinderklinik Aachen. Unterstützt durch ein Ausbildungs-Stipendium hat er von 1984 bis 1985 über ein Jahr in der pneumologischen Abteilung der Kinderklinik Düsseldorf, die der Unterzeichnete seinerzeit leitete, gearbeitet.

Ihm war dieses Symposium gewidmet. Während der Tagung wurden im renovier-

ten Hörsaal des Dr. v. Haunerschen Kinderspitals in Hauptvorträgen Probleme der bronchialen Entzündung und der Therapie beim Asthma bronchiale und bei der Cystischen Fibrose durch renommierte Autoren abgehandelt und dann in fünf parallelen Workshops in kleinen Gruppen noch einmal thematisiert und diskutiert. In einer Postersitzung mit über 40 Postern am Samstagmorgen wurden in drei parallelen Posterbegehungen Probleme der Lungenfunktion sowie verschiedene Themen zum Asthma bronchiale und zur Cystischen Fibrose, während einer 1 1/2stündigen Posterbegehung diskutiert.

Die niederländisch sprechenden Kollegen aus Holland und Belgien haben international auf dem Gebiet der pädiatrischen Pneumologie ein außerordentlich gutes Renommee. Das Emma Thaler-Symposium war demnach gekennzeichnet durch einen hohen wissenschaftlichen Standard, den jedoch in der Zwischenzeit auch verschie-



dene deutschsprachige Gruppen erreicht haben. Durch die wissenschaftlichen Diskussionen, aber vor allen Dingen durch persönliche Gespräche im schönen Ambiente des renovierten Hörsaaltraktes sowie durch Gespräche an den Abenden im Seehaus, wo der niederländische Generalkonsul Herr Zaadhoff einen Empfang gab und die Haunersche Rhythmusstörung u.a. mit 'Tulpen aus Amsterdam' brillant aufspielte sowie am Abschiedsabend im Paulanerbräu am Kapuzinerplatz 5, wurden Begegnungen ermöglicht und Bindungen angebahnt, die hoffentlich lange anhalten und zu weiteren internationalen bilateralen Begegnungen, hier wie dort, führen. An dieses schöne Symposium denken sicher alle gerne zurück (die E-mails, Faxe und Briefe aus den 5 Ländern beweisen es).

Prof. Dr. D. Reinhardt



Konzentrierte Gesichter bei der Postersitzung

Hochdosierte Inhalative Antibiotika - Ein Schutzschild für die Mukoviszidose-Lunge

Mukoviszidose-Patienten leiden häufig an einer chronischen Infektion mit *Pseudomonas aeruginosa*. Inhalieren die Kranken bereits im jugendlichen Alter regelmäßig Tobramycin, statt es nur bei akutem Bedarf intravenös anzuwenden, wird die Zerstörung des Lungengewebes durch die bakterielle Infektion wirkungsvoll aufgehalten. Die Folge ist eine verbesserte Lungenfunktion, eine höhere Gewichtszunahme und geringere Fehlzeiten in Schule und Beruf.

Mukoviszidose ist die in Deutschland häufigste Erbkrankheit mit über 5000 Betroffenen. Ein Gendefekt in der Erbinformation für einen Ionenkanal der Zellmembran führt zu einem gestörten Elektrolyttransport, viskösen Sekreten und schweren Funktionsstörungen der betroffenen Organe. Die Lunge der meisten Mukoviszidose-Patienten wird früher oder später dauerhaft durch *Pseudomonas aeruginosa* befallen. Dieser "Problemkeim Nr.1" sitzt, oft noch durch eine Hülle geschützt, tief im Sekretpropf der kleineren Bronchien. Dort ist er recht schwer zu bekämpfen, vor allem, wenn das Antibiotikum erst aus der Blutbahn bis zum Ort der Infektion vordringen muß.

Diese chronische Infektion mit *Pseudomonas* ist nun die Hauptursache für die geringe Lebenserwartung der Mukoviszidose-Patienten durch eine schleichende und vor allem irreversible Zerstörung

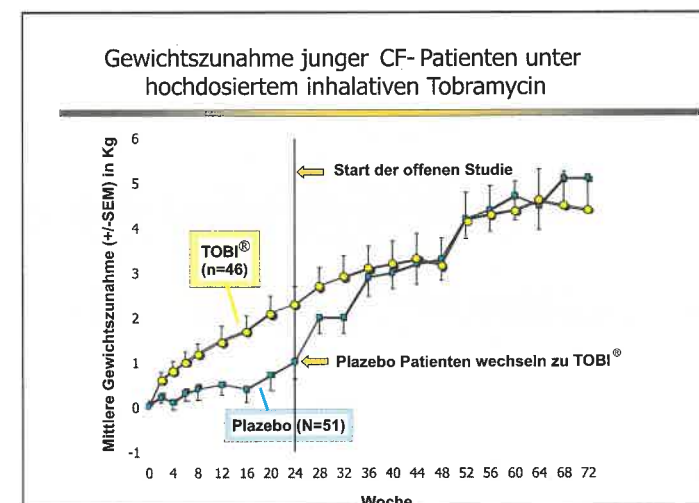


Abb.1: Junge Patienten zwischen 13 und 17 Jahren sprechen bemerkenswert gut auf die inhalative Therapie an. Ihr verbesserter Allgemeinzustand drückt sich in einer deutlichen Gewichtszunahme aus.

des Lungengewebes. Einer frühzeitigen und dauerhaften Bekämpfung der Keime kommt daher größte Bedeutung zu. Basierend auf diesen Überlegungen wurde die erste Tobramycin-Inhalationslösung entwickelt, deren Wirksamkeit und Sicherheit durch die bis dato größte Studie mit inhalierten Antibiotika überprüft wurde.

Von insgesamt 520 Studienteilnehmern erhielten 258 vier Wochen lang zweimal täglich 300 mg Tobramycin zur Inhalation (Handelsname TOBI®), gefolgt von einer vierwöchigen Phase ohne das Medikament. Dieser Zyklus wurde noch zweimal wiederholt (Kontrollierte Studie). Die anderen 262 Patienten erhielten Placebo, beide Gruppen darüberhinaus ihre Mukoviszidose-Standardtherapie. Die Zwischenauswertung nach 24 Wochen zeigte derart gute Ergebnisse in der Verum-Gruppe, daß fortan alle Patienten bis zur

92 Studienwoche TOBI® inhalierten (Open-label Studie). Die Ergebnisse dieser Studie: Bei Patienten der TOBI®-Gruppe nahm das expiratorische Volumen in der ersten Sekunde (FEV₁-Wert) von Woche 0 bis Woche 20 um 10 % zu. In der Kontrollgruppe verminderte es sich dagegen um 2 %. Der FEV₁-Wert von TOBI®-Patienten lag nach der 92. Woche noch 4,7 % über dem Ausgangswert, während Patienten der ehemaligen Placebogruppe einen FEV₁ Wert auf Ausgangsniveau aufwiesen, d.h. der Lungenfunktionsverlust während der Placebo-Periode konnte nicht mehr aufgeholt werden.

In der Verum-Gruppe mußten 26 % weniger Patienten zur stationären Behandlung in ein Krankenhaus aufgenommen werden. Auch die Anzahl Patienten, die eine parenterale Antibiotika Therapie benötigten, lag in dieser Gruppe um 36 % niedriger.

In der TOBI®-Gruppe konnten weder bleibende ototoxische noch nephrotoxische Schäden nachgewiesen werden. Eine Akkumulation des Arzneimittels im Blut blieb aus.

Nach 24 Wochen Tobramycin Inhalation wurden deutlich weniger resistente Stämme beobachtet, als nach einer 14tägigen parenteralen Tobramycin Therapie. Wegen der hohen Wirkstoffkonzentrationen blieb die Resistenzentwicklung auch nach der 92. Woche ohne klinische Relevanz.

Patienten zwischen 13 und 17 Jahren sprachen bemerkenswert gut auf die inhalative Therapie an: Im Vergleich zur Placebo Gruppe konnte ein Anstieg der FEV₁-Wertes um 23 % und über 5 Monate eine Gewichtszunahme von 1,4 kg erreicht werden. Die Lungenfunktion (FEV₁) lag bei dieser Gruppe nach 92 Wochen TOBI®-Therapie noch 14 % über dem Ausgangswert!

Weitere Informationen erhalten Sie durch:

Pulmopharm GmbH
Ottostraße 3
D-80333 München
Telefon: 089/549078-3

Oder nutzen Sie das Mukoviszidose-Portal:
www.pulmopharm.de

Literatur:

Ramsey B.W., Pepe M.S., Quan J.M., et al. (1999)
„Intermittent administration of inhaled Tobramycin in patients with cystic fibrosis“
NEJM 340: 23-30

Karl Heinz Brisch, Dietrich Reinhardt

Kinderpsychosomatik

Bindung von der frühesten Kindheit bis ins Erwachsenenalter

Vom 12. – 14. Juli 2000 fand im Dr. von Haunerschen Kinderspital mit Förderung der Deutschen Forschungsgemeinschaft und der Köhler Stiftung Darmstadt eine internationale Konferenz statt zum Thema "Attachment from Infancy to Adulthood. New Perspectives in Attachment Theory and Developmental Pathways: Application in Prevention, Intervention and Clinical Practice". Hieran beteiligten sich 14 Referenten und 350 Teilnehmer aus 15 Nationen. Der neue Leiter der Abteilung Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie, Dr. med. Karl Heinz Brisch, arbeitet seit vielen Jahren zum Thema "Entwicklung der kindlichen Bindung und ihrer Störungen". Er hatte diese wissenschaftliche Veranstaltung noch an der Universität Ulm geplant, mit seinem Wechsel nach München an das Dr. von Haunersche Kinderspital zum 1. Mai 2000 konnte die Konferenz in München im Hörsaal des Dr. von Haunerschen Kinderspitals stattfinden. Diese Konferenz hatte zum Ziel, dass Grundlagenforscher und Kliniker gemeinsam über neue Perspektiven der Bindungstheorie und über Möglichkeiten der Prävention und der klinischen Anwendungen diskutieren sollten, was in den Räumen des Dr. von Haunerschen Kinderspitals hervorragend gelang. Die Konferenz fand im Wissenschafts-

bericht der Tagespresse (SZ) und durch die dpa auch in vielen überregionalen Tageszeitungen ein lebhaftes Echo. Auch Bayern aktuell sendete einen eigenen Fernsehbeitrag. Mehrere Rundfunksender nahmen in ihren Wissenschaftsendungen das Thema Bindung in ihre Beiträge auf und berichteten von den Ergebnissen der Tagung.

Die Bindungstheorie

Die Bindungstheorie besagt, dass sich ein Säugling im Laufe des ersten Lebensjahres spezifisch an diejenige Pflegeperson bindet, die dieses Kind in Pflege- und Spielsituationen in feinfühler Weise behandelt. Feinfühligkeit bedeutet, dass die Bindungsperson die Signale des Säuglings wahrnimmt, sie richtig interpretiert und angemessen und prompt darauf reagiert. In der Regel wird die Mutter zur Hauptbindungsperson, aber es kann dies auch der Vater, ein Geschwisterkind, die Großmutter oder etwa die Tagesmutter sein. Fühlt sich der Säugling von seiner spezifischen Bindungsperson getrennt, reagiert er mit Trennungsprotest: er weint, ruft und sucht aktiv nach seiner Bindungsperson. Dieses Verhalten ist aus evolutionsbiologischer Sicht für den Säugling und das Kleinkind überlebensnotwendig. Die Hauptbindungsperson verkörpert für den Säugling einen "sicheren Hafen", den er bei Aktivierung seines Bindungssystems,

-etwa bei Trennung, Angst, Gefahr, Erkrankung-, aufsuchen kann. Beruhigt sich sein Bindungssystem wieder durch die Anwesenheit der Bindungsperson und etwa durch Körperkontakt mit ihr, kann der Säugling anschließend auch die Umwelt wieder erkunden. Bindung und Erkundung der Umwelt stehen in einem wechselseitigen Verhältnis. Nur wenn das Bindungssystem beruhigt ist, kann der Säugling und das Kleinkind seine Umwelt entsprechend seinem Neugierverhalten erforschen.

Bindung als emotionale Basis

Sicher gebundene Kinder nutzen ihre Bindungspersonen als sichere emotionale Basis: sie reagieren im Alter von einem Jahr mit Protest auf die Trennung von dieser Person sehr spezifisch und suchen sie bei Gefahr als "sicheren emotionalen Hafen" auf. Unsicher vermeidend gebundene Säuglinge äußern nur wenig oder gar keinen Protest auf eine Trennung, unterdrücken ihre Gefühle und ignorieren eher die Bindungsperson bei deren Rückkehr. Unsicher ambivalent gebundene Säuglinge geraten selbst durch eine kurzfristige Trennung in einen solchen Erregungszustand, dass sie sich auch viele Minuten später nach der Rückkehr ihrer Bindungsperson noch nicht wieder beruhigen und trösten lassen. Sie klammern die Bindungsperson teilweise extrem und vermeiden jegliche Trennung von ihr.

Desorganisierte Bindung nach Vernachlässigung

Kinder nach Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch zeigen zusätzlich noch deutlich desorganisierte Verhaltensweisen wie kurzfristige abscheuerartige Zustände, motorische Stereotypen, widersprüchliche Verhaltensmuster, die nicht durch eine neurobiologische Erkrankung, etwa ein Krampfleiden, erklärt werden können. Säuglinge von Müttern, die selbst eine schwerwiegende, noch unverarbeitete Traumatisierung, - wie etwa durch sexuellen Mißbrauch und Misshandlung-, erlebt haben, zeigen ebenfalls solche desorganisierten Sequenzen in ihrem Bindungsverhalten.

**Gesucht zunächst für 1 Jahr:
Psychologin für spezielle Therapie
traumatisierter Kinder und
Jugendlicher.
Bewerbungsadresse am Ende dieses
Beitrages auf S. 20**

Bindungsstörungen

In klinischen Stichproben von Patienten finden sich darüber hinaus verschiedene Bindungsstörungen, die auf eine tiefgreifendere Veränderung in der Bindungsentwicklung zurückzuführen sind (Brisch 1999). So zeigen etwa manche Straßenkinder selbst in extremen Bedrohungssituationen kein Bindungsverhalten und ziehen sich eher einsam und alleine zurück, als dass sie sich in ihrer Not vertrauensvoll an eine Bindungsperson wenden würden. Andere zeigen undifferenziertes Bindungsverhalten, indem sie sich an jede beliebige, momentan verfügbare Person wenden und diese um Hilfe ersuchen. Dieses Pseudo-Bindungsverhalten ist nicht spezifisch, sondern beliebig austauschbar. Besonders Kinder nach vielfältigen Wechseln in den Betreuungssystemen während der ersten Lebensjahre und nach Traumatisierungen zeigen solche Bindungsstörungen.

Trennungsängste

Eine Gruppe von Kindern klammert so sehr, dass sie nicht in den Kindergarten gehen können und kaum eine auch nur kurzfristige Trennung von ihrer Bindungsperson tolerieren, selbst wenn sie schon das Grundschulalter erreicht haben. Sie verweigern manchmal den Schulbesuch, weil eine Trennung massive Ängste auslöst. Auch aggressiv-provokatives Verhalten als Form der Beziehungsgestaltung kann Ausdruck einer Bindungsstörung sein.

Psychosomatische Störungen

Frühe Formen der Mutter-Kind-Störung mit psychosomatischen Symptomen wie Schrei-, Schlaf-, Essstörungen können Zeichen einer Bindungsstörung sein. Besonders Patienten mit Essstörungen sowohl im Kindes- wie auch im Jugendalter mit Anorexia nervosa oder Bulimie zeigen in ihren Beziehungen oft erhebliche Störungen in ihrer Bindungsentwicklung.

Einfluss von Schwangerschaft und Frögeburt

Weitere Risikogruppen stellen Kinder und Säuglinge dar, bei denen durch die Irritationen in der Schwangerschaft und durch frühzeitige Entbindung gerade bei extremer Frühgeburtlichkeit die Entwicklung einer Eltern-Kind-Bindung nicht so ungestört verläuft wie bei reifgeborenen Kindern. Die Bindungsentwicklung kann zusätzlich durch neurobiologische Risiken wie etwa Hirnblutungen belastet sein. Bei sehr kleinen Frühgeborenen sind peri- und postnatale Risiken sowie die Entwicklung einer Behinderung im ersten Lebensjahr häufiger mit der Ausbildung einer unsicheren Bindungsqualität verbunden, trotz feinfühler elterlicher Interaktionen, denen allgemein bei Reifgeborenen eine Schutzfunktion für die Entwicklung einer sicheren Bindung zugeschrieben wird. Dies zeigt, dass die Neurobiologie in diesen Risikogruppen einen bedeutungsvollen Einfluss haben kann.

Modell für die Psychosomatik

Die Bindungsforschung zeigt, dass Kinder mit bindungsvermeidendem Verhalten bereits mit einem Jahr gelernt haben, ihre Bindungsverhaltensweisen zu unterdrücken und nicht nach außen zu zeigen. Sie können dies aber nur auf Kosten einer erhöhten inneren Stressbelastung erreichen. Dies äußert sich darin, dass sich bei ihnen nach kurzen Trennungssituationen im Alter von einem Jahr die höchsten Stressreaktionen fanden, wie sie etwa durch die Erhöhung der Herzfrequenz, der Veränderung des Hautwiderstandes und durch eine Erhöhung des Cortisols im Speichel gemessen wurde. Damit besteht eine enge Verbindung zur Psychosomatik: diese Kinder äußern in Trennungs- und Bedrohungssituationen ihre ethologischen Verhaltensbereitschaften und die damit verbundenen Affekte nicht nach außen. Diese Unterdrückung ist von einer erhöhten physiologischen Erregung begleitet. Von psychosomatischen Patienten wissen wir, dass sie über belastende Situationen und die damit verbundenen intensiven Gefühle oft nicht sprechen können und diese teilweise auch nicht wahrnehmen, stattdessen reagieren sie mit körperlichen Symptomen als Ausdruck ihrer inneren Erregung.

Bindung und Psychotherapie

Die Erkenntnisse der Bindungstheorie lassen sich ganz hervorragend für die Psychotherapie und auch für die Entwicklung und Umsetzung von Interventionsprogrammen nutzen. Mehrere solcher Präventionsprogramme für psychosozial hochbelastete Familien und auch für Eltern von Frühgeborenen wurden auf der Konferenz vorgestellt und diskutiert. In den amerikanischen Studien liegen inzwischen Längsschnittdaten über eine Zeitspanne von 25 Jahren vor, die zeigen,

dass teilweise eine Unterbrechung von Teufelskreisen in Hochrisiko-Familien möglich ist, wenn die Interventionen sehr früh in den ersten Lebensjahren beginnen. Diese Ergebnisse beinhalten eine Botschaft mit weitreichenden politischen Konsequenzen.

Abteilung Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie

Am 1. Mai 2000 hat Herr OA Dr. med. Karl Heinz Brisch die Leitung der Abteilung Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie übernommen. Eine Abteilung Kinderpsychosomatik bestand 1999 bereits seit 50 Jahren an der Kinderpoliklinik und ist die älteste Kinderpsychosomatik in Deutschland. Die Kinderpoliklinik kann damit auf eine lange Tradition kinderpsychosomatischer Diagnostik und psychoanalytischer Behandlung zurückschauen, während eine Abteilung Kinderpsychosomatik in der Vergangenheit am Dr. von Haunerschen Kinderspital in dieser Form nicht existierte. Mit der Fusion der Kinderkliniken ist der Aufgabenbereich der pädiatrischen Psychosomatik und die Patientenanfragen enorm gewachsen, da jetzt die spezifische psychosomatische Versorgung auch im Dr. von Haunerschen Kinderspital angeboten wird. Die Anfragen für ambulante und stationäre Behandlungen von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen ist groß. Nach epidemiologischen Studien leiden 20-25% aller kranken Kinder an psychosomatischen Erkrankungen, aber nur 1% dieser Kinder wird mangels ausreichender Möglichkeiten gezielt behandelt. So finden wir etwa heute teilweise in Schulklassen ab dem 12. Lebensjahr gleichzeitig oft mehrere magersüchtige Mädchen.

Aufgaben der Psychosomatik bei chronischen Erkrankungen

Die Patienten in der Kinderklinik sind in einigen Bereichen zu mehr als 80% chronisch kranke Kinder mit allen Schwierigkeiten der Krankheitsverarbeitung für die Kinder und ihre Eltern. Das Ausmaß der psychosozialen Belastungen für diese Familien ist groß und erfordert eine notwendige begleitende psychotherapeutische Hilfestellung. Der Bedarf wächst: durch die Entwicklungen in der Intensivmedizin und Neonatologie überleben immer mehr sehr kleine Frühgeborene, deren Eltern und Kinder Hilfestellungen bei der Verarbeitung der Frühgeburt und möglicher peri- und postnataler Komplikationen und Risiken benötigen können.

Aufgaben bei Patienten der Kinderchirurgie

Auch in der Kinderchirurgie ist eine intensive Präsenz der Kinderpsychosomatik erforderlich. Viele Kinder mit unklaren Schmerzsymptomen bedürfen der psychosomatischen Abklärung und oft auch der Behandlung.



v.l.n.r.:

Prof. Anni Bergman
(New York),
Prof. Inge Bretherton
(Wisconsin),
Prof. Klaus Grossmann
(Regensburg),
Dr. Lotte Köhler
(München),
Dr. Karin Grossmann
(Regensburg)
und Dr. Karl Heinz Brisch
(München)

Die Unfallpatienten, etwa nach Verbrennungstraumata oder nach Autounfällen, sowie deren Familien benötigen eine psychosoziale Langzeitbetreuung, die während der stationären Behandlung auf den Weg gebracht werden sollte.

Liaisontätigkeit

Die Versorgung dieser Kinder wird durch eine intensive Liaisonstätigkeit einzelner Mitarbeiterinnen auf den Spezialstationen sowie durch eine Konsiliartätigkeit auf den allgemein- pädiatrischen Stationen gewährleistet. Insgesamt ist aber die Personalausstattung im Vergleich mit dem Gesamtbedarf bei weitem nicht ausreichend. So steht etwa für den psychosomatischen Konsiliar- und Liaisondienst auf den allgemein- pädiatrischen Stationen und den Intensivstationen im Dr. von Haunerschen Kinderspital nur eine Psychologin zur Verfügung. In den kinderklinischen Abteilungen im Klinikum Großhadern fehlen bisher noch gänzlich Mitarbeiter vor Ort, die einen kinderpsychosomatischen Konsiliar- und Liaisondienst anbieten könnten.

Struktur der Psychosomatik im Haunerschen

Da Brisch Psychoanalytiker sowie auch Kinder- und Jugendpsychiater und Nervenarzt ist, kann von ihm auch eine kinderpsychiatrische Diagnostik und Behandlung im Dr. von Haunerschen Kinderspital und in der Kinderpoliklinik durchgeführt werden, wenn sich im Rahmen der pädiatrischen Behandlung von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen entsprechende kinderpsychiatrische Fragestellungen ergeben. Dies betrifft auch Kinder mit Vernachlässigung, nach Misshandlung und Missbrauch. Zur weiterführenden nachstationären Behandlung wird in enger Kooperation mit den Sozialdiensten und Kinderschutzzentren an die entsprechenden Fachabteilungen und niedergelassene Kollegen verwiesen.

Die Station der Kinderpsychosomatik umfasst zur Zeit 4 Behandlungsplätze, die im Nachbarhaus der Poliklinik in einer Altbauwohnung in der Pettenkoferstr. 10 untergebracht sind. Die Kinder übernachten aber auf der Station Kinder 1 in der Poliklinik, da für Schlafräume in der Pettenkoferstr. 10 nicht ausreichend Platz zur Verfügung steht.

Mit der geplanten Auflösung der Station Kinder 1 in der Poliklinik im Jahr 2001 muss auch für die kinderpsychosomatische Station ein entsprechender Ort im Dr. von Haunerschen Kinderspital gefunden werden. Hierfür wurden bisher keine Räume vorgesehen, eine Integration der Kinderpsychosomatik ins Dr. von Haunersche Kinderspital ist allerdings in Planung.

Durch die unbürokratische Unterstützung der Verwaltung und des Technikreferates

konnten in den vergangenen Monaten in den Räumen der Ambulanz und der kinderpsychosomatischen Station dringend notwendige Reparaturarbeiten durchgeführt werden, so dass die Räume jetzt freundlicher und kindgerechter gestaltet sind.

Aufgaben

Der Bedarf an stationären kinderpsychosomatischen Behandlungsplätzen ist allerdings weitaus größer und wird auch durch die in anderen Kliniken im Münchner Raum zur Verfügung stehenden Behandlungseinheiten bei weitem nicht abgedeckt, sodass Kinder und Eltern mit viel zu langen Wartezeiten vertröstet werden müssen. Für die Behandlung von Mädchen mit einer Magersuchterkrankung betragen die Wartezeiten bis zu einer stationären Aufnahme zur psychotherapeutischen Behandlung in München teilweise 6 Monate und länger. Ein gutes Therapieergebnis ist aber immer schwieriger zu erzielen, je länger die Erkrankung während der Wartezeit chronifiziert.

Diese verschiedenen Aufgaben können nur in enger Zusammenarbeit mit Kollegen und Kolleginnen wie etwa des psychosozialen Dienstes, mit den Lehrerinnen der Schule, den Erzieherinnen und Ergotherapeutinnen und der Krankenhausseelsorge geleistet werden. Sinnvoll und anzustreben ist eine zukünftige stationäre Behandlungseinheit Kinderpsychosomatik mit 8 Betten für Kinder im Alter von 4-12 Jahren und 8 Betten für Jugendliche im Alter von 13-18 Jahren, sodass zwei Gruppen milieu-therapeutisch behandelt werden können. Für die zukünftige Nutzung der jetzigen Räume in der Pettenkoferstr. 10 würde sich die Einrichtung einer Tagesklinik mit 8 Behandlungseinheiten für Mütter mit Säuglingen und Kleinkindern in der Altersgruppe von 0-3 Jahren anbieten. Insgesamt ist die Psychosomatik ein Gewinnunternehmen, da kostenintensive Diagnostik und teure medikamentöse Behandlung der Kinder in der Regel entfallen und lediglich die reinen Personalkosten gegengerechnet werden müssen, die relativ konstant und damit gut kalkulierbar sind.

Forschung

Besonders erfreulich ist, dass drei zusätzliche Räume zur Verfügung gestellt wurden. Ein Raum dient der Beobachtung und Videoaufnahme von Eltern-Kind-Interaktionen, ein Raum beinhaltet ein Labor zur Analyse der Videoaufnahmen und ein Raum konnte für Arbeitsplätze von drei Forschungsmitarbeitern eingerichtet werden. Auf diese Weise konnte das von Ulm nach München transferierte Videolabor mit Aufnahme- und Auswertungseinheit neu installiert werden.

Die in Ulm begonnenen und teilweise noch laufenden Forschungsprojekte können so fortgeführt werden.

Diese mit Unterstützung der Deutschen Forschungsgemeinschaft, der Hübner-Stiftung und der Köhler-Stiftung finanzier-

ten Projekte befassen sich mit der frühkindlichen Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung unter Risikobedingungen und der Durchführung und Auswertung von psychotherapeutischen Interventionsprogrammen.

Ein Grundlagenforschungsprojekt untersucht in einer prospektiven Längsschnittstudie die Bindungsentwicklung von extrem kleinen Frühgeborenen unter Berücksichtigung der neurobiologischen und der elterlichen Schutz- und Risikofaktoren. Eine Interventionsstudie unterstützte die Eltern durch eine präventive elternzentrierte psychotherapeutische Intervention mit dem Ziel der Verarbeitung des Frühgeburtserlebens und der Förderung des Aufbaus der Eltern-Kind-Beziehung. Eine andere Längsschnittstudie untersuchte den Angstverlauf und die Bewältigungsstrategien von mehr als 600 Frauen, die zur pränatalen Ultraschall-Fehlbildungsdiagnostik kamen sowie von 150 Kontrollschwangeren ohne Risiko.

Durch eine Intensivpsychotherapie unmittelbar ab dem Zeitpunkt der stationären Aufnahme wegen drohender Frühgeburt wurden in einer weiteren prospektiven Studie Schwangere unterstützt, die durch die Aufnahme und die Gefährdung ihrer Schwangerschaft sehr beunruhigt und geängstigt waren.

Es ist das Ziel dieser Studien, durch Grundlagen- und Interventionsforschung zu einer Verbesserung der frühkindlichen Entwicklung und der Eltern-Kind-Interaktion von Kindern mit hohem Entwicklungsrisiko beizutragen.

Damit kann thematisch ein Anliegen fortgeführt werden, das im Dr. von Haunerschen Kinderspital schon eine lange Tradition hat.

Anmeldungen und Kontakt:

Abteilung Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie
Pettenkoferstr. 8 a, 80336 München

Psychosomatische Beratungsstelle und Ambulanz

OA Dr. med. Karl Heinz Brisch
Tel 089-5160-3709
Dr. med. Karin Trübel
Tel 089-5160-3706
Dipl. Psych. Susan Assenbaum
Tel. 089-5160-3707
Dipl. Psych. Ursula Osswald
Tel. 089-5160-3140
Fax. 089-5160-4730

Psychosomatische Station:

Tel 089-5160-3656
Fax 089-5160-4723

Literatur:

Brisch, K.H. (1999) *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zu Therapie.* Klett-Cotta. Stuttgart

Berthold Koletzko

Power Kids

Neue Therapiekonzepte bei Übergewicht im Kindesalter

Nicht nur bei Erwachsenen, sondern auch bei Kindern und Jugendlichen nimmt die Häufigkeit von Übergewicht und der als Adipositas bezeichneten schweren Form des Übergewichts mit alarmierender Geschwindigkeit zu. Angesichts des erschreckenden Ausmaßes des Problems bezeichnet die Weltgesundheitsorganisation WHO Übergewicht inzwischen als globale Epidemie.

Die starke Häufigkeitszunahme hängt mit einer zunehmend sitzenden Lebensweise bereits im Kindesalter und mit sich deutlich verändernden Ernährungsgewohnheiten zusammen. In Deutschland sind Übergewicht und Adipositas heute die häufigsten Formen der Fehlernährung im Kindesalter. In eigenen Reihenuntersuchungen an Münchener Grundschulern in den Klassen 1 bis 4 fanden wir Übergewicht bereits bei mehr als 12 % Diese hohe Rate schon in einem so frühen Alter ist erschreckend, denn Übergewicht verursacht schwerwiegende psychosoziale und gesundheitliche Belastungen für die betroffenen Individuen und enorme Folgekosten für das Gesundheitswesen und die Sozialversicherungen.

Ursachen

Das Übergewichtsrisiko des Einzelnen wird wesentlich durch die genetische Veranlagung bestimmt, wie es beispielsweise in Untersuchungen bei Adoptivkindern eindrücklich gezeigt werden konnte.

Das Körpergewicht bei Adoptivkindern, die nach der Geburt von den leiblichen Eltern getrennt wurden, stand nicht im Zusammenhang mit dem der Adoptiveltern, obwohl diese gleichen Lebensgewohnheiten ausgesetzt waren (Abb. 1). Dagegen bestand ein enger Zusammenhang zum Ausmaß an

Lebensweise entscheidend dafür, ob sich Übergewicht entwickelt. Deutlich wird das aus dem Umstand, dass in der Nachkriegszeit bei gleicher genetischer Disposition unserer Bevölkerung Übergewicht praktisch unbekannt war.

Übergewicht beruht letztlich auf einem Missverhältnis zwischen Energiezufuhr und -verbrauch. Dabei reicht schon ein vergleichsweise niedriger Überschuss in der Energiebilanz aus, um Übergewicht zu induzieren (Abb. 2). Wesentliche Risiko-

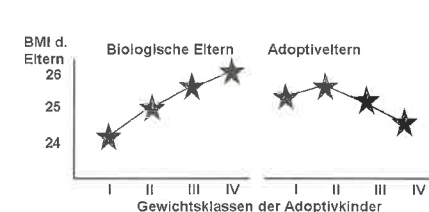


Abb. 1: Bedeutung genetischer Faktoren bei der Manifestation von Übergewicht: Das Körpergewicht bei 540 dänischen Adoptivkindern (in Gewichtsklassen I-IV) zeigt eine enge Korrelation mit dem Body-Mass-Index (BMI) der biologischen Eltern, aber keine Korrelation mit dem BMI der Adoptiveltern. Gezeichnet nach Daten aus (8).

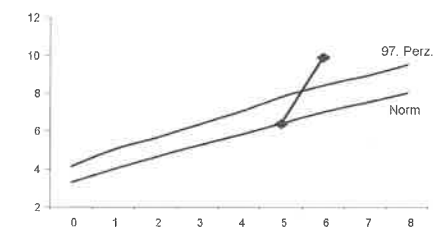


Abb. 2: Ein vergleichsweise niedriger, aber dauerhaft bestehender Überschuss in der Energiebilanz reicht aus, um Übergewicht zu induzieren: Die Entwicklung vom Normalgewicht bei dem 5-jährigen Mädchen zu schwerer Adipositas 1 Jahr später mit einem Gewicht von 141 % der Norm benötigt rechnerisch nur einen täglichen Kalorienüberschuss von 50 kcal entsprechend einem Zuviel von nur 5,5 g Fett/Tag oder einem Zuwenig von nur 15 Min. Laufen/Tag.

Übergewicht bei den leiblichen Eltern (8). Diese Ergebnisse untermauern eindrücklich, dass genetische Faktoren das individuelle Risiko der Entwicklung von Adipositas wesentlich beeinflussen. Derzeit wird an vielen Orten versucht, mögliche Risikogene mit modernen, molekulargenetischen Methoden zu identifizieren. Verdächtig werden unter anderem Anlagefaktoren, welche den Energieverbrauch des Organismus beeinflussen. Auch wenn eine genetische Disposition für Übergewicht vorhanden ist, bleibt die

faktoren sind häufige und unstrukturierte Nahrungszufuhr, z. B. häufige kalorienreiche Snacks und unbewusstes Essen z. B. beim Fernsehen. Eine hohe Energiedichte der Nahrung, wie sie besonders in sehr fettreichen Nahrungsmitteln vorkommt, fördert Übergewicht. Fett enthält pro Gramm 2,3fach mehr Energie als Eiweiß oder Kohlenhydrate (Stärke und Zucker) (Abb. 3). Entsprechend wird mit fettreicher Nahrung pro Portion in aller Regel eine

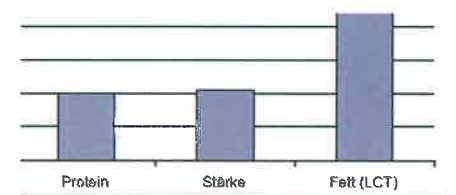


Abb. 3: Nahrungsfette (LCT, langkettige Triglyzeride) enthalten pro Gramm 2,25fach mehr biologisch verwertbare Kalorien als Eiweiß oder Stärke und Zucker. Entsprechend erhöht eine fettreiche Ernährung das Risiko für Übergewicht. Durch konsequentes Einsparen von Fetten, wie es beim Programm PowerKids durch die Fettzie-Punkte gelingt, kann eine Gewichtsreduktion induziert werden.

deutlich höhere Kalorienmenge zugeführt als mit fettärmeren Lebensmitteln(4). Eine wesentliche Rolle für die Entstehung von Übergewicht spielt neben der Ernährungsweise auch eine geringe körperliche Aktivität mit dadurch niedrigem Energieverbrauch und geringer Fettverbrennung. Die dann überschüssige, unverbrauchte Energie wird in den körpereigenen Fettdepots gespeichert.

Auswirkungen der Adipositas

Adipöse Kinder leiden regelmäßig unter relevanten psychosozialen Folgen durch Hänseleien, einem Abgleiten in eine Außenseiterrolle, Störungen des Selbstwertgefühls und vielfältige aus dem Übergewicht resultierende Konflikte innerhalb und außerhalb der Familie. Langzeitstudien zeigen, dass übergewichtige Kinder später im Mittel schlechtere Ausbildungsabschlüsse erreichen und im Erwachsenenalter seltener stabile Partnerbeziehungen führen, auch das erzielte Einkommen ist geringer als bei normalgewichtigen Vergleichsgruppen (5,6). Auch das Risiko

für Folgeerkrankungen ist bei kindlichem Übergewicht bzw. Adipositas langfristig stark erhöht.

Hierzu gehören die Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus Typ II), Bluthochdruck, erhöhte Blutfettwerte und ein stark erhöhtes Risiko für frühzeitig auftretende Gefäßkrankheiten wie Herzinfarkt und Schlaganfall. Zudem ist Übergewicht gehäuft durch Schäden des Haltungs- und Bewegungsapparates sowie einer erhöhten Harnsäurekonzentration im Blut und langfristig daraus entstehenden Gelenk- und Nierenschäden kompliziert.

Therapie der Adipositas

Adipositas bedarf einer Behandlung mit langfristiger Strategie. Kurzfristig konzipierte, drastische Diäten können zwar im Einzelfall eine rasche Gewichtsreduktion erzielen.

Ohne eine dauerhafte Verhaltensänderung kommt es aber fast immer in kurzer Zeit wieder zu einem Wiederanstieg des Gewichts, so daß ein "JoJo-Effekt" entsteht (immer wieder rauf und runter!). Ein sinnvolles Therapieziel ist vielmehr eine allmähliche aber langfristige Gewichtsreduktion oder **Gewichtsstabilisierung durch eine Veränderung des alltäglichen Verhaltens**. Kinder haben hier im Vergleich zu Erwachsenen den Vorteil, daß sie durch ein gleichbleibendes Gewicht bei gleichzeitigem Größenwachstum indirekt eine Verminderung des auf die Größe bezogenen Gewichts erreichen können. Um langfristig eine Gewichtsstabilisierung zu erreichen, bedarf es einer Veränderung der Lebensgewohnheiten. Dabei steht eine Steigerung der körperlichen Aktivität sowie die Umstellung der Ernährungsgewohnheiten im Vordergrund. Hier sollten nicht nur die Lebensgewohnheiten des betroffenen Kindes, sondern die der gesamten Familie mit einbezogen werden.

So kann man beispielsweise nicht von einem Schulkind erwarten, den regelmäßigen Verzehr kalorienreicher Schokoriegel zu begrenzen, wenn diese Produkte überall im Hause herumliegen und von den übrigen Familienmitglieder reichlich verzehrt werden.

Für eine erfolgreiche Gewichtsstabilisierung ist also nicht nur die Motivation des Patienten sondern auch die Motivation der Familie wichtig.

Die Therapie soll die Motivation stärken, neue Verhaltensstrategien trainieren und festigen sowie Strategien zur Rückfallverhütung aufzeigen.

Ambulante Therapieformen werden dabei einer stationären Behandlung vorgezogen, da bei ambulanter Betreuung das häusliche Umfeld besser einbezogen und damit ein langfristiger Erfolg wahrscheinlicher werden kann. Als ideale Behandlungsform übergewichtiger Kinder wird international eine strukturierte Schulung in Kombination mit individueller Betreuung durch ein interdisziplinäres Team angesehen, in dem Kinder- und Jugendarzt, Ernährungsberater,

Psychologe und Sporttrainer zusammenarbeiten. Am Dr. von Haunerschen Kinderspital kann eine solche intensive Therapie derzeit nicht angeboten werden, da die hiesigen Krankenversicherungen die Kosten dafür nicht übernehmen und deshalb das notwendige Personal von der Klinik leider nicht zur Verfügung gestellt werden kann. Bei Kindern sind die für Erwachsene oft propagierten Formuladiäten, Medikamente zur Gewichtsreduktion sowie operative Eingriffe im Allgemeinen keine geeigneten therapeutischen Mittel.

Therapieprogramm PowerKids

Angesichts der hohen und weiter ansteigenden Zahl übergewichtiger Kinder haben wir uns zum Ziel gesetzt, ein einfaches und überall einsetzbares Schulungsprogramm zu entwickeln, mit dem Kinder ihr Gewichtsproblem langfristig in den Griff bekommen können. In Zusammenarbeit zwischen der Stoffwechselabteilung des Dr. von Haunerschen Kinderspitals, der Abt. Ernährungspsychologie der Universität Göttingen und der Abt. Psychologie der Universität Luton in Großbritannien wurde mit finanzieller Unterstützung durch die Stiftung Kindergesundheit das Schulungsprogramm PowerKids entwickelt. PowerKids ist ein neues, 12-wöchiges verhaltenstherapeutisch orientiertes Therapieprogramm für übergewichtige Kinder im Alter von 8 bis 12 Jahren. Dieses multimediale Programm basiert auf der Stärkung der Eigenverantwortung sowie Modifikation von bisherigen Verhaltensweisen. Das teilnehmende Kind erhält den PowerKids-Koffer (Abb. 4), der



die professionell gestalteten, attraktiven Materialien für das 12wöchige Training enthält. Die darin enthaltene Videocassette führt auf 12 einzelnen Videoclips in das Programm der einzelnen Wochen ein, es zeigt Kinder und ihre Familien, die das Programm durchführen. Nach dem Beispiel der gezeigten Kinder und den Kommentaren der Moderatorin Dr. Franziska Rubin, die viele Kinder aus dem Fernsehen kennen, können die Teilnehmer die spielerisch gestalteten Aufgaben der einzelnen Woche lösen. Zusätzlich steht ein Arbeitsheft, der 12-Wochen-Trainer zur Verfügung, der ebenfalls alles genau und gut illustriert

erklärt. Weitere attraktive Medien, wie z. B. Poster, Videoband, Rubbelpunkte, Taschenlexikon, Aufkleber und andere mehr (Abb. 5), (siehe auch www.powerkids.de) ermöglichen es den teilnehmenden Kindern, spielerisch günstige Ernährungsge-



Abb. 5: Auswahl aus den Materialien des Programmes PowerKids (u.a. Wochenrad zur Übersicht über den Fettzehr, Fragen und Antworten zur Ernährung, 12-Wochen-Trainer (Handbuch), Fettzie-Highscore, Fettzie-Lexikon, PowerKids-Vertrag, Fettzie-Klebeplakate, PowerKids-Medallie, Fettzie-Quartett, Videoband, Fettzie-Rubbelpyramiden)

wohnheiten zu erlernen. Mit Hilfe von Fettzie-Punkten analysieren sie den Fettgehalt der gegessenen Lebensmittel und lernen, fettärmere und damit kalorienreduzierte Speisen bevorzugt auszuwählen. Sportie- und Schlaffie-Punkte ermöglichen es, die körperliche Aktivität zu steigern. Zur zusätzlichen Verstärkung gibt es Winnie-Punkte. Gegen eine festgelegte Zahl von Winnie-Punkten können die Kinder ein Überraschungsgeschenk eintauschen. Wichtig ist: PowerKids macht Spaß, es geht um Akzeptanz und spielerisches Lernen von Verhaltensänderungen, Verbote gibt es nicht. Eine strikte Kontrolle durch Eltern oder andere Personen ist nicht vorgesehen, aber natürlich ist eine Unterstützung des Kindes durch Familienangehörige erwünscht. Primäres Ziel ist nicht eine Gewichtsreduktion, sondern die Stabilisierung verbesserter Lebensgewohnheiten.

Erste Erfahrungen mit PowerKids, Studie am Haunerschen Kinderspital

Am Haunerschen Kinderspital haben wir die Effekte von PowerKids bei einer großen Gruppe von 140 Kindern mit mindestens 20 % Übergewicht überprüft (7). Die 8-12-jährigen Kindern wurden über Zeitungsanzeigen zur Teilnahme eingeladen. Die Kinder und ein Elternteil wurden im Rahmen von Gruppensitzungen in das Programm eingeführt, dann wurden ihnen die PowerKids-Koffer zur eigenständigen Durchführung zu Hause mitgegeben. Die teilnehmenden Kinder haben das Programm sehr positiv bewertet und es ganz überwiegend ohne Unterstützung durch die Klinikambulanz über 3 Monate durchgehalten. Bei dieser Gruppe von Kindern, die zuvor kontinuierlich an Gewicht zugenommen hatten, konnte PowerKids eine deutliche Trendwende errei-

chen: Der Body-Maß-Index (kg/m²) als Maß für das Übergewicht fiel durch das Programm im Mittel um 0,5, ein sehr erfreuliches Ergebnis! Auch bei einem Einsatz in Münchener Kinderarztpraxen haben wir durchweg sehr positive Beurteilungen der teilnehmenden Familien und der Kinderärzte zurückerhalten. PowerKids kann also das Ernährungs- und Bewegungsverhalten bei übergewichtigen Kindern günstig beeinflussen. Natürlich wird das Schulungsprogramm keine Wunder bewirken und für sich allein sicher nicht alle Probleme lösen. PowerKids kann aber bei motivierten Kindern, die eine Unterstützung durch ihre Familie und ihren Kinderarzt haben, zu einer langfristigen Gewichtsregulation beitragen. Aufgrund der ermutigenden Ergebnisse wird das Programm PowerKids von der Stiftung Kindergesundheit, München herausgegeben und ab Januar 2001 vom AOK-Verlag, Lilienthalstr. 1, 53423 Remagen (E-mail: service@aok-verlag.de) zum Selbstkostenpreis von 58,90 DM abgegeben. Der Preis für das 12wöchige Programm entspricht also den Kosten, die man auch für ein Gesellschafts- oder Videospiele bezahlt. Für viele Kinder, ihre Familien und die betreuenden Kinderärzte kann das Programm damit eine Hilfe sein, um wirksam gegen Übergewicht anzugehen.

Dank

Die Realisierung und Evaluation von PowerKids wurde durch die engagierte Arbeit von Volker Pudol, Thomas Ellrott, Silke Lichtenstein (Abt. Ernährungspsycho-

logie, Univ. Göttingen), Claus Vögele (Abt. Psychologie, Univ. Luton), Katharina Dokoupil, Birgit Knoppke und Christian Holzer (Stoffwechselabteilung, Dr. von Haunersches Kinderspital), durch die Hilfe der Stiftung Kindergesundheit, Prinzregentenplatz 10, 81675 München (www.kindergesundheit.de), zahlreicher Spender sowie der Allgemeinen Ortskrankenkasse AOK ermöglicht.

Prof. Dr. med. Berthold Koletzko

Literatur

1. Koletzko B, Chen W, Girardet JP, Klish W, Leung S, Obacco O. Obesity in children and adolescents worldwide: current views and future directions. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2000; im Druck
2. World Health Organisation. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: World Health Organisation; 1998.
3. Koletzko B, Dokoupil K, Reitmayr S, Weimert-Harendza B, Keller E. Dietary fat intake in infants and primary school children in Germany. Am J Clin Nutr 2000;72:1392S-8S.
4. Koletzko B. Übergewicht. In: Kinderheilkunde. Hrsg. von B. Koletzko. 11. Aufl., Berlin: Springer Verlag; 2000; p. 143-5. pAdipositas-Hauner.doc/15.11.00
5. Gortmaker SL, Must A, Perrin JM, Sobol AM, Dietz WH. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. N.Engl.JMed.1993; 329(14):1008-12.

6. Sargent JD, Blanchflower DG. Obesity and stature in adolescence and earnings in young adulthood. Analysis of a British birth cohort. Arch.Pediatr Adolesc.Med. 1994;148(7):681-7.
7. Knoppke B, Holzer C, Ellrott T, et al. Evaluation of a new behavioral treatment program for obese children: PowerKids. J.Pediatr.Gastroenterol.Nutr. 2000;31:S288
8. Stunkard AJ, Sorensen TI, Harnis C, Teasdale TW, Chakraborty R, Schull WJ, Schulsinger F. An adoption study of human obesity. N.Engl.J Med. 1986;314(4):193-8.

NEUE THERAPIEKONZEPTE BEI ÜBERGEWICHT IM KINDESALTER

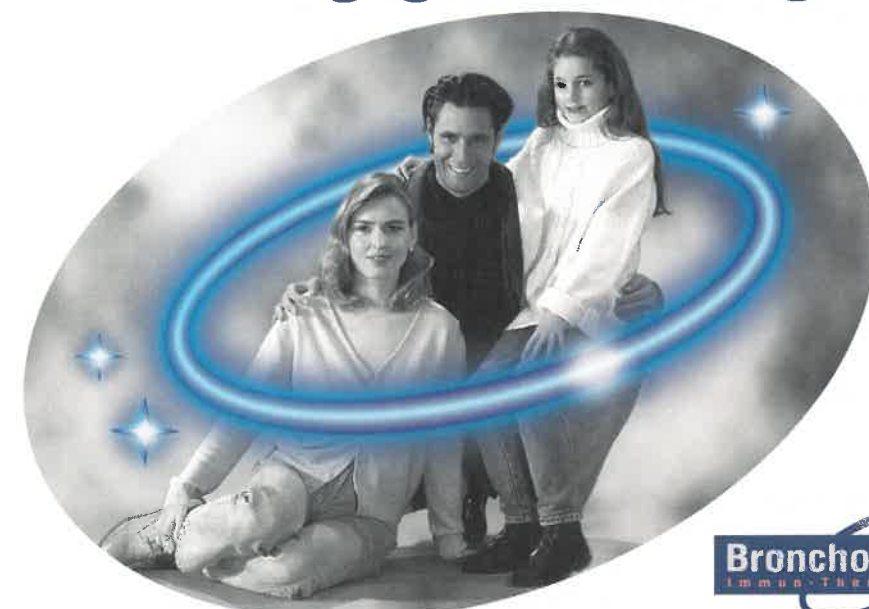
Berthold Koletzko, Katharina Dokoupil, Birgit Knoppke, Christian Holzer Abt. Stoffwechselkrankheiten und Ernährung, Kinderklinik und Kinderpoliklinik, Dr. von Haunersches Kinderspital, Universität München

Volker Pudol, Thomas Ellrott, Silke Lichtenstein Abt. Ernährungspsychologie, Universität Göttingen

Claus Vögele Abt. Psychologie, Universität Luton, Großbritannien

Anschrift für die Verfasser:
Prof. Dr. med. Berthold Koletzko Abt. Stoffwechselkrankheiten und Ernährung Kinderklinik und Kinderpoliklinik Dr. von Haunersches Kinderspital der Universität München Lindwurmstr. 4, D-80337 München Fax: 089-5160-3336

Rundumschutz gegen Atemwegsinfekte



Broncho-Vaxom®
immuntherapeutikum

BRONCHO-VAXOM® Zusammensetzung: 1 Kapsel Broncho-Vaxom Erwachsene/Kinder enthält 7 mg/3,5 mg, 1 Beutel Kinder-Granulat enthält 3,5 mg eines gefriergetrockneten (lyophilisierten), normierten Bakterienextraktes zu gleichen Teilen aus *Haemophilus influenzae*, *Diplococcus pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae* und *ozaenae*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* und *viridans*, *Neisseria catarrhalis* plus inerte Zusatzstoffe. **Anwendungsgebiete:** Rezidivierende Infektionen der oberen und unteren Luftwege, insbesondere infolge chronischer Atemwegserkrankungen (wie z.B. Bronchitis, Sinusitis). **Gegenanzeigen:** Akute Darminfektionen, strenge Indikationsstellung im 1. Trimenon der Schwangerschaft. **Nebenwirkungen:** Abgesehen von gelegentlichen leichten Störungen des Magen-Darm-Traktes und von seltenen allergischen Hautmanifestationen wurden keine Nebenwirkungen beobachtet.

Weitere Angaben zu Broncho-Vaxom® Dosierung: 1 Kapsel Broncho-Vaxom Erwachsene/Kinder bzw. 1 Beutel Broncho-Vaxom Kinder-Granulat morgens auf nüchternen Magen mit etwas Flüssigkeit einnehmen. **Akuttherapie:** Bei Behandlungsbeginn im Infektionsschub sollte die Einnahme von Broncho-Vaxom Erwachsene/Kinder über mindestens einen Monat erfolgen. Die Wirksamkeit läßt sich in der anschließenden Langzeittherapie weiter steigern. Falls eine Antibiotikatherapie notwendig ist, sollte Broncho-Vaxom Erwachsene/Kinder von Beginn an damit kombiniert werden. **Langzeittherapie:** Die volle Wirkung von Broncho-Vaxom Erwachsene/Kinder wird im allgemeinen durch eine 3monatige Behandlung erzielt. Diese beginnt mit einer 30tägigen Broncho-Vaxom-Einnahme im akuten Infekt (s. Akuttherapie) und wird durch eine 2 x 10tägige Einnahme in den darauf folgenden 2 Monaten fortgeführt. Zwischen den Einnahmephasen sollte jeweils eine Pause von 20 Tagen liegen. In der infektfreien Phase ist zur Wiederaufrechterhaltung der körpereigenen Immunabwehr in den Atemwegen auch eine Intervalltherapie über jeweils 10 Tage während 3 aufeinanderfolgender Monate geeignet. **Handelsformen und Preise:** Broncho-Vaxom Erwachsene: 30 Kapseln (N1) DM 76,41; 50 Kapseln (N2) DM 120,12; Broncho-Vaxom Kinder: 30 Kapseln (N1) DM 52,11; 50 Kapseln (N2) DM 82,56; Broncho-Vaxom Kinder-Granulat: 30 Beutel (N1) DM 52,11. (Stand 4/98)

Byk Gulden
78467 Konstanz

Hans-Georg Dietz

19. Tagung der Sektion Kindertraumatologie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie

Im Juni diesen Jahres fand die 19. Jahrestagung der Sektion Kindertraumatologie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie in unserem Hause statt und an dem zweitägigen wissenschaftlichen Symposium und Rahmenprogramm nahmen 200 Unfallchirurgen, Kinderorthopäden, Kinderchirurgen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz teil. Unser "Special-Guest" war Prof. James, der wohl derzeit renommierteste pädiatrische Neurochirurg aus San Diego, der in einer "State of the Art Lecture" über die Modalitäten des Schädel-Hirn-Traumas referierte. Weiterhin wurde über die Behandlungsmöglichkeit der Femurschaftfraktur diskutiert. Diese reichen beim Kleinkind vom Beckenbein-gips über die Overhead-Extension bis hin zur Elastisch Stablen Intramedullären Nagelung. Beim Schulkind von der Elastisch Stablen Intramedullären Nagelung bis zum Fixateur externe, beim Adoleszenten kommt auch der Marknagel in Frage. Diese Methoden wurden an der Quote der Komplikationen, dem Heilungsverlauf und den Langzeitergebnissen gemessen. Unter Berücksichtigung der Referate, der Diskussionen, und der Beiträge der Moderatoren ist ein Konsensusbericht entstanden, der in den Mitteilungen der Fachgesellschaft veröffentlicht werden wird. Die Abstracts dieses Symposiums sind im European Journal of Trauma (4/2000, 195-214) publiziert.

Prof. Dr. H.G. Dietz

Programm

19. Tagung der Sektion Kindertraumatologie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie



FEMURSCHAFTFRAKTUREN

SCHÄDEL-HIRN-TRAUMA

PROBLEMFÄLLE



23. - 24. JUNI 2000

Tagungsort:
Großer Hörsaal
Kinderchirurgische Klinik
Dr. v. Haunersches Kinderspital
Lindwurmstrasse 4
D-80337 München

Der Test-Kommentar: Infusionssystem für die pädiatrische Intensivstation

Aufgrund der enormen Spanne der Patientendimensionen auf einer pädiatrischen Intensivstation muss ein in Frage kommendes Infusionssystem sehr präzise und kontinuierlich alle notwendigen Infusionen fördern können.

„Der Test hat gezeigt: die „Colleague“ Infusionspumpe kann das. Flussraten von 0,1 bis 1200 ml/h prädestinieren sie für den Einsatz auch bei kleinen Kindern, sodass weitestgehend auf Spritzpumpen verzichtet werden kann, was zudem Geld und Zeit sparen hilft. Von großem Vorteil sind hier auch die nur ganz wenigen Fehlalarme, weil dadurch die ewigen Unterbrechungen der Arbeitsabläufe wegfallen.“

Sehr gut ist die Möglichkeit die 'Güte des Zugangs' über Flusswiderstands-Anzeige zu kontrollieren, weil dadurch mögliche Komplikationen vor ihrer eigentlichen Entstehung (erkennbare Druckerhöhung) vermieden werden können. Ganz wichtig ist die übersichtliche Menue-Führung, damit das Personal schnell lernt, das Infusionssystem zu bedienen.

Abschließend konnten wir feststellen:
für den Einsatz auf einer pädiatrischen Intensivstation ist die 'Colleague' Infusionspumpe ein wirklich überzeugendes Infusionssystem.“

Colleague®

Volumetrische Infusionspumpe



- Automatische Vorfüllfunktion und Flußratenbereich von 0,1 ml/h bis 1200 ml/h
- Möglichkeit der individuellen Pumpenkonfiguration
- Neuartiger Shuttle-Pumpmechanismus ermöglicht die Gabe von Blut
- Jederzeit Schutz vor freiem Lösungsfluß

Ein „Kollege“ auf den Sie sich verlassen können

Nähere Information über die Sonderfunktionen sind im Bedienerhandbuch **Colleague®** zu finden.
 Fordern Sie kostenlos Ihre virtuelle **Colleague®** CD an!



Lösungen und Therapiesysteme

Baxter Baxter Deutschland GmbH, Edisonstr. 3-4, 85716 Unterschleißheim, Telefon 089/3 17 01- 433, www.baxter.de

Spez.-Nr.: 00-I-005





19 218

modern • zuverlässig • patientenorientiert • international

DIE ERSTE WAHL IN BAYERN • MKT KRANKENTRANSPORTE

Sibylle Koletzko

Die Helicobacter pylori Infektion

Helicobacter pylori gehört zu den Krankheitserregern, der beim Menschen am häufigsten zu Infektionen führt. Die **Helicobacter pylori**-Infektion wird überwiegend im Kleinkindesalter erworben und besteht in der Regel lebenslang fort, wenn nicht eine gezielte Therapie durchgeführt wird.

Die Infektion ist für 80 - 90 % aller chronischen Entzündungen der Magenschleimhaut, für fast alle Duodenalulzera und die meisten Magengeschwüre ursächlich mitverantwortlich (**Abb. 1 und 2**). Auch Kinder können schon auf dem Boden einer **Helicobacter pylori**-Infektion ein Ulkusleiden entwickeln. Eine über Jahrzehnte bestehende **Helicobacter pylori**-Infektion gilt als Risikofaktor für die Entstehung von Magenkrebs.

Nicht nur für die klinische Betreuung von Kindern mit Oberbauchbeschwerden, sondern auch für die Erforschung von Übertragungswegen und zur Verhütung der Infektion sind zuverlässige Nachweismethoden zur Erkennung der Infektion im frühen Kindesalter notwendig. Der Keim kann durch verschiedene Nachweisverfahren der Magenschleimhaut identifiziert werden. Dafür ist jedoch eine Magenspiegelung mit Entnahme von Gewebeproben notwendig. Auch wenn eine Magenspiegelung bei Kindern in 15 min. durchzuführen und bei guter Sedierung für die Kinder kaum belastend ist, ist dieses Verfahren nur bei starken Oberbauchbeschwerden gerechtfertigt. Um die Infektionsrate bei Kindern ohne oder mit nur geringen Beschwerden zu untersuchen, sind nicht oder höchstens gering eingreifende Nachweisverfahren notwendig.

Diagnostische Nachweisverfahren einer Helicobacter pylori Infektion im Kindesalter

Ein sehr elegantes Verfahren ist der mit stabilen Isotopen durchgeführte, völlig risikolose **¹³C-Harnstoff-Atemtest**, der am Dr. v. Haunerschen Kinderspital durchgeführt wird. In verschiedenen Vorstudien wurde die Testdurchführung (Dosis des Tracers, Einfluß der Testmahlzeit auf die Magenentleerung) und verschiedene Verfahren der Atemgasanalyse (Isotopenratio-Massenspektrometrie und nicht-dispersive Infrarotspektroskopie) untersucht (1). Für die Validierung des **¹³C-Harnstoff-Atemtests** in einem mathematischen Modell wurden die Ergebnisse von 1499 bei Kindern durchgeführten Atemtests ausgewertet (2). Es zeigte sich eine ausgezeichnete Trennung zwischen positiven und negativen Testergebnissen (**Abb. 3**). Eine

Abb. 1: Eine **Helicobacter pylori** Infektion führt immer zu einer **Magenschleimhautentzündung (Gastritis)**. Ob Beschwerden, ein **Ulkus** oder eine andere Folgekrankheit auftreten, hängt auch von verschiedenen anderen Faktoren ab.

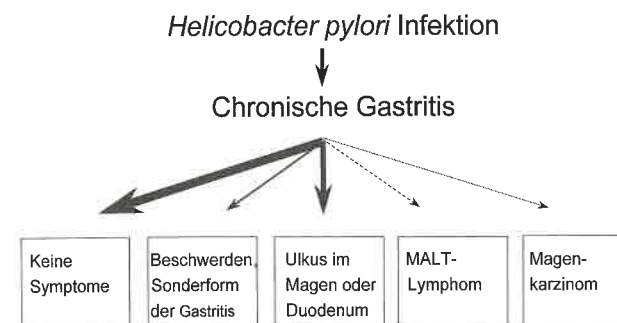


Abb. 2: Typisches Bild einer **nodulären Schleimhaut im unteren Magenanteil (Antrum)** bei einem Kind mit **chronischer Gastritis durch Helicobacter pylori**.

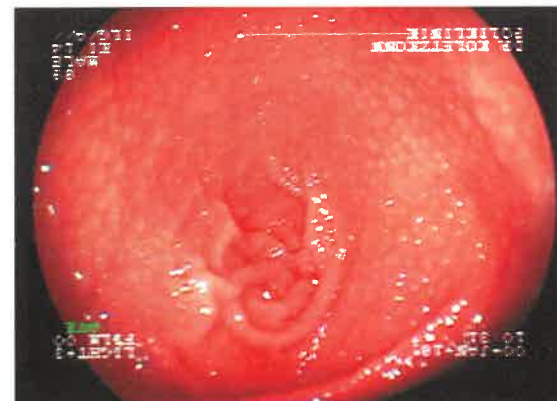
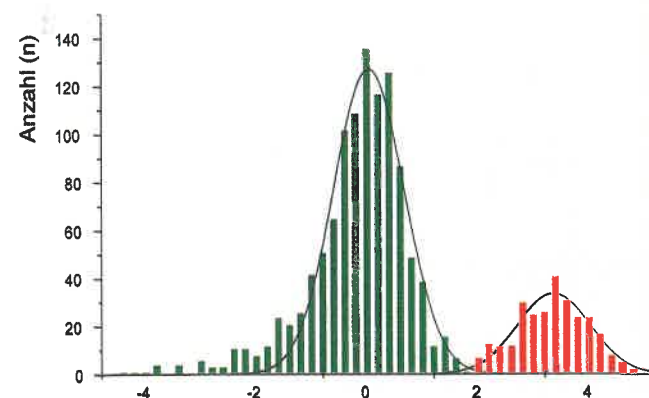


Abb. 3: Verteilung der Atemtestergebnisse von 1499 Kindern, ausgedrückt als **logarithmierte DOB-Werte (delta over baseline)** 30 Minuten nach Testbeginn. Die beiden fast normal verteilten Kurven überlappen sich kaum und repräsentieren die nicht infizierten (links) und die infizierten Kinder (rechts).



Diskriminanzanalyse errechnete einen optimalen Grenzwert zwischen negativem und positivem Testergebnis von 4,7 ‰ nach 15 min. und 5,0 ‰ nach 30 min.. Diese Grenzwerte wurden in einer Subgruppe von 149 Kindern, die wegen Oberbauchbeschwerden endoskopiert wurden, gegen invasive Nachweismethoden von **Helicobacter pylori** (Histologie, Urease-Schnelltest und Kultur) getestet. Sie erwiesen sich auch dort als optimal (2). Alle 61 Kinder mit endoskopisch gesicherter **Helicobacter pylori** Infektion wurden mit dem Atemtest erkannt (Sensitivität 100 %). Falsch positive Ergebnisse finden sich besonders bei Säuglingen und Kleinkindern (3), sind aber nach dem 6. Lebensjahr sehr selten. Die Spezifität ist mit 98 % bei Schulkindern ausgezeichnet, bei Klein- und Vorschulkindern beträgt sie dagegen nur 88 %.

Von den Nachweisverfahren für **Helicobacter pylori**-spezifische Antikörper testeten wir einen Schnelltest (BM®-Test der Fa. Boehringer Mannheim) bei 186 Kindern mit Oberbauchbeschwerden (4). Der Test beruht auf dem Nachweis von IgG-Antikörpern gegen **Helicobacter pylori** und kann innerhalb von 10 Minuten aus wenigen Tropfen Vollblut durchgeführt werden. Von 61 Kindern, die sowohl im Atemtest als auch in den invasiven Nachweisverfahren als infiziert klassifiziert werden, sind nur 28 im Schnelltest positiv. Falsch positive Testergebnisse treten bei 13 von 125 nicht infizierten Kindern auf. Es besteht keine Abhängigkeit der richtigen Zuordnung vom Alter, Geschlecht oder Nationalität der Patienten. Mit einer Sensitivität von nur 54 % und einer Spezifität von 90 % erweist sich der Test bei Kindern auch als Suchmethode für Nachweis oder Ausschluss einer **Helicobacter pylori**-Infektion als ungeeignet.

Zwei kommerziell erhältliche ELISA-Tests zum Nachweis von spezifischen IgG- und IgA-Antikörpern (Enzygnost II® der Fa. Behring und Pyloriset® der Fa. Orion) wurden an Serien von 175 endoskopierte Kindern validiert. Mit den von den Herstellern angegebenen Grenzwerten für spezifisches IgA werden mit dem Enzygnost II® nur 47 % und mit dem Pyloriset® sogar nur 24 % der 82 mit **Helicobacter pylori**-infizierten Kinder erkannt. Eine Senkung des Grenzwertes hätte die Sensitivität für den spezifischen IgA-Nachweis deutlich verbessert. Die Sensitivität für spezifisches IgG beträgt für den Enzygnost II® 93 %, für den Pyloriset® dagegen nur 71%, mit deutlich schlechteren Werten bei Kindern unter 6 Jahren (Sensitivität 25%). Falsch positive Tests finden sich dagegen sehr selten. Insgesamt sind die serologischen ELISA-Tests dem **¹³C-Harnstoff-Atemtest** zur Diagnostik einer **Helicobacter pylori**-Infektion deutlich unterlegen.

Das neue Standardwerk für die Pädiatrie



Nutzen Sie den attraktiven Vorbestellpreis!

M.J. Lentze, Universität Bonn;
J. Schaub, Universität Kiel;
F.J. Schulte, Hamburg;
J. Spranger, Universität Mainz (Hrsg.)

Pädiatrie

Grundlagen und Praxis

2000. Etwa 1700 S. 900 Abb., 90 in Farbe. Geb.
DM 298,-; 65 2176,-; sFr 269,-;
Vorbestellpreis **DM 249,-**; 65 1818,-; sFr 225,-
(gültig bis 15.12.2000)
ISBN 3-540-66811-X

„Pädiatrie - Grundlagen und Praxis“ ist das umfassende Lehr- und Nachschlagewerk der modernen **Kinderheilkunde**. Für die inhaltliche und didaktische Qualität bürgen renommierte Herausgeber, die mit Experten der jeweiligen Disziplinen die Kerngebiete der Kinderheilkunde und ihre Nachbargebiete behandeln.

„Pädiatrie - Grundlagen und Praxis“ ist das zukünftige Standardwerk für die **Facharztausbildung** und die tägliche Praxis.

Sichern Sie sich diesen Standard jetzt!

Springer · Kundenservice
Haberstr. 7 · 69126 Heidelberg
Bücherservice:
Tel.: (0 62 21) 345 - 217/-218
Fax: (0 62 21) 345 - 229
e-mail: orders@springer.de



Springer

Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten.
d8tp · 6926/MPP/SF

Während serologische Tests nicht gut zur Diagnostik einer *Helicobacter pylori* Infektion im Kindesalter geeignet sind, scheint der Nachweis des Antigens im Stuhl eine weitere vielversprechende nicht-invasive Methode zu sein. Stuhlproben von 145 Kindern mit endoskopisch gesichertem Infektionsstatus und 129 gesunden Kleinkindern, die alle einen Atemtest durchgeführt hatten, untersuchten wir mit einem kommerziellen Test, dem Premier Platinum HpSA® der Fa. Meridian Diagnostics. Der Test zeigt eine Sensitivität von 89% bei einer Spezifität von 94%, er ist unabhängig vom Alter und eignet sich auch gut zur Kontrolle nach Therapie (5).

Antibiotika-Empfindlichkeit von *Helicobacter pylori*: Auswirkungen auf die Therapie

Im letzten Teil der Habilitationsschrift wird die Empfindlichkeit des Erregers auf die zur Therapie eingesetzten Antibiotika beschrieben. Aus Magenbiopsien von 91 mit *Helicobacter pylori* infizierten Kindern wurde der Keim angezüchtet und in vitro mit dem Epsilon-Test auf seine Antibiotikaempfindlichkeit getestet. Bei 38 Kindern erfolgten Anzucht und Resistenztestung unabhängig voneinander in zwei verschiedenen Labors. Kein Stamm weist eine Resistenz gegen Amoxicillin auf. Von 77 Kindern, die wir vor Beginn der ersten Therapie untersuchten, sind die Keime bei 35 % resistent gegen Metronidazol und bei 20 % resistent gegen Clarithromycin, davon besteht bei 11 % der Patienten eine Doppelresistenz gegen beide Substanzen. Während der Anteil der Patienten mit Metronidazol-Resistenz den in Deutschland erhobenen Werten bei Erwachsenen entspricht, liegt die Rate der Clarithromycin-Resistenz deutlich über den in drei Studien bei Erwachsenen erhobenen

Anteilen von 2 % bis 3 %.

Vier Kinder weisen Mischinfektionen mit mindestens zwei verschiedenen Stämmen auf, einem Clarithromycin-empfindlichen und einem Clarithromycin-resistenten Stamm. Dieses konnte durch molekulargenetische Untersuchungen der angezüchteten Keime und Fluoreszenz in situ Hybridisierung am frischen Gewebe nachgewiesen werden (6). Die Ergebnisse der Clarithromycin-Testung sind ausschlaggebend für den Therapieerfolg. Das bei Kindern empfohlene einwöchige Therapieschema bestehend aus der Kombination Omeprazol, Amoxicillin und Clarithromycin ist bei 88% der Kinder mit Clarithromycin-sensiblen Keimen erfolgreich, versagt aber bei allen Kindern, die einen Clarithromycin-resistenten Keim beherbergen. Da Resistenzen ein starker Prädiktor für ein Therapieversagen sind, ergibt sich die Forderung, die Resistenzlage von *Helicobacter pylori* in pädiatrischen Populationen engmaschig zu überwachen (7). Bei der hohen primären Resistenzrate von *Helicobacter pylori* Isolat von Kindern gegen die zum Einsatz kommenden Antibiotika muss gefordert werden, dass bei Kindern vor Beginn der Behandlung einer *Helicobacter pylori* Infektion eine kulturelle Anzüchtung des Keimes mit Resistenztestung durchgeführt wird.

Dr. Sibylle Koletzko

Danksagung:

Ich danke allen Mitarbeitern meiner Arbeitsgruppe und Kollegen aus anderen Abteilungen und Instituten, die durch ihre engagierte Arbeit zu den Ergebnissen beigetragen haben.

Sibylle Koletzko studierte Medizin an der Universität Münster. Nach Abschluß von Studium und Promotion arbeitete sie 6 Monate als Ärztin am Kilimanjaro Christian Medical Centre in Moshi, Tansania, und begann anschließend ihre Facharztausbildung an der Universitätskinderklinik Düsseldorf. Zwischen 1986 – 88 arbeitete sie als Clinical Research Fellow am Hospital for Sick Children in Toronto, Kanada, und erwarb dort ihre Zusatzausbildung in pädiatrischer Gastroenterologie und Hepatologie. Nach der Rückkehr an die Universitätskinderklinik Düsseldorf wurde sie Leiterin der gastroenterologischen Ambulanz, seit 1991 als Oberärztin. Im Februar 1994 wechselte sie an die Kinderpoliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität in München, und leitet seitdem dort den Bereich pädiatrische Gastroenterologie und Hepatologie. Ihre Forschungsarbeiten widmeten sich Motilitätsstörungen im Magen-Darm-Trakt, der *Helicobacter pylori* Infektion und dem Einfluß der frühkindlichen Ernährung auf die Entwicklung von Allergien. Im Mai habilitierte sie sich mit dem Thema: Diagnostische Methoden zum Nachweis einer *Helicobacter pylori* Infektion im Kindesalter. Frau Dr. Koletzko wurde durch mehrere wissenschaftliche Preise für ihre Forschungsarbeiten ausgezeichnet. Sie ist verheiratet und hat zwei Töchter von 12 und 15 Jahren.

Ausgewählte Referenzen

1. Koletzko S, Haisch M, Seeboth I, Braden B, Hengels K, Koletzko B, Hering P. Isotope-selective non-dispersive infrared spectrometry for detection of *Helicobacter pylori* infection with ¹³C-urea breath test. *Lancet* 1995;345(8955):961-2.
2. Kindermann A, Demmelmaier H, Koletzko B, Krauss-Etschmann S, Wiebecke B, Koletzko S. Influence of age on ¹³C-urea breath test results in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000;30:85-91.
3. Koletzko S, Demmelmaier H, Kindermann A. *Helicobacter pylori* among siblings. *Lancet* 2000;355(9219):1998-9.
4. Kindermann A, Faus-Kessler T, Ballauff A, Findeisen A, Laske G, Demmelmaier H, Jesch I, Koletzko S. Evaluation of a rapid whole blood test (BM-Test) to detect *Helicobacter pylori* infection in children. *Scand J Gastroenterol* 2000;im Druck
5. Konstantopoulos N, Rüßmann H, Tasch C, Sauerwald T, Demmelmaier H, Autenrieth I, Koletzko S. Evaluation of the *H. pylori* stool antigen test (HpSA) for detection of *H. pylori* in children. *Am J Gastroenterol* 2000;im Druck
6. Rüßmann H, Kempf VAJ, Koletzko S, Heesemann J, Autenrieth IB. Comparison of fluorescent in situ hybridization and conventional culturing to detect *Helicobacter pylori* in gastric biopsies. *J Clin Microbiol* 2000;im Druck
7. Drumm B, Koletzko S, Oderda G. *Helicobacter pylori* infection in children: A consensus statement. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000;30:207-13.

Aus der Zeneca-Forschung.



Sofort.

Ohne wenn und aber.

meronem
meropenem

**Sofort-Antibiotikum
zur empirischen Initialtherapie
schwerer Infektionen**

Pneumonie, Sepsis, Peritonitis,
Fieberepisoden neutropenischer Patienten

Wirkstoff: Meropenem. Verschreibungspflichtig. **Zusammensetzung:** 1 Durchstechflasche enthält: 570/1140 mg Meropenem 3H₂O (entsprechend 500/1000 mg Meropenem). Hilfsstoff: 104/208 mg wasserfreies Natriumcarbonat. **Anwendungsgebiete:** Schwere Infektionen bei Erwachsenen und Kindern, wenn sie durch einen oder mehrere Meropenem-empfindliche Erreger verursacht sind: Pneumonien, einschließlich nosokomiale Pneumonien, intraabdominale Infektionen, Sepsis, empirische Behandlung von Fieberepisoden neutropenischer erwachsener Patienten bei Verdacht auf bakterielle Infektionen, Infektionen der Haut und des Weichteilgewebes, gynäkologische Infektionen wie Endometritis und Pelvoperitonitis, Meningitis, Infektionen der Nieren und ableitenden Harnwege. **Gegenanzeigen:** Nicht anwenden bei Patienten mit Überempfindlichkeit gegen Meropenem, Kindern < 3 Monaten, Schwangerschaft und Stillzeit, bei durch Methicillin-resistente Staphylokokken verursachten Infektionen. Bei bekannter Überempfindlichkeit gegen andere Carbapeneme, Penicilline, Cephalosporine oder sehr ähnliche Wirkstoffe muß auch mit einer Überempfindlichkeit gegen Meropenem gerechnet werden (Parallellallergie). Bei Leberfunktionsstörungen sollte die Leberfunktion überwacht werden. **Nebenwirkungen:** An der Einstichstelle: Entzündungen, Thrombophlebitis, Schmerzen. Systemisch: Ausschlag, Juckreiz, Urticaria, Hautrötungen, sehr selten schwere Hautreaktionen (Erythema multiforme, Stevens-Johnson-Syndrom, toxische Epidermolysen) abdominalen Schmerz, Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe, pseudomembranöse Colitis, Eosinophilie, Leukopenie, Neutropenie (Einzelfälle von Agranulozytose), erniedrigte Hämoglobinwerte, positiver direkter oder indirekter Coombs-Test, reversible Thrombozythämie, Thrombozytopenie, Verlängerung der partiellen Thromboplastinzeit, Verlängerung der Prothrombinzeit. Blutungen unterschiedlicher Schweregrade (Zusammenhang mit Meropenem

unklar), reversibler Anstieg der Serumkonzentration des Bilirubins, der Transaminasen, der alkalischen Phosphatase und der Laktatdehydrogenase, Erhöhung von Serumkreatinin und Blut-Harnstoff, Kopfschmerzen, Schläfrigkeit, Parästhesien, Verwirrheitszustände, psychische Veränderungen, Krampfanfälle, orale und vaginale Candidiasis, schwere Überempfindlichkeitsreaktionen vom Soforttyp (selten). **Dosierung:** Erwachsene: 500 mg oder 1 g Meropenem alle 8 Stunden, je nach Typ und Schweregrad der Infektion, der Empfindlichkeit der Erreger und dem Zustand des Patienten. Bei Pneumonien, gynäkologischen Infektionen wie Endometritis und Pelvoperitonitis, Infektionen der Nieren und ableitenden Harnwege, Infektionen der Haut und des Weichteilgewebes 500 mg alle 8 Stunden. Bei nosokomialer Pneumonie, Peritonitis, Sepsis, Fieberepisoden neutropenischer Patienten 1 g alle 8 Stunden, bei Meningitis 2 g alle 8 Stunden. Bei eingeschränkter Nierenfunktion (Kreatinin-Clearance < 51 ml/min) muß die Dosis angepaßt werden. Kinder zwischen 3 Monaten und 12 Jahren: 10 bis 20 mg/kg KG alle 8 Stunden. Kinder über 50 kg erhalten die Erwachsenenendosis. Bei Meningitis 40 mg/kg KG alle 8 Stunden. **Art der Anwendung:** Intravenöse Infusion oder Bolusinjektion nach Zubereitung in geeignetem Lösungsmittel. **Handelsformen:** MERONEM 500/1000: 10 Durchstechflaschen; Preise auf Anfrage. Stand: Januar 1999.

Astra GmbH, Tinsdaler Weg 183, 22880 Wedel

AstraZeneca



Rainer Grantzow

Hämangiome

Vielfalt Ihrer Form und Therapie

Hämangiome im Kindesalter sind gutartige, vom Endothel ausgehende Gefäßtumore, die bei 2% aller Kinder auftreten und nicht mit vaskulären Malformationen verwechselt werden sollten. Malformationen sind angeboren, zeigen kein Wachstum auf Grund einer Zellproliferation und weisen keinerlei spontane Rückbildungstendenz auf. Zu ihnen gehören Nävi flammei (Feuermale), Fehlbildungen der Gefäße mit AV-Shunts und Gigantismus der betroffenen Extremitäten (früher Klippel-Trenaunay-Syndrom) oder auch Lymphangiome, um nur einige zu nennen. Kennzeichnend ist allen eine gewisse "Statik", da sie im wesentlichen gleich bleiben. Völlig anders verhalten sich hingegen Hämangiome mit einer ihnen eigenen "Dynamik". Diese natürliche Entwicklung ist gekennzeichnet durch ein anfänglich schnelles Wachstum (bis 6 Monate), eine Phase der Stagnation (6 bis 12 Monate) und eine Phase der Rückbildung (1 - 6 evtl. bis 12 Jahre). Der Endzustand nach

Rückbildung ist entscheidend abhängig von der maximalen Größe und Intaktheit der Hämangiomoberfläche. Je größer ein Hämangiom geworden ist und je ulzerierter bzw. vernarbter die Oberfläche ist, um so unbefriedigender ist das Endergebnis.

Ziel aller Behandlungen soll ein gutes Spätergebnis sein. Dabei sollten keine invasiven Maßnahmen für eine schnelle 'Erledigung' eines Hämangioms ergriffen werden, wenn daraus lebenslang bleibende Veränderungen resultieren. Bei den heutigen Möglichkeiten einer aktiven Therapie hat der Grundsatz des 'nihil nocere' nach wie vor seine alte Gültigkeit behalten. Dennoch sollte bei ästhetisch auffälligen Hämangiomen bis zum Eintritt in den Kindergarten, also bis zum 3. - 4. Lebensjahr, ein weitgehend normales Äußeres erreicht werden. Ab diesem Alter bemerken Kinder, daß sie anders aussehen; ein Umstand, der die Ausprägung des eigenen Körperbildes negativ beeinflussen kann.

Therapieformen

So vielfältig die Formen und Lokalisationen von Hämangiomen sind, so vielfältig sind inzwischen die Therapieformen, die klinisch anwendbar sind. Dabei ist anzumerken, daß es keine universelle Therapieform gibt, die gleichermaßen für alle Hämangiome anwendbar ist. Jedes Verfahren hat auf Grund seiner physikalischen und biologischen Besonderheiten einen definierten Indikationsbereich, dessen Nichtbeachtung zu therapeutischen Versagen führt.

Das **Abwarten** als *therapia minima* war zu früherer Zeit das Verfahren der

Wahl, da wenig invasive Verfahren nicht zur Verfügung standen. Auf Grund dieses "wait and see" konnten jedoch auch sehr große Hämangiome mit allen ihren Problemen entstehen, so daß die abwartende Haltung zunehmend abgelehnt wurde. Dennoch sind auch in heutiger Zeit Situationen gegeben, die durchaus eine abwartende Haltung rechtfertigen. Diese Möglichkeit besteht bei allen Hämangiomen, deren Proliferationsphase beendet ist und die weder funktionell noch ästhetisch stören, z.B. im Bereich des Rumpfes oder der Extremitäten bei Kindern, die älter als 6 Monate sind.

Die **Indikation** zu einem aktiven Vorgehen läßt sich in zwei Gruppen unterteilen. Zum einen die prophylaktische Therapie zur Verhinderung entstehender großer Hämangiome. Zum anderen die kurative Therapie bei bereits bestehenden großen Hämangiomen. Stets muß aber bei allen therapeutischen Maßnahmen auch der natürliche Verlauf von Hämangiomen mit in die Überlegungen einbezogen werden. Ein planotuberöses oder subcutanes Hämangiom mit einem Durchmesser von 3 cm am Rumpf oder den Extremitäten kann bei einem 1 jährigen Kind nicht mehr explosionsartig wachsen. Hier sollten die möglichen Nebenwirkungen einer Lasertherapie in Vollnarkose oder die bleibende Narbe nach operativer Entfernung mit dem Ergebnis nach spontaner Remission kritisch gegeneinander abgewogen werden. Der gleiche Befund hingegen bei einem drei Monate alten Säugling muß bei nachgewiesener Wachstumstendenz aktiv behandelt werden.

Die **Kryotherapie**, in Form der Kryopentherapie mit flüssigem Stickstoff als Kühlmittel, ist ein sehr einfaches und ökonomisches Verfahren zur Behandlung kleiner Hämangiome (< 1 cm). Auf Grund der geringen Eindringtiefe von nur 2mm ist diese Technik flachen und intracutanen Hämangiomen vorbehalten. Da bei der Anwendung auch keine Narkose erforderlich ist, kann die Indikation großzügig gestellt werden, zumal Nebenwirkungen bei richtiger Technik selten auftreten. Ein Metallstab, der mittels flüssigem Stickstoff auf -196°C abgekühlt worden ist, wird für 10 Sekunden auf das



Kryopentherapie

Hämangiom gedrückt. Es bildet sich dann innerhalb der nächsten 24 Stunden eine Kruste, nach deren Abfall 7 - 10 Tage später das Hämangiom weitgehend verschwunden ist. Die Kryotherapie stellt damit ein ideales Verfahren zur Behandlung kleiner wachsender Hämangiome insbesondere im Gesichtsbereich dar und kann auch hervorragend auf einer Neugeborenenintensivstation (höhere Inzidenz bei Frühgeborenen) eingesetzt werden. Gerade aus prophylaktischer Sicht zur Verhinderung der Ausbildung sehr großer Hämangiome ist dieses Verfahren äußerst wertvoll.

Die **Lasertherapie** beinhaltet im wesentlichen zur Zeit zwei Formen: den blitzlampengepulsten **Farbstofflaser (Dyelaser)** und den **Neodym-YAG Laser**. Beide Laser unterscheiden sich ihrer biologischen Wirkung entscheidend und haben damit völlig verschiedene Anwendungsbereiche.

Der **Farbstofflaser** (Wellenlänge 585nm) wird fast komplett vom Hämoglobin absorbiert und bewirkt eine selektive Photothermolyse der intracutanen Gefäße. Dieser hohen Spezifität steht eine sehr geringe Eindringtiefe (0,3mm) entgegen, sodass die Farbstofflasertherapie gut geeignet ist für plane und großflächige Hämangiome. Subcutane oder tuberöse Hämangiome hingegen können mit diesem Laser nicht behandelt werden.

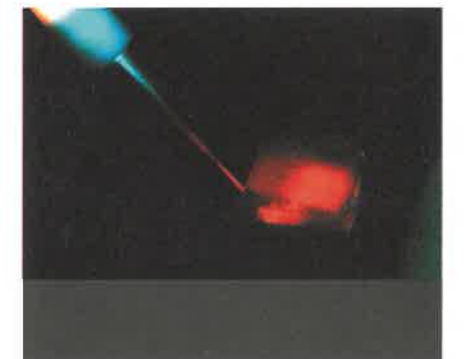
Der **Neodym-YAG Laser** (Wellenlänge 1064nm) besitzt hingegen völlig andere physikalische Eigenschaften. Er wird nur wenig von Wasser absorbiert

und hat auf Grund des hohen Wassergehaltes biologischer Gewebe eine relativ hohe Eindringtiefe bis zu 7mm. Damit können große und voluminöse Hämangiome, die nicht mehr der Kryotherapie oder dem Farbstofflaser zugänglich sind, behandelt werden. Nachteil dieses Lasers ist, dass er lediglich eine Beschleunigung der natürlichen Regression bewirkt. Ein Hämangiom, das etwa 6 - 8 Jahre für eine Remission benötigt, hat sich nach einer Nd-YAG Lasertherapie bereits nach 2 - 4 Jahren zurückgebildet. Auch werden nach dieser Therapie die typischen Residuen der spontanen Regression großer Hämangiome wie Narben nach Exulzerationen, Pigmentstörungen oder fettig-degenerative Reste beobachtet. Wichtig ist in diesem Zusammenhang eine genaue Aufklärung der Eltern, da in heutiger Zeit dem "Laser" als Universalheiler wahre Wunder zugeschrieben werden. Es muß unbedingt klar gemacht werden, daß das Hämangiom nach der Therapie zunächst völlig unverändert bleibt und bestehende Ulzerationen auch nach Nd-YAG-Lasertherapie Narben hinterlassen. Die Nd-YAG Lasertherapie selbst hinterläßt hingegen bei richtiger Anwendung keine Narben. Da ferner seine Anwendung äußerst schmerzhaft ist, sollte die Nd-YAG Lasertherapie nur in Allgemeinnarkose angewandt werden.

Zwei Techniken werden bei der Nd-YAG Lasertherapie benutzt: Die perkutane Applikation mit Eiskühlfühlung der Hautoberfläche, um deren thermische Schädigung zu vermeiden. Bei sehr voluminösen Hämangiomen erfolgt die interstitielle Anwendung des Nd-YAG-Lasers. Nach Punktion durch eine Kanüle wird eine 0,4mm dünne Glasfaser in das Hämangiomgewebe eingeführt und der Laserstrahl über diese Glasfaser direkt in das Hämangiomgewebe geleitet.

Die **chirurgische Therapie** von Hämangiomen bleibt in den meisten Fällen der Behandlung von Residuen nach Nd-YAG Lasertherapie vorbehalten. Sie ist damit als Kombinationstherapie zu sehen. Die primäre chirurgische Therapie stellt eher eine Ausnahme dar und betrifft im wesentlichen die Entfernung großer Hämangiomen im Augenlidbereich, um einen bleibenden Visusverlust zu verhindern.

Die Anwendung von **Cortison** sollte nur in Ausnahmefällen erwogen werden, da die systemischen Nebenwirkungen erheblich sind. Auch ist eine Beeinflussung des Hämangioms nur in der proliferativen Phase möglich. Nicht selten wird aber ein erneutes Wachsen des Hämangioms nach Absetzen des Cortisons beobachtet.



perkutane Nd-YAG-Lasertherapie mit Eiskühlfühlung der Haut



interstitielle Nd-YAG Lasertherapie

Der Vollständigkeit halber sei noch die **Interferontherapie** erwähnt. Die Anwendung dieses Medikamentes ist nur bei extrem großen und schnell wachsenden Hämangiomen mit eventuell lebensbedrohlichen Gefahren (Trachea, intracerebral) indiziert und bedarf einer engen protokollartigen Überwachung, da die Nebenwirkungen (Entwicklungsrückstand, EEG und EKG Veränderungen, Transaminasenerhöhungen, Neutropenie) nicht zu unterschätzen sind. Da der Wirkungseintritt bei Interferon erst verzögert einsetzt, wird in letzter Zeit gleichzeitig mit dem schnell wirksamen Cortison die Therapie begonnen.

Differentialtherapie

Eine Therapie von Hämangiomen kann nur dann sinnvoll sein, wenn die genannten Therapieverfahren differenziert den Parametern

Hämangiomgröße
Hämangiomentwicklungsstadium
Lokalisation

Tiefe/Höhe und Fläche
Proliferation, Regression
Gesicht, Rumpf, Extremitäten

angepaßt sind und die Grenzen der jeweiligen Therapieform berücksichtigt werden. Nicht die zur Verfügung stehende Technik bestimmt die Indikation, sondern das jeweilige Erscheinungsbild des Hämangioms.

Hämangiomgröße

(2mm Dicke, < 1cm Durchmesser)

Die Hämangiomgröße ist der wichtigste Parameter in der Auswahl des richtigen Therapieverfahrens. Dabei muß die Fläche und die Tiefen- (bzw. Höhen-) ausdehnung berücksichtigt werden.

Für **Hämangiome unter 2mm Tiefe**, also sogenannte plane bis planotuberöse intracutane Hämangiome kommt nur die Kryotherapie oder der gepulste Farbstofflaser in Frage. Dabei können Hämangiome bis zu 1cm Durchmesser effektiv und ökonomisch kryotherapiert werden.

Da die Kälte nur eine Eindringtiefe von 2mm aufweist, ist es unsinnig voluminösere Hämangiome mit dieser Technik zu behandeln. Zurückhaltend sind wir auch bei planen Hämangiomen mit einer Fläche von mehr als 1cm im Durchmesser, da dann spätere narbige Veränderungen der Haut eintreten können. In diesen Fällen ist eine Anwendung des gepulsten Farbstofflasers indiziert.

Für **Hämangiome über 2mm Tiefen- oder Höhenausdehnung** hingegen sind andere Verfahren erforderlich. Handelt es sich um Hämangiome im Gesichtsbereich, so sollten in jedem Fall spätere Narben vermieden werden, sodass als primäre Maßnahme der Nd-YAG Laser in Frage kommt. Bei sehr großen Hämangiomen ist später häufig eine Korrektur von



Selbes Kind wie Abbildung 4; im Alter von 2 Jahren nach 2maliger Nd-YAG Lasertherapie



Selbes Kind wie Abbildung 6; nach 3 maliger Nd-YAG-Lasertherapie. Die typischen Residuen nach großen Hämangiomen sind erkennbar



Abb. 6: 4 Monate alter männlicher Säugling mit großem Hämangiom der Nase

Residuen erforderlich. Die operative Therapie dieser Residuen sollte frühestens ein Jahr nach Beendigung der Lasertherapie erfolgen, um deren Wirkung mit Sicherheit abgewartet zu haben. Eine Besonderheit stellen

Abb. 4: Hämangiom im Bereich der linken Wange vor Nd-YAG-Lasertherapie bei einem 12 Monate alten Mädchen



Selbes Kind wie Abbildung 6; jetzt im Alter von 2 Jahren nach operativer Korrektur der Hämangiomresiduen

Hämangiome im Bereich des behaarten Kopfes dar. Eine Lasertherapie kann hier das spätere Auftreten einer Alopezia areata nicht verhindern, so daß eine primäre Exstirpation sinnvoll ist und dem Kind spätere Narkosen erspart. Eine Sondersituation stellt ein Hämangiom des Augenoberlids dar. Ist hier auf Grund der Größe die Gefahr einer Amblyopie gegeben, muss eine schnelle Entfernung des Hämangioms angestrebt werden,

SIEMENS

Innovationen für Menschen Medizintechnik von Siemens

A91100-M-2578-03

Der Fortschritt medizintechnischer Systeme für Diagnose und Therapie führt zu mehr Lebensqualität und zu einer höheren Lebenserwartung. Der Einsatz innovativer Technik trägt aber auch dazu bei, dass medizinische Versorgung bezahlbar bleibt.

Als Innovationsführer leisten wir dazu weltweit einen entscheidenden Beitrag. Denn auf allen Gebieten medizinischer Technik ist und war Fortschritt oft direkt mit den Namen Siemens verbunden – seit über 100 Jahren. Darauf sind wir stolz.



Siemens **medical**
Solutions that help

Siemens AG, Medizinische Technik, Richard-Strauss-Straße 76, 81679 München
Telefon (089) 922-13901, <http://www.siemens.de/med>



6 Monate alter Säugling mit einem großen subcutanen Hämangiom am linken Augenunterlid mit drohender Amblyopie



Selbes Kind wie oben, 4 Monate nach operativer Entfernung des Hämangioms

sodass nur eine operative Entfernung in Frage kommt. Bei kleineren Hämangiomen ohne Einschränkung des Visus hingegen kann primär die Nd-YAG Lasertherapie angewandt werden.

Liegen nun im Bereich des Kopfes extrem große Hämangiome mit massiver Wachstumstendenz vor, ist unter entsprechend strengen Kontrollen eine Cortison bzw. Interferontherapie indiziert. Gleiches gilt für wachsende Hämangiome intrazerebral oder collar mit Gefahr der Obstruktion von Trachea oder Ösophagus. Sollte nach

Anwendung eines Verfahrens das Hämangiom dennoch weiterwachsen, ist rechtzeitig an einen Verfahrenswechsel zu denken. Dies gilt zum Beispiel für die Ausbildung subcutaner Anteile nach Kryotherapie von intracutanen planen Hämangiomen. Bei einer Überschreitung von 2mm Tiefenausdehnung muss von der Kryotherapie zur Nd-YAG Lasertherapie gewechselt werden.

Hämangiomentwicklungsstadium (Proliferation - Regression)

Für die Dringlichkeit einer Hämangiomtherapie ist das Entwicklungsstadium des Hämangioms entscheidend. Hämangiome wachsen in der Regel bis zum 6. Lebensmonat. Nach einer Phase der Konsolidierung beginnt mit Ende des ersten Lebensjahres die spontane Remission, die bei sehr großen Hämangiomen bis in die Pubertät reichen kann. Entsprechend dieser Stadien ist während der ersten 6 Lebensmonate große Vorsicht geboten und eine eventuell notfallartige Indikation für ein therapeutisches Verfahren gegeben.

Derartige Dringlichkeit liegt später nicht mehr vor, da das therapeutische Ziel eines Wachstumsstops nicht mehr relevant ist.

Bei einem stecknadelkopfgroßen Hämangiom an der Stirn kann bei einem 1-jährigen Kind durchaus die spontane Remission abgewartet werden. Hingegen kann ein derartiges Hämangiom mit Größenzunahme bei einem 6 Wochen alten Säugling die typische Indikation für eine Kryotherapie darstellen.

Lokalisation

(Gesicht - Rumpf/Extremitäten)

Die Lokalisation übt, wie bei der Hämangiomgröße bereits ausgeführt, einen wesentlichen Einfluß auf die Wahl des Therapieverfahrens aus. Hämangiome am Augenlid haben eine andere Dignität wie am Rumpf. Die



Planes Hämangiom am rechten Arm eines 3 Monate alten Mädchen



Selbes Kind wie oben: Im Alter von knapp 2 Jahren ist das Hämangiom weitgehend verschwunden

Indikation zum aktiven Vorgehen bei einem Hämangiom am Rumpf ist sehr zurückhaltend zu stellen, da an dieser optisch unproblematischen Körperstelle die spontane Remission in der Regel abgewartet werden kann. In den letzten 2,5 Jahren wurden an unserer Klinik bei insgesamt 261 Lasertherapien nur 6,5% nicht im Kopf-Halsbereich durchgeführt. Auch Hämangiome an den Extremitäten, insbesondere flache und unregelmäßig begrenzte, bilden sich schnell und fast immer komplett zurück, sodass hier ein aktives Vorgehen vermieden werden kann.

Prof. Dr. Rainer Grantzow

Zusammenfassung

Auf Grund der heute zur Verfügung stehenden therapeutischen Möglichkeiten gelingt es in der Regel das Entstehen großer entstellender Hämangiome zu verhindern. Sollte es dennoch zur Ausbildung großer Hämangiome kommen, ist es möglich bis zum Kindergartenalter ein weitgehend normales Aussehen ohne große, lebenslang bleibende Narben zu erreichen. Der Schlüssel zu einem guten Ergebnis bei minimaler Belastung der Kinder ist die richtige Auswahl des Therapieverfahrens zum richtigen Zeitpunkt. Dabei kommen Kryotherapie, Lasertherapie und operative Entfernungen allein oder in Kombination zur Anwendung.

Bevorzugte COX-2 Hemmung zum fairen Preis

TTK = 1 €
15 mg N3 100 Tabletten

www.MCOX-2.de

MOBEC
Meloxicam

Mobec® 7,5 mg Tabletten / Mobec® 15 mg Tabletten / Mobec® 7,5 mg Zäpfchen / Mobec® 15 mg Zäpfchen – Wirkstoff: Meloxicam. Verschreibungspflichtig. **Zusammensetzung:** Arzneilich wirksamer Bestandteil: 1 Tablette Mobec 7,5 mg enthält 7,5 mg Meloxicam; 1 Tablette Mobec 15 mg enthält 15 mg Meloxicam; 1 Zäpfchen Mobec 7,5 mg enthält 7,5 mg Meloxicam; 1 Zäpfchen Mobec 15 mg enthält 15 mg Meloxicam. Sonstige Bestandteile: Tabletten: Natriumcitrat 2 H₂O, Lactose-Monohydrat, mikrokristalline Cellulose, Polyvidon, Siliciumdioxid, Crospovidon und Magnesiumstearat. Zäpfchen: Glycerol (di- tri) alkanolat (C₁₂-C₁₈), Makrogol-Glycerolhydroxyester. **Anwendungsgebiete:** 7,5 mg/15 mg Tabletten: Symptomatische Kurzzeitbehandlung von aktivierten Arthrosen, Symptomatische Langzeitbehandlung der rheumatoiden Arthritis (chronische Polyarthritis), Symptomatische Behandlung der Spondylitis ankylosans (Bechterew-Strumpell-Marie-Krankheit). 7,5 mg Zäpfchen: Symptomatische Kurzzeitbehandlung von aktivierten Arthrosen, Symptomatische Langzeitbehandlung der rheumatoiden Arthritis (chronische Polyarthritis). 15 mg Zäpfchen: Symptomatische Langzeitbehandlung der rheumatoiden Arthritis (chronische Polyarthritis). **Gegenanzeigen:** Schwangerschaft und Stillzeit, Überempfindlichkeit gegen Meloxicam oder einen der Hilfsstoffe und gegen Substanzen mit ähnlicher Wirkung, z.B. andere nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) inkl. Acetylsalicylsäure. Eine Kreuzreaktion mit Acetylsalicylsäure oder anderen nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) ist möglich. Meloxicam ist bei Patienten mit Zeichen von Asthma, Nasenpolypen, angioneurotischem Ödem oder Urtikaria nach Einnahme von Acetylsalicylsäure oder NSAR kontraindiziert. Aktive Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre während der letzten sechs Monate oder Anamnese von rezidivierenden Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüren; schwere Leberinsuffizienz; schwere nicht dialysierte Niereninsuffizienz; Kinder unter 15 Jahren, gastrointestinale Blutung, zerebrovaskuläre Blutung oder andere Blutung. Für Zäpfchen: Anamnese einer Proctitis oder einer rektalen Blutung. In folgenden Fällen ist die Anwendung des Präparates nicht zu empfehlen: in Kombination mit anderen NSAR, oralen Antikoagulantien, Heparin-Injektionslösung, Lithium, hohen Dosen von Methotrexat oder Salicylaten, Ticlopidin. **Nebenwirkungen:** Verdauungssystem: Dyspepsie, Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen, Verstopfung, Blähungen, Diarrhöe, Stomatitis, Oesophagitis. Seltener können auftreten: Ulkusbildung, Perforation oder Blutungen des Magen-Darm-Traktes, die schwer und in sehr seltenen Fällen, vor allem bei älteren Patienten, tödlich sein können. Seltene Fälle von Gastritis wurden berichtet. Hämatologie: Störungen des Blutbildes einschließlich des Differentialblutbildes: Anämie, Leukopenie, Thrombopenie wurden bei Patienten unter Behandlung mit Meloxicam beobachtet. Einzelne Fälle wurden der Behandlung zugeschrieben. Einzelne Fälle von Agranulozytose wurden bei Patienten beobachtet, die mit Meloxicam und gleichzeitig mit einem anderen potenziell myelotoxischen Arzneimittel behandelt wurden. **Reaktionen der Haut:** Pruritus, Ausschlag, Urtikaria, Photosensibilisierung wurden beobachtet. Sehr selten können Fälle bullöser Hautreaktionen, wie Erythema multiforme, Stevens-Johnson-Syndrom und toxische epidermale Nekrolyse, auftreten. **Hypersensitivitätsreaktionen:** Systemisch: Anaphylaktische/anaphylaktoide Reaktionen und Angioedeme wurden selten berichtet. **Atemwegsreaktionen:** Bei einigen Patienten mit allergischen Reaktionen auf Acetylsalicylsäure oder andere nichtsteroidale Antirheumatika wurden Asthmaanfälle beobachtet. **Zentrales Nervensystem:** Benommenheit, Kopfschmerzen, Schwindel, Ohrensausen, Schlaflosigkeit sind möglich. Seltener wurden Verwirrtheit, Schlaflosigkeit und Alpträume berichtet. **Augen und Sehvermögen:** Sehstörungen, einschließlich verschwommenen Sehens, wurden selten berichtet. **Herz-Kreislauf-System:** Ödeme, Ödeme der unteren Gliedmaßen, Herzklopfen, Flush können im Verlauf der Behandlung auftreten. **Urogenitaltrakt:** Abnorme Laborwerte als Hinweis auf eine Störung der Nierenfunktion können auftreten (z.B. Erhöhung von Kreatinin oder Harnstoff). **Auswirkungen auf die Leber:** Vorübergehende Leberfunktionsstörungen (z.B. Erhöhung von Transaminasen oder Bilirubin). In seltenen Fällen wurde über Hepatitis berichtet. Für Zäpfchen: Unerwünschte Wirkungen verbunden mit der Art der Verabreichung: das Risiko einer lokalen Schädigung ist umso häufiger und schwerer, wenn die Behandlung über eine längere Zeit erfolgt und die Verabreichungshäufigkeit sowie die tägliche Dosis hoch sind. **Auswirkungen auf die Fahrtüchtigkeit und die Bedienung von Maschinen:** Es ist ratsam, diese Aktivitäten zu unterlassen, sollten Nebenwirkungen wie Sehstörungen, Schwindel, Schlaflosigkeit oder andere zentralnervöse Störungen auftreten. **Besondere Hinweise bzw. Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung:** Patienten mit gastrointestinalen Symptomen oder gastrointestinalen Beschwerden in der Vorgeschichte sollten auf Störungen im Magen-Darmbereich, besonders hinsichtlich gastrointestinaler Blutungen, überwacht werden. Gastrointestinale Blutungen oder Geschwüre/Perforationen haben bei älteren Menschen im allgemeinen schwerwiegende Auswirkungen. Sie können zu jedem Zeitpunkt der Behandlung, mit oder ohne Warnsymptome oder Hinweise auf schwerwiegende gastrointestinale Störungen in der Vorgeschichte, auftreten. In den seltenen Fällen, in denen während der Therapie mit Meloxicam ein Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür oder eine Blutung im Verdauungstrakt auftritt, ist die Behandlung mit Meloxicam abzusetzen. **Darreichungsformen und Packungsgrößen:** Mobec 7,5 mg Tabletten: OP mit 10 Tabletten (N1); OP mit 20 Tabletten (N1); OP mit 50 Tabletten (N2); OP mit 100 Tabletten (N3). Mobec 15 mg Tabletten: OP mit 20 Tabletten (N1); OP mit 50 Tabletten (N2); OP mit 100 Tabletten (N3). Klinikpackungen: Packungen mit 7,5 mg Zäpfchen zu 6 Zäpfchen (N1); 12 Zäpfchen (N2); 30 Zäpfchen (N2). Packungen mit 15 mg Zäpfchen zu 10 Zäpfchen (N1); 20 Zäpfchen (N2); 30 Zäpfchen (N3). Klinikpackungen: Arzneimittel unzugänglich für Kinder aufbewahren! Nicht über 30°C aufbewahren. Stand Juni 2000.

Boehringer Ingelheim Pharma KG, Ingelheim am Rhein · Internet: <http://www.medworld.de>

Boehringer
Ingelheim

Hans Georg Dietz, Tobias Schuster, Maximilian Stehr

Epispadie-Ekstrophiekomplex

eine Herausforderung für die Kinderurologie

Wir stellen hier einige sehr seltene Fehlbildungen im Bereich der Bauchwand vor, bei denen es durch fehlenden Bauchdeckenverschluss zum offen liegen der Harnblase, der Harnröhre oder darüber hinaus zusätzlich auch zur Eröffnung eines Darmabschnittes kommen kann. Diese äußerst seltenen Fehlbildungen betreffen eines von 30.000 Neugeborenen.

Bis heute ist nicht endgültig geklärt, wieso es in der **frühen Embryonalzeit** zu keinem Verschluss von Dünndarm, Harnblase, Harnröhre und Bauchwand kommt. Es wird eine komplexe Störung in der 3. Schwangerschaftswoche vermutet.

Heute können diese Fehlbildungen bereits frühzeitig ab dem ersten Trimenon der Schwangerschaft bei einer Ultraschalluntersuchung festgestellt werden. Die Neugeborenen mit diesen **schwersten Fehlbildungen** des Urogenital- und Darmtraktes müssen unmittelbar nach Geburt in die Betreuung eines "Kompetenzzentrums", wobei hier neben den kinderchirurgischen und kinderurologischen Aspekten vor allem auch neonatologische, pädiatrisch nephrologische, pädiatrisch gastroenterologische und pädiatrisch infektiologische Probleme zu bewältigen sind. Selbstverständlich sind diese Neugeborenen zunächst auch auf der Intensivstation zu betreuen.

Die notfallmäßige, übereilte "Sofortoperation" der Vergangenheit ist heute vom geplanten rekonstruktiven Eingriff in den Hintergrund gerückt worden.

Bei den sog. **Kloakenekstrophien**, der Ausstülpung von Blasenfeldern, Darm und Ausbildung eines zusätzlichen Bauchwandbruchs (Omphalozele), wird heute innerhalb der ersten Woche eine erste Korrekturoperation durchgeführt (Abb. 1a).

Die Vereinigung der Blasenfelder ergibt ein Harnreservoir, der Darm wird über einen künstlichen Ausgang entlastet und die Bauchdecken werden

geschlossen. Die bei dieser Erkrankung immer klaffenden Schambeinäste werden zusammengeführt und mit Nähten fixiert. Nach dieser ersten rekonstruktiven Operation wird zunächst die weitere



Abb. 1a:
Patient mit Kloakenekstrophie.



Abb. 1b:
6 Wochen nach operativer Korrektur der Kloakenekstrophie Patient noch mit Blasenkatheeter und Anus praeter-Beutel.

Entwicklung abgewartet (Abb. 1 b). Zu einem späteren Zeitpunkt, jenseits des 1. Lebensjahres, kann nach eingehender Diagnostik über die weitere Möglichkeit der Korrektur befunden werden. Nur in den seltensten Fällen ist eine Rückverlagerung des künstlichen Ausgangs möglich und sinnvoll. Allerdings kann die Harnkontinenz entweder durch eine rekonstruktive Chirurgie an der Blase selbst oder

Bei den Patienten mit **Blasen-ekstrophie**, "freiliegender Harnblase", wird heute eine einzeitige Korrekturoperation im Alter zwischen 3 Wochen und 3 Monaten, je nach Allgemeinzustand des Kindes angestrebt (Abb. 2a). Aus der sog. "Blasenplatte" wird eine Harnblase gebildet, die Harnleiter werden zur Verhinderung eines Rückflusses des Harns in die Harnleiter und dann in die Nieren neu in die Blase

durch Schaffen eines kontinenten Harnreservoirs die soziale Situation dieser Patienten verbessern.

AARANE® N



DAS AARANE®-ANGEBOT im Dezember

KOSTENFREI ABRUFBAR:

KANÜLENSAMMLER / PFLASTERSPENDER

Fax-Service (069) 305 40 333
Call-Center (069) 305 22 044

Name

Straße

PLZ/Ort

Stempel/Unterschrift

BITTE INFORMIEREN SIE MICH ZUKÜNFTIG AUCH PER E-MAIL

Meine E-Mail-Adresse

Aventis Pharma Deutschland GmbH
Geschäftseinheit Praxis direkt
Postfach 13 42, 65798 Bad Soden.





Abb. 2a



Abb. 2b

Abb. 2a: Patient mit Blasenektropie

Abb. 2b: Patient 4 Wochen nach operativer Korrektur mit Blasenkatheeter und Harnröhrenkatheeter

eingepflanzt, der Blasenbals wird aufgebaut und der Natur nachvollzogen, so daß im Lauf der Zeit die rekonstruierte Harnblase die notwendige Aufgabe von Speicherung und Entleerung des Harns wahrnehmen kann (Abb.2b,c).

Für die Korrektur von **Epispadien** (Harnröhrenspalten) ist es von wesentlicher Bedeutung, ob die Patienten kontinent oder inkontinent sind. Nach primärer Harnröhrenplastik erfolgt im Falle einer Inkontinenz eine Blasenbalskorrektur, so daß eine Speicherung und Entleerung des Harns aus der Blase erzielt werden kann.

Bei den vorgestellten Patienten mit Blasenbalsen und Harnröhrenspalten ist heute durch die geeignete Operationstechnik für mehr als die Hälfte eine akzeptable Kontinenzsituation erreichbar. Für Patienten mit Kloakenektropie kann dies nur seltener erreicht werden.

Ist allerdings eine **Rekonstruktion** der Harnblase bei Patienten mit Blasenektropie oder Kloakenektropie nicht möglich, so müssen alternative Wege eingeschlagen werden. So ist eine definitive Harnableitung mit kontinenten katheterisierbaren Stomata eine gute Möglichkeit, die Patienten von der sehr belastenden Situation der Inkontinenz zu befreien (Abb.3).

Prof. Dr. H.G. Dietz, Dr. T. Schuster, Dr. M. Stehr

Wenn auch dies für Patienten mit Blasenektropie sehr gut gelingt, so ist dies bei den Patienten mit Kloakenektropie bezüglich der Stuhlkontinenz limitiert, so daß ein künstlicher Ausgang verbleiben muss. Heute ist die Anforderung an uns behandelnde Ärzte gestellt, dass die Patienten mit Spaltbildungen im Bereich der vorderen Bauchwand ein normales Aussehen erhalten sollen, eine normale Blasen- und Darmfunktion erreicht werden soll und die Nierenfunktion nicht beeinträchtigt werden darf.

Da bei diesen Patienten auch die Genitalregion in die Fehlbildung miteinbezogen ist, und Gewebedefizite und Funktionsstörungen vorliegen, sollte die rekonstruktive Chirurgie für ein normales "Aussehen" und eine nicht beeinträchtigte Sexualität sorgen.

Abb. 3: Patient mit Harnreservoir bei fehlender Harnblase, der über ein kontinentes Stoma, mehrmals täglich sich selbst "kathetert". Der Patient ist 8 Jahre alt.



Abb. 2c: Patient 1/2 Jahr nach Korrektur einer Blasenektropie.

Nicht nur aufgrund der anatomischen Situation, sondern auch aufgrund der **psychischen Beeinträchtigung** sind diese Patienten nicht problemlos in ihr soziales Umfeld zu integrieren. Diese Patienten bedürfen der lebenslangen Betreuung durch Spezialisten der operativen und konservativen Kinder- und Jugendmedizin und einer psychologischen Betreuung.

Die Situation von Patienten mit Ektropie- und Epispadiekomplex hat sich in den letzten Jahren deutlich verbessert und die Forderung nach einem **akzeptablen "Body-Image"** kann zumindest für einen Teil dieser Patienten Realität werden.

Die **Erfolge** resultieren nicht nur aus der Verbesserung der operativen Möglichkeiten, sondern vor allem auch durch ein interdisziplinäres Gesamtkonzept.



Basisinformation HEXAVAC®

Wirkstoff: Diphtherie-Tetanus-azellulärer Pertussis-, inaktivierter Poliomyelitis-, gentechnologisch hergestellter Hepatitis B- und konjugierter Haemophilus influenzae b-Impfstoff, mit Adjuvans. Verschreibungspflichtig. **Zusammensetzung:** 1 Impfdosis (0,5 ml) enthält mind. 20 I.E.* (30 I.E.) gereinigtes Diphtherie-Toxoid, mind. 40 I.E. (10 I.E.) gereinigtes Tetanus-Toxoid, 25 µg gereinigtes Pertussis-Toxoid, 25 µg gereinigtes filamentöses Pertussis-Haemagglutinin, 5,0 µg Hepatitis B-Oberflächenantigen**, 40 D-Antigeneinheiten*** inaktiviertes Poliovirus Typ 1 (Mahoney), 8 D-Antigeneinheiten inaktiviertes Poliovirus Typ 2 (MEF 1), 32 D-Antigeneinheiten inaktiviertes Poliovirus Typ 3 (Salkett), 12 µg Haemophilus influenzae b Polysaccharide (PRP), konjugiert an Tetanustoxoid (24 µg), Aluminiumhydroxid, Dinatriumphosphat, Monokaliumphosphat, Natriumkarbonat, Natriumbikarbonat, Trometamol, Saccharose, Medium 199****, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** Aktive Immunisierung gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten (Pertussis), alle bekannten Virus-Subtypen von Hepatitis B, Kinderlähmung (Poliomyelitis) sowie invasive Erkrankungen, die durch Haemophilus influenzae b verursacht werden. • Grundimmunisierung von Säuglingen (ab dem vollendeten 2. bis zum vollendeten 12. Lebensmonat). • Auffrischung bei Kleinkindern (ab dem vollendeten 12. bis zum vollendeten 18. Lebensmonat), die zuvor eine vollständige Grundimmunisierung gegen die einzelnen, in HEXAVAC® enthaltenen Antigene erhalten haben, unabhängig davon, ob zur Grundimmunisierung monovalente oder Kombinationsimpfstoffe von Aventis Pasteur MSD verwendet wurden. **Gegenanzeigen:** Bekannte Überempfindlichkeit gegen einen Impfstoffbestandteil oder schwere Nebenwirkungen nach einer früheren Impfung mit diesem Impfstoff. Das Auftreten einer Enzephalopathie innerhalb eines Zeitraumes von 7 Tagen nach Gabe eines Impfstoffes mit Pertussis-Antigenen (Ganzkeim- oder azellulärer Pertussis-Impfstoffe). Sollten die oben genannten Symptome auftreten, wird empfohlen, die Grundimmunisierung mit Impfstoffen weiterzuführen, die keine Pertussis-Komponente enthalten. Bei Fieber oder einer akuten behandlungsbedürftigen Erkrankung sollte die Impfung auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden. **Nebenwirkungen:** Klinische Studien mit HEXAVAC® wurden mit mehr als 3.900 Säuglingen und 4.400 Kleinkindern (zwischen dem 12. und 20. Lebensmonat) durchgeführt. Häufig wurde über Rötung und/oder Verhärtung bzw. Schwellung/Schmerzen an der Injektionsstelle, Fieber von 38°C oder höher, Reizbarkeit, Schläfrigkeit, Appetitverlust, Schlaflosigkeit, Durchfall und Erbrechen berichtet. Weniger häufig kam es zu Fieber von 40°C oder höher, Druckempfindlichkeit an der Injektionsstelle, anhaltendem unstillbarem Schreien, Hautrötungen und/oder Verhärtungen > 7 cm an der Injektionsstelle oder Anschwellen von ganzen Gliedmaßen. Einzelne Fälle von Fieberkrämpfen und schrillem Schreien wurden berichtet. Ein Einzelfall eines beidseitigen Ödems in den unteren Gliedmaßen sowie ein Fall einer hypoton-hyporesponsiven Episode wurden beobachtet. Diese Symptome traten gewöhnlich innerhalb von 48 Stunden nach der Impfung auf. Sie waren in der Regel leicht, hielten im Allgemeinen bis zu 72 Stunden an und verschwanden spontan. Bis auf eine erhöhte Rate von Fieberreaktionen von 38°C oder höher nach der zweiten Dosis nahm die Häufigkeit der Nebenwirkungen zwischen der ersten, zweiten und dritten Dosis der Grundimmunisierung nicht zu. Nach der Auffrischung wurde vermehrt über Fälle von Fieber von 40°C oder höher berichtet, die Anzahl der Fälle war jedoch < 1%. Hautrötungen und/oder Verhärtungen > 7 cm an der Injektionsstelle traten nach der Auffrischung vermehrt auf, die Anzahl war jedoch ebenfalls < 1%. In seltenen Fällen wurde gleichzeitig die Schwellung von ganzen Gliedmaßen beobachtet. **Sonstige mögliche Nebenwirkungen:** Darüber hinaus können die gleichen unerwünschten Nebenwirkungen auftreten, die bisher nach Gabe von bereits auf dem Markt befindlichen Impfstoffen mit ähnlichen Bestandteilen wie HEXAVAC® beobachtet wurden. So wurden beispielsweise nach Gabe von Haemophilus influenzae Typ b-Impfstoffen von Aventis Pasteur MSD, die an Tetanustoxoid konjugiert sind, atypische Exantheme sowie seltene Fälle von Urtikaria, lokalisierten Ödemen, Pruritus sowie ödematösen Erscheinungen an den unteren Gliedmaßen beobachtet. Unerwünschte Nebenwirkungen nach Gabe des adsorbierten Diphtherie, Tetanus, azellulären Pertussis und inaktivierten Poliomyelitis-Impfstoffes von Aventis Pasteur MSD, die entweder im Rahmen von klinischen Studien oder seit der vor kurzem erfolgten Markteinführung beobachtet wurden, sind bei der Aufzählung von unerwünschten Nebenwirkungen nach Gabe von HEXAVAC® berücksichtigt worden. Nach Gabe des gentechnologisch hergestellten Hepatitis B-Impfstoffes von Merck wurden sehr selten Fälle von Müdigkeit, Unwohlsein, Thrombozytopenie, Exanthem, Alopecie, Hypotonie, Optikusneuritis, peripherer Neuritis, Fazialisparese, Enzephalitis, nicht durch Fieber ausgelöste Krampfanfälle, Urtikaria, Erythema multiforme, angioneurotisches Ödem und anaphylaktischen Reaktionen beobachtet. Wie bei anderen Hepatitis B-Impfstoffen auch, konnte jedoch in vielen Fällen kein direkter Zusammenhang mit dem Impfstoff hergestellt werden. **Dosierung/Anwendungshinweise:** Grundimmunisierung: Zur Grundimmunisierung werden, entsprechend den nationalen Impfempfehlungen, ab dem vollendeten 2. Lebensmonat 3 x 0,5 ml im Abstand von je 4 bis 8 Wochen verabreicht. Auffrischung: Kleinkinder (zwischen dem vollendeten 12. und vollendeten 18. Lebensmonat), die zuvor eine vollständige Grundimmunisierung gegen die einzelnen, in HEXAVAC® enthaltenen Antigene erhalten haben, unabhängig davon, ob zur Grundimmunisierung monovalente oder Kombinationsimpfstoffe von Aventis Pasteur MSD verwendet wurden. Die Auffrischung erfolgt entsprechend den nationalen Impfempfehlungen zur Vervollständigung des Impfschemas. HEXAVAC® wird intramuskulär in den Quadriceps oder den M. deltoideus verabreicht. Der Impfstoff darf nicht intradermal, subkutan oder intravasal verabreicht werden. Dieser Impfstoff sollte nicht angewendet werden bei Neugeborenen, Heranwachsenden und Erwachsenen. **Packungsgrößen:** 1 Fertigspritze ohne Kanüle zu 0,5 ml, 10 Fertigspritzen ohne Kanülen zu 0,5 ml, 25 Fertigspritzen ohne Kanülen zu 0,5 ml, 50 Fertigspritzen ohne Kanülen zu 0,5 ml. Weitere Einzelheiten enthalten die wissenschaftliche Broschüre sowie die Gebrauchs- und Fachinformation, deren aufmerksame Durchsicht wir empfehlen. **Stand:** Oktober 2000. Aventis Pasteur MSD GmbH, Paul-Ehrlich-Straße 1, 69181 Leimen. IM 42/00000-1

* Untere Vertrauensgrenze (p=0,95), ** Gentechnologisch auf Hefezellen, Stamm 2150-2-3, Saccharomyces cerevisiae, hergestelltes Hepatitis B-Oberflächenantigen, *** Antigenmenge im Endprodukt (final bulk product) gemäß W.H.O. (TRS 673, 1992) oder entsprechende Antigenmenge, bestimmt durch eine geeignete immunchemische Methode, **** Medium 199 enthält u.a. Aminosäuren, Mineralsalze, Vitamine.

Der Start in die Zukunft

Möglichkeiten der Wissenschaft erweitern sich ständig, wissenschaftliche Erkenntnisse nehmen laufend zu und das Tempo des Fortschritts beschleunigt sich immer mehr. Eine stürmische Welt voller Veränderungen und Emotionen erwartet unsere Babys von heute. Geben wir ihnen den notwendigen Schutz mit auf den Weg, damit sie den Herausforderungen der Zukunft gewachsen sind.

NEU

100% flüssiger Sechsfach-Impfstoff

HEXAVAC®

Wissenschaft auf dem Weg nach vorn

Aventis Pasteur MSD
Impfstoffe fürs Leben

Barbara Przyklenk

Der plötzliche Säuglingstod

"Uns bleiben 'nur' die Liebe zu Dir und Dankbarkeit, und noch Erinnerungen, auch wenn's uns nicht gefällt! Wir vermissen Dich und die glückliche, zu kurze Zeit! Doch hat Dein Tod uns eine wichtige Aufgabe gestellt..."

Die letzte Strophe in einem Gedicht, das betroffene Eltern ihrem im Alter von vier Monaten am plötzlichen Säuglingstod verstorbenen Sohn Konrad Arnold im Internet widmeten, zeigt die Verzweiflung und gleichzeitig das Bestreben zu informieren um andere Eltern vielleicht vor dem gleichen Schicksal bewahren zu können. Der unerwartete und plötzliche Tod eines zuvor normal und gesund erscheinenden Säuglings, früher auch als Krippentod bezeichnet, bei dem die Obduktion keine Todesursache finden lässt wird international als Sudden Infant Death Syndrome (SIDS oder auch SID) bezeichnet. Erst mit dem signifikanten Rückgang der Gesamt-Säuglingssterblichkeit in diesem Jahrhundert als Folge der Therapierbarkeit von Infektionen und Ernährungsstörungen, ist der plötzliche Säuglingstod zur häufigsten Todesursache nach der Neugeborenenperiode und dadurch Ziel weltweiter Forschung geworden. In Deutschland unterstützt die 1981 gegründete bundesweit ehrenamtlich tätige Gemeinsame Elterninitiative Plötzlicher Säuglingstod GEPS e.V. betroffene Familien bei der Bewältigung des erlittenen Verlustes, informiert die Öffentlichkeit über SID, seine psychosozialen Folgen sowie über die Möglichkeiten der Prävention und fördert die Ursachenforschung. Andere internationale Internet-Seiten sind SIDS-Network, Circsol, SIDS Australia und Sidsalliance. Am Dr. von Haunerschen Kinderspital haben wir seit Mitte der 80er Jahre eine in den letzten Jahren zunehmend grösser werdende ambulante und stationäre Betreuung für betroffene Familien und ihre gefährdeten Säuglinge aufgebaut. Anfänglich kamen jährlich knapp 10 Patienten neu hinzu, derzeit bereits mehr als 100 jährlich, die von ein bis zwei Ärzten neben dem normalen Klinikalltag kontinuierlich betreut werden.

Zusammenspiel mehrerer Faktoren
Keine einzelne Ursache konnte bis

heute für den seit dem Altertum bekannten plötzlichen, unerwarteten Säuglingstod gefunden werden. Viele Kliniker und Forscher glauben derzeit, dass SID durch das Zusammenspiel mehrerer verschiedener Faktoren bedingt ist. Diese schließen Probleme mit der während des Nachtschlafs immer wieder notwendigen Weck-Reaktion des Babys im Schlaf (Arousal-Reaktion) ein sowie die Unfähigkeit auf steigende Kohlen-Dioxidkonzentrationen oder abfallender Sauerstoffsättigung im Blut mit verstärkter Atemtätigkeit zu reagieren. Problematisch bei der exakten Diagnose ist die Tatsache, dass bei der Obduktion eines plötzlich und unerwartet verstorbenen Kindes zwar pathologische Veränderungen fehlen können, aber auch alle Zwischenstufen von leichten (katarhalische Infekte) und schweren organischen Veränderungen bis zu evidenten Todesursachen (Lungen-, Herzmuskelentzündung, Septikämie) möglich sind. Nahezu konstante für den plötzlichen Säuglingstod typische, jedoch nicht beweisende Sektionsbefunde sind petechiale Blutungen subepicardial und im Thymus. Als Hinweise auf vorausgegangene Phasen mit mangelnder Sauerstoffsättigung des Blutes wurden narbige Veränderungen im Bereich des Hirnstammes sowie Wandverdickungen peripherer Lungenarterienäste angesehen. Neben einer vollständigen, die Eltern nach dem Verlust zusätzlichen belastenden, wenn auch letztendlich entlastenden, Ungewissheit und Zweifel ausräumenden Autopsie ist zur Stellung der "Ausschluss"-Diagnose SID eine Untersuchung der Todeszene (Auffindesituation) und Überprüfung der individuellen Vorgeschichte notwendig. Fast alle Todesfälle treten ohne Warnzeichen oder Symptome auf, wenn die Eltern das Baby im Schlaf vermuten. Mehr als zwei Drittel der Fälle treten während des Nachtschlafes auf. Eine typische Auffinde-Situation ist in den frühen Morgenstunden über-

wärmt, verschwitzt in Bauchlage unter der Bettdecke mit von der Bettdecke bedecktem Köpfchen und mit dem Gesicht in die Unterlage eintauchend. 50% aller SID-Fälle ereignen sich im Alter von 2-5 Monaten (Maximum um Tag 100), 90% vor dem sechsten Lebensmonat mit leichter Knabenwendigkeit (männlich : weiblich = 1,4-1,6 : 1). In den ersten beiden Lebenswochen und jenseits des 10. Lebensmonats ist SID selten. In der kalten Jahreszeit und in den kalten Klimazonen ist SID häufiger. Weltweit zeigt sich eine variable Inzidenz (0,2/1000 in Japan und Ungarn beispielsweise und 2/1000 in Neuseeland). SID kommt in allen Bevölkerungsschichten vor. Die Zugehörigkeit zu einer sozialen oder ethnischen Randgruppe an sich oder die damit verbundene soziale und ökonomische Benachteiligung scheint nicht das Risiko für SID zu erhöhen, eher bestimmte Elemente des Lebensstils (beispielsweise Rauchen, Verzicht auf Stillen, Auslassen von Impfungen) und u.U. die Unfähigkeit sich ankündigende kritische Situationen richtig zu erkennen oder falls doch insuffizient zu handeln. Anerkannte Risikofaktoren sind Schlafen in Bauchlage bis zum 4. Lebensmonat, auf weicher Unterlage bis zum ersten Geburtstag, multiple Geburten, ein an SID verstorbenes Geschwister, mütterliches Rauchen, mütterliches Alter unter 20 Jahren (teenage mothers), kurze Schulausbildung, kurzer Abstand zwischen den Schwangerschaften, spät einsetzende und schlechte Schwangerenbetreuung, Frühgeburtlichkeit insbesondere jene mit extrem niedrigem Geburtsgewicht und zu geringem Gewicht für ihr Gestationsalter (small for gestational age). Einzelne Risikofaktoren addieren sich nicht nur, sondern potenzieren sich. So hatten in Bauchlage schlafende skandinavische Säuglinge mit einem Geburtsgewicht von <2500g ein 83-fach (!) höheres Risiko für SID als in

Rückenlage schlafende Säuglinge mit normalem Geburtsgewicht ($\geq 2500g$). Trotz des mit 18% unproportioniert hohen Anteils von Frühchen unter den SID-Opfern bei einer Frühgeborenenrate von 5-8% aller Lebendgeborenen (Risiko damit etwa 3x höher), scheint die Frühgeborenenapnoe kein unabhängiger Risikofaktor für SID zu sein. Impfungen sind nicht assoziiert mit einem erhöhten Risiko für SID. Kürzlich veröffentlichte Studien zeigten für geimpfte Säuglinge eher ein geringeres Risiko für SID (cave protrahierte Atempausen bei Keuchhusten im Säuglingsalter). Bei etwa der Hälfte aller SID-Opfer sind leichte Luftwegsinfektionen vorausgegangen. Möglicherweise reagiert ein großer Teil der SID-Opfer mit abnormer, übersteigter Immunreaktion auf eine gewöhnlich harmlose Infektion und löst dabei einen Circulus vitiosus aus, der dem Ablauf eines septischen Schocks ähnelt. Eine kürzlich veröffentlichte Arbeit aus England berichtete eine höhere Nachweisrate von Magenschleimhautentzündungen, Magengeschwüren verursachendem *Helicobacter pylori* im Speichel von SID-Opfern als bei gleichaltrigen gesunden Kontrollen. Angeborene Stoffwechseldefekte darunter überwiegend Defekte der Fettsäureoxidation lassen sich bei etwa 1-5% der SID-Opfer diagnostizieren.

Können Säuglinge mit erhöhtem Risiko für SID durch irgendein Testsystem eindeutig erkannt werden?

Nein. Hinweise, die Sie als Eltern jedoch beachten und zu einer Vorstellung beim Kinderarzt führen sollten:

- *heftiges Schwitzen im Schlaf mit feuchten Haaren bzw. feuchtem Bettuch unter Kopf*
- *auffallend ruhiges "pflegeleichtes" Verhalten, Bewegungsarmut*
- *schwere Erweckbarkeit, auffallende Blässe oder Zyanose im Schlaf*
- *auffallend viele und lange Atempausen über 8 Sekunden im Schlaf.*

Im Gegensatz zu früher wird ein periodisches Atemmuster mit kurzen zentralen Apnoen durch fehlende Impulse vom zentralen Nervensystem und "Ruhen" der Atemmuskulatur im Brust- und Bauchbereich in der Ausatemstellung, jedoch ohne Abfall der Herz-

frequenz und Sauerstoffsättigung als physiologisch angesehen. Obstruktive Apnoen (durch Behinderungen im Bereich der Atemwege fehlender Luftstrom trotz vom Atemzentrum gesendeter Impulse zur Atemmuskulatur und Kontraktion dieser) und gemischte Apnoen (Kombination von zentraler und obstruktiver Apnoe) sind dagegen als mögliche Auslöser von SID weitgehend akzeptiert, nachdem sie in prospektiven Studien bei späteren SID-Opfern überproportional häufig beobachtet worden waren. Weder die einfache Oxycardiorespirographie in Form von Registrierung von Atemtätigkeit, Herzfrequenz und Sauerstoffsättigung des Blutes noch die aufwändige video-überwachte Polysomnographie mit zusätzlichen Messparametern wie Körperaktivität, Bewegungen der Augen (Elektrookulogramm), nasalem Airflow, Hirnströme (Elektroencephalogramm, EEG), Schlafstadienklassifikation, Körper-



Verdrahtet im Schlaflabor

temperatur, Aktivität der Muskulatur (Elektromyogramm, EMG) können nach dem heutigen Wissensstand jedoch ein künftiges SID-Ereignis mit hinreichender Treffsicherheit voraussehen. Auch wird an einheitlichen Standardempfehlungen noch gearbeitet, ab wann ein Polygraphieergebnis pathologisch zu bewerten ist. Dennoch sind wir froh, dass wir in unserer Klinik beide Methoden anbieten können bei der Abklärung auffälligen Schlafverhaltens junger Säug-

linge oder von Säuglingen mit Zustand nach einem ALTE (apparent life threatening event) oder ALE (anscheinend lebensbedrohliches Ereignis). Letztere sind den Eltern lebensbedrohlich erscheinende Zustände mit schwerer Blässe oder Blauwerden, Steifheit oder Schläffheit, die durch rechtzeitige Wiederbelebung erfolgreich behandelt werden können. Vielfach wird ALTE wohl durch eine zentral oder peripher erzeugte Hypoxämie getriggert, die jedoch als paradoxe Antwort keine erwartete Atemstimulation, sondern eine Atemdepression mit Verminderung der Atemtätigkeit mit sich bringt. ALTE wird als Vorstadium eines SID angesehen mit einem Risiko eines späteren SID von etwa 3%, wenn keine erkennbare, behandelbare Ursache - ein Drittel aller ALTE-Fälle - trotz gründlicher klinischer Untersuchung und Erheben zahlreicher Laborparameter (Blutbild, Serumelektrolyte einschließlich Kalzium, Phosphat, Magnesium, Leber- und Nierenretentionswerte, C-reaktives Protein, Creatinphosphokinase, Blutzucker, Serumlactat und -Ammoniak, Blutgasanalyse, Urinstatus und Bestimmung der organischen Säuren im Harn) gefunden werden kann. Sollten sich mittels OCR oder Polysomnographie eindeutig pathologische Befunde wie periodische Atmung mit Sättigungsabfällen auf unter 85% in Ruhe oder Abfall der Herzfrequenz auf unter 2/3 der mittleren Herzfrequenz für mindestens 5 Sekunden, protrahierte Apnoen mit Sättigungsabfällen, Hypoxämien ohne Apnoe, Apnoen mit parallel dazu im EEG auftretenden Krampfäquivalenten, Anhaltspunkte für gastrooesophagealen Reflux ergeben, können die kleinen Patienten einer spezifischen Therapie und einem für sie geeigneten Heimmonitoring zugeführt werden. Sollten sich schwere obstruktive Apnoen ergeben mit einem Anstieg des Kohlendioxids, ohne dass ein akuter Infekt vorliegt, sollte eine weitere Abklärung der Luftwege mittels Endoskopie oder auch Kernspintomographie des Schädels mit Sagittalschnitten der Nasenrachenregion. Ein EKG evtl. auch Langzeit-EKG gehört zum Ausschluss von Herzrhythmusstörungen - beispielsweise verlängerter QT-Zeit - zum Untersuchungsprogramm, ebenso eine Ultraschalluntersuchung des Gehirns mit dopplersonographischer Prüfung der arteri-

ellen Flüsse in verschiedenen Körperpositionen zum Ausschluss lageabhängiger Gehirndurchblutung.

Die Heimüberwachung von definierten Risikogruppen

Mittels die Atmung und/oder Herz-tätigkeit und/oder Sauerstoffsättigung des Blutes registrierender Monitore war die Heimüberwachung über lange Zeit die einzige in größerem Rahmen erfolgte Methode zur Prävention von SID, wobei nie bewiesen wurde, dass damit die Inzidenz der Todesfälle tatsächlich reduziert werden kann. Dies hat vor allem methodische Gründe, denn bei einer derzeitigen Sid-Häufigkeit von knapp 1/1000 müssten mehr als 100.000 Kinder für eine Fallkontrollstudie rekrutiert werden, um einen monitor-bedingten Rückgang der Letalität um die Hälfte beweisen oder ausschließen zu können. Wir haben inzwischen weit mehr als 700 Säuglinge mit einem Heimmonitor betreut. Indikationen sind Säuglinge sofort nach einem ALTE wegen des hohen Wiederholungs-Risikos in den ersten Tagen nach dem Ereignis, Frühgeborene, die zum Zeitpunkt der Entlassung noch signifikante Apnoen bzw. Hypoxämien aufweisen, Säuglinge mit erhöhtem Risiko für zentrale Atemregulationsstörungen und Hypoxämien bei bekannter Grunderkrankung beispielsweise Hypo- oder Achondroplasie, Pierre-Robin-Sequenz, Arnold-Chiari-Malformation, oder solche mit zyanotischen Affektkrämpfen mit Bewusstseinsverlust (breath holding spells). Darüber hinaus ist ein Monitoring erforderlich für Frühgeborene, die zu Hause Sauerstoff benötigen, Säuglinge mit Tracheostoma und beatmete Kinder. Relative Indikationen sind SID-Geschwister, Säuglinge drogenabhängiger Mütter. Eine relative Indikation besteht bei asymptomatischen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g. Essentiell für ein erfolgreiches Monitoring mit der Minimierung von Ängsten, Problemen in der Partnerschaft und einer hohen Compliance ist neben der strengen Indikationsstellung ein gutes Training der Eltern, ausreichend früh genug vor der Entlassung, um sich mit dem Gerät vertraut zu machen, Unterschiede zwischen echten Alarmen und Fehlalarmen zu lernen, ausführliche Besprechung der Risikofaktoren für SID und mögliche präventive Maßnahmen einschließlich

der Übungen zur kardiopulmonalen Wiederbelebung von Säuglingen. Bereits initial sollten die mögliche Gesamtdauer der Überwachung, die Kriterien für das Absetzen des Monitorings sowie das Herabsetzen des Bradykardialarms mit dem Alter besprochen werden. Darüber hinaus sollte sowohl auf Seite der den Monitor liefernden Firma als von ärztlicher Seite aus immer ein kompetenter Ansprechpartner zur Verfügung stehen, um unnötige stationäre Aufnahmen wegen fraglicher Fehlfunktion des Monitors oder unbegründeter Ängste der Eltern zu vermeiden. Wir verwendeten von Anfang an Speicher-Monitore, die Herzrate und die Länge der Atempause bei den Alarmen registrierten, um die Alarme retrospektiv mit den Eltern in der etwa alle 3 Monate stattfindenden ambulanten Vorstellung aufarbeiten zu können. Seit Mitte der 90er Jahre kommen bei uns nur noch Geräte mit eventrecording (Ereignis-monitoring) zum Einsatz. Diese zeichnen die überwachten Signale vor und nach einem Monitoralarm auf und helfen die Pathophysiologie echter Alarme zu identifizieren. Das Herunterladen und die computer-gestützte Auswertung der gespeicherten Ereignisse nehmen jedoch pro Patient durchschnittlich eine halbe bis dreiviertel Stunde Zeit in Anspruch. Eine alleinige Überwachung der Atmung beispielsweise mit den einfach erhältlichen Atemmatten und ähnlichem kann nicht mehr empfohlen werden, denn das Sistieren der Atmung stellt eher ein spätes Ereignis im Circulus vitiosus von SID dar. Unklar ist derzeit, ob Herz-Atem-Monitore oder Sauerstoff-Monitore der Vorzug gegeben werden soll. Die Atmung wird bei den meisten Atemmonitoren und Herz-Atem-Monitoren anhand der Messung der thorakalen Impedanz registriert und führt daher zu Fehlalarmen bei sehr flacher Atmung. Den Herz-Atem-Monitoren wird bei obstruktiven Apnoen ein möglicherweise zu spätes Alarmieren angelastet, den Sauerstoff-Monitoren eine immer noch zu hohe Fehlalarmrate sowie die Gefahr, dass durch Unterdrückung des Alarms aufgrund von heftigen Bewegungen des Kindes echte hypoxische Zustände nicht erkannt werden.

Falls bei einem Säugling während des stationären Aufenthaltes signifikante Sauerstoffsättigungsabfälle auftraten,

entscheiden wir uns zunächst für die Überwachung mittels eines Gerätes, welches sowohl EKG, Atemtätigkeit als Sauerstoffsättigung aufzeichnet. Trotz des damit verbundenen Stresses für die Eltern ist dies derzeit die sicherste Methode, die auch das Erkennen der für SID wohl am relevantesten obstruktiven Apnoen gewährleistet. Neben der Art der zu verwendenden Monitore sind auch die einzustellenden Grenzwerte für untere Herzfrequenz, Länge der Atempause und für untere Sauerstoffsättigung zu diskutieren. Die Dauer der Überwachung sollte so kurz wie möglich sein, auch wenn es dafür keine einheitlichen Richtlinien gibt. Für Kinder nach ALTE halten wir einen Zeitraum von etwa drei Monaten nach dem letzten Ereignis sinnvoll und für SID-Geschwister eine Überwachung bis zu dem Alter, in dem das Geschwisterkind verstarb. Extreme Frühgeborene, die noch vor einigen Jahren bis zum korrigierten ersten Geburtstag mit einem Heimmonitor werden derzeit meist bis zum korrigierten 9.-10. Lebensmonat überwacht, echte Alarme sollten beim Absetzen mindestens drei Monate zurückliegen. Betrachtet man unsere Erfahrungen aus den letzten 15 Jahren, so nützten nur 7% der Eltern die angebotene Betreuung nicht. Bei rund 7% wurde das Monitoring vorzeitig gegen ärztlichen Rat abgesetzt. 2% der Patienten wurden erneut stationär aufgenommen nach einem ALTE mit der Notwendigkeit heftigster Stimulation.

Bei 0,3% war eine Wiederbelebung nach prolongierter Schlafapnoe notwendig. Zwei Säuglinge verstarben: ein SIDS-sibling mit inspiratorischem Stridor am Heimmonitor trotz erfolgter Wiederbelebungsversuche und ein Säugling einer sehr jungen Mutter, der wegen häufiger Fehlalarme nicht an den Monitor angeschlossen war. Eine Senkung der SIDS-Rate durch das Heimmonitoring können wir daher anhand unserer Zahlen nicht belegen. Neurologische Folgeschäden konnten jedoch bei knapp 3% der überwachten Kinder möglicherweise durch das Monitoring verhindert werden.

Rückgang durch Rückenlage

Nachdem in Deutschland zwischen 1975 und 1990 die SID-Häufigkeit relativ konstant bei 1,7-1,9 auf 1000 Lebendgeborene lag, führte die danach

Heimmonitoring (1985-2000; 723 Patienten)

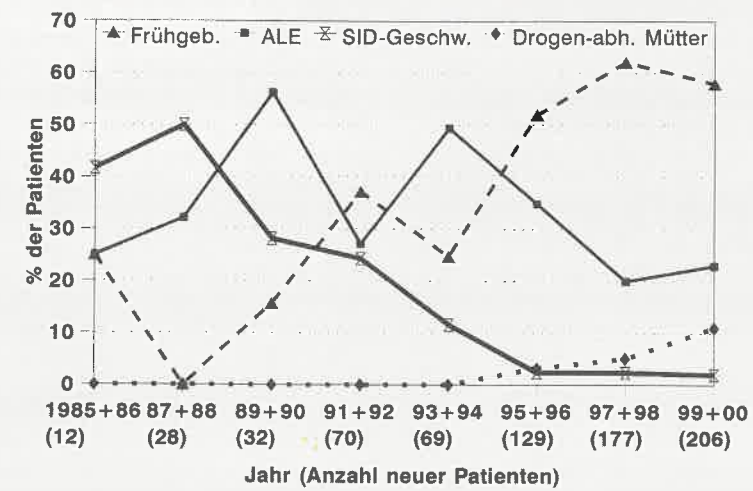


Abb. 1
Übersicht über die am Dr. von Haunerschen Kinderspital betreuten Patienten mit Heimmonitoring zwischen 1985 und Ende 2000

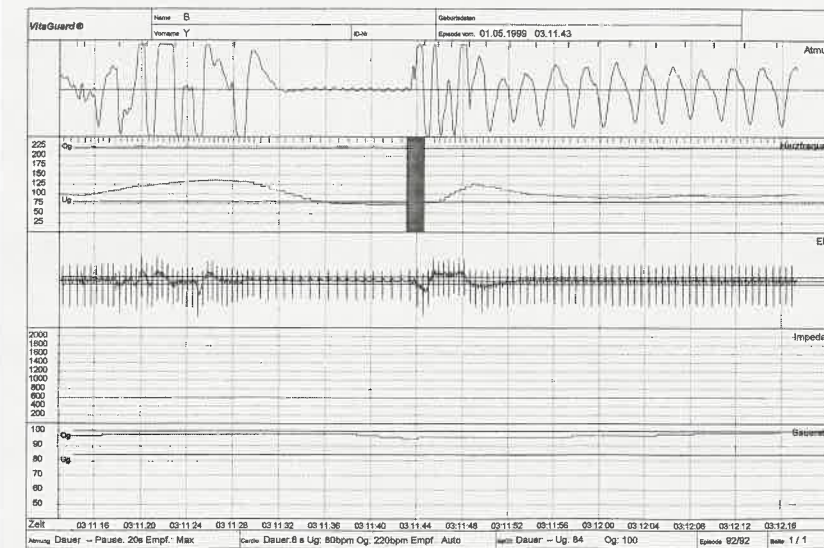


Abb. 2
Echter Bradykardialarm. Bei guten Ableitungs- und Aufzeichnungsbedingungen löst zwar ein Abfallen der Herzfrequenz von 133/Min auf 75/Min den Alarm aus, Ursache ist jedoch eine Apnoe von 12 Sekunden. Unter dem Alarm kommt es erst zu einer forcierten Ausatmung, gefolgt von Wiedereinsetzen der Atmung. Die Sauerstoffsättigung fällt leicht von 98% auf 95%.

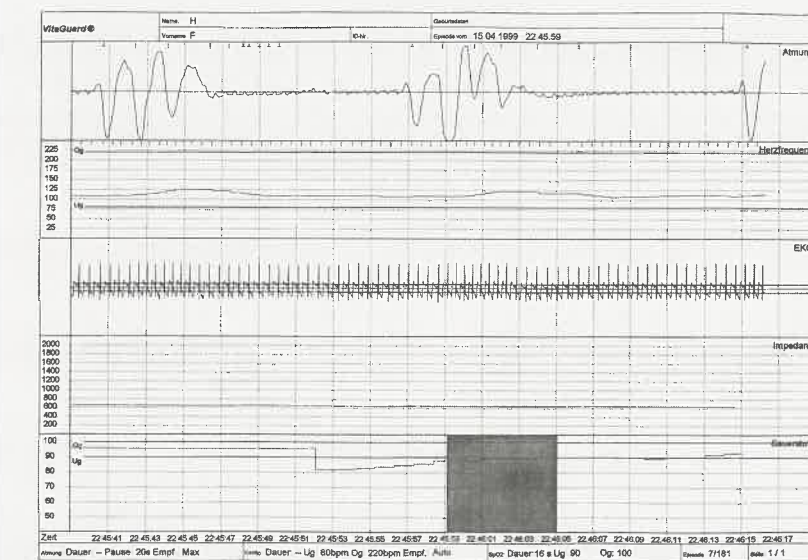


Abb. 3
Echter Sauerstoffsättigungsabfall. Periodisches Atmungsmuster mit zunächst abflachender Amplitude gefolgt von einer 11 Sekunden andauernden Apnoe, während der es zu einem Abfall der Herzfrequenz von 125 auf/Min und der Sauerstoff-sättigung von 96% auf 82% kommt. Bereits vor dem akustischen Alarm setzt die Atmung wieder ein, dennoch bleibt die Sauerstoffsättigung insgesamt 21 Sekunden unter 90% und 5 Sekunden unter 85%.

anstelle der Bauchlage verwandte bevorzugte Positionierung in Rücken- bzw. Rechtsseitenlage trotz fehlender Aufklärungskampagnen zu einem Abfall auf derzeit etwa 0,8 auf 1000 Lebendgeborene. In Deutschland hat damit SID einen mit 40% sehr hohen Anteil an der postneonatalen Gesamtsterblichkeit (28-364 Tage; 2 auf 1000 Lebendgeborene), was kaum von einem anderen Land vergleichbaren Lebensstandards erreicht wird. Knapp 10% der Eltern positionieren noch heute ihre jungen Säuglinge zum Schlaf in die Bauchlage, besonders solche, die ihre älteren Kinder auch so lagerten. Enttäuschend ist auch, dass trotz des bewiesenen erhöhten Risikos für SID für Säuglinge mit passiver Nikotinexposition sich das Rauchverhalten der Eltern nicht wesentlich geändert hat. Rund 20% der schwangeren Frauen in Deutschland rauchen weiterhin. Hier ist weitere Aufklärungsarbeit dringend nötig. Dazu muss aber auch der Wissensstand von Ärzten, Hebammen und Kinderkrankenschwestern bezüglich der Risikofaktoren für SID wesentlich verbessert werden, denn Eltern übernehmen die ihnen in den Geburtskliniken, Intensivstationen und Säuglingsstationen der Kinderkliniken gezeigten Techniken. Es muss den Eltern beispielsweise erklärt werden, dass ein Frühchen aus der 28. Schwangerschaftswoche im Alter von vier Wochen in Bauchlage weniger zentral bedingte Atempausen macht als in Rückenlage, dies sich jedoch um den errechneten Geburtstermin ändert. Wenn reife Neugeborene auf einer Säuglingsstation nach der Mahlzeit auf den Bauch zum Schlafen gelegt werden, da sie so ruhiger sind, schneller einschlafen und tiefer und länger schlafen, wird dies leider auch von den Eltern zu Hause übernommen. Zur Erhebung des aktuellen Wissensstands bezüglich SID unter dem Pflegepersonal unserer Klinik, haben wir Anfang dieses Jahres eine schriftliche Umfrageaktion durchgeführt. Nur 44% der Befragten konnten drei anerkannte Risikofaktoren nennen, 32% zwei und 12% nur einen einzigen. Schlafen in Bauchlage und passive Nikotinexposition wurden von jeweils 30% der Befragten erkannt, Überwärmung von 10% und unsichere Bettumgebung von 5%. Immerhin 9% gaben als wich-

tigen Risikofaktor für Aspiration und SID Schlafen in Rückenlage an! Wir starteten daraufhin ein spezielles Fortbildungsprogramm, um den Wissensstand zu aktualisieren und sicherzustellen, dass potentielle Fragen von Elternseite adäquat beantwortet werden können und werden Ende des Jahres unsere Umfrage wiederholen.

Empfehlungen an die Eltern zum Verringern des SID-Risikos

Empfehlungen an die Eltern zum Verringern des SID-Risikos zielen auf Faktoren, welche die Schwelle für die Aufwachreaktion (Arousal-Reaktion) nach oben verschieben:

- Vermeiden Sie – Mutter und Vater – das Rauchen und achten Sie auf eine rauchfreie Umgebung, besonders in der Schwangerschaft und im ersten Lebensjahr Ihres Kindes.
- Wählen Sie die Rückenlage als bevorzugte Schlafposition bei neurologisch gesundem Säugling ausser bei extremem Erbrechen oder bei Fehlbildungen im Kieferbereich. Wissenschaftlich nicht bewiesen ist eine größere Regurgitations-, Aspirationsgefahr in Rückenlage bei gesunden Säuglingen jenseits der ersten, wenigen Lebensstage, vorausgesetzt Schlucken und Weckreaktion funktionieren. Die Seitenposition ist, weil das Baby dabei auf den Bauch rollen kann, weniger sicher als die Rückenlage und sollte daher nicht empfohlen werden. Sollten Sie dennoch die Seitenposition wählen, stellen Sie sicher, dass der Unterarm des Babys weit genug vor dem Körper des Babys liegt um ein Rollen auf den Bauch zu vermeiden.
- Schützen Sie Ihr Baby vor Überwärmung; ziehen Sie es ab dem Alter von etwa vier Wochen nicht wärmer an als Sie sich. Bei fieberhafter Erkrankung ziehen Sie dem Baby eher weniger an als mehr! Die optimale Schlafzimmer-temperatur liegt bei 16-18°C. Ob es dem Baby zu kühl ist prüft man an Stirn oder Nackenregion, nicht an Händchen oder Füßchen. Schlafen im eigenen Bett im Elternzimmer ist anzustreben ohne "Nestchen" oder "Himmel" und ohne Schaffell, Kopfkissen oder Kuscheltiere. Babyschlafsäcke (Größe etwa Körpergröße plus 10 cm) sind einer Bettdecke vorzuziehen; bei Verwendung einer leichten Babybettdecke (kein Daunen- oder Federbett) ist auf

festes seitliches Einspannen im Brustbereich unterhalb der auf der Bettdecke zu liegen kommenden Arme zu achten.

- Wählen Sie eine ausreichend harte schadstoffarme Matratze, kein Wasserbett oder mit Polystyrolkugeln gefüllte Kissen. Die Füße des Babys sollten am Fußende des Bettes zu liegen kommen.
- Teilen Sie nicht Ihr Bett mit Ihrem Kind (bedsharing, co-sleeping), insbesondere nicht, wenn Sie Raucher sind. Wenn morgens der Säugling nach der ersten Mahlzeit ins elterliche Bett geholt wird, muss zumindest ein Elternteil wach bleiben um zu verhindern, dass das Baby zwischen Elternteil und Wand gedrückt wird, es sich überwärmt durch unter die Bettdecke rutschen oder es zum Phänomen des "Überliegens" kommt.
- Stillen Sie Ihr Baby. Stillen reduziert zwar nicht die SID-Häufigkeit, jedoch das Auftreten einiger Atemwegsinfektionen, die die Entwicklung zu SID beeinflussen können.
- Achten Sie bei Schnupfen auf eine freie Nasenatmung ihres Babys (Muttermilch, Kochsalzlösung), da diese bei behinderter Nasenatmung oft noch nicht effektiv auf Mundatmung umstellen können.
- Bisher nicht eindeutig bewiesen sind die protektiven Effekte eines Schnullers. Falls Sie einen verwenden, sollte dieser regelmäßig desinfiziert werden, nicht von Ihnen abgeleckt werden und dem Kind zu jedem Schlaf gegeben werden.
- Bieten Sie dem Baby im Wachzustand Bauch- und Seitlage an zum Trainieren seiner Hals-, Nacken- und Schultergürtelmuskulatur.
- Vermeiden Sie zuviel Unruhe und Stress.
- Gehen Sie mit Ihrem Kind regelmäßig zu den Vorsorgeuntersuchungen und achten Sie auch auf leichte Veränderungen des Wohlbefindens Ihres Babys.

Dr. med. Barbara Przyklenk

Literaturverzeichnis kann auf Wunsch bei der Verfasserin angefordert werden

PARI JuniorBOY®

die effektive Inhalation für Babies und Kleinkinder



PARI GmbH
Moosstrasse 9
D-82319 Starnberg
Tel: 081 51/2 79-0
Fax: 081 51/2 79-101
e-mail: info@pari.de
www.pari.com

Bestellnummer: 038G7020
Hilfsmittelnummer: 14.24.01.0010
PZN 7333294

Spezialisten für effektive Inhalation



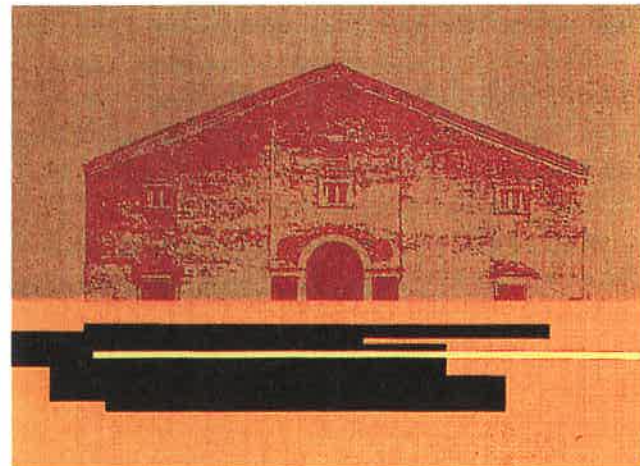
HAUNER GALERIE

Nachdem vor drei Jahren auf Initiative von KIK=KulturInitiativeKinderklinik der Flur im zweiten Stock des Altbaus mit Bilderschienen und speziellen Beleuchtungen für Ausstellungen vorbereitet wurde, hat sich diese Einrichtung inzwischen gut etablieren können.

Über die Künstlerin Kirstin Esch mit ihren farblich aufmunternden Bildern berichteten wir im vorletzten Heft. Da Frau Esch von der Atmosphäre unseres Hauses sehr beeindruckt war und auch ihr so manch leere und kahle Wand missfiel, spendete sie kurzerhand ein Triptychon aus der Ausstellung, das nun am Ende der gläsernen



Der Kunstkoffer mit 13 Graphiken international bekannter Künstler



Hubertus Reichert: aus der Palladioreihe, Siebdruck

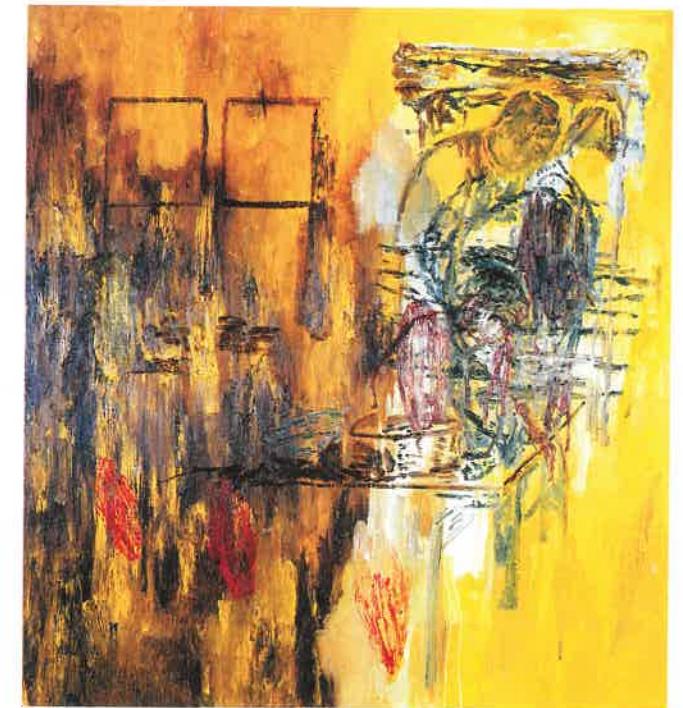
Brücke zur ehemaligen 2. Frauenklinik einen Dauerplatz gefunden hat. Als siebter Aussteller in der noch kurzen Geschichte der Hauner Galerie konnte Hubertus Reichert gewonnen werden, ein in München beheimateter Künstler, der aus seiner Reihe "Palladio" mit einer Vielzahl an Bildern nicht nur die Galeriegänge, sondern auch Treppenhäuser der Klinik ausgestattet hatte. Dabei ist erwähnenswert, dass seine Bilder vorher in der Staatsgalerie in der Kunsthalle Augsburg hingen und in einem Essay von Heinz Schütz so beschrieben wurden:

.. In den durch zwei Farbfelder geteilten Palladio-Bildern prallen die beiden künstlerischen Paradigmen Klassizismus und Avantgardismus aufeinander. Im Siebdruck des oberen Bildteils zitiert Hubertus Reichert jeweils eine Villa Palladios herbei, im unteren Teil greift er

die Formensprache des Suprematismus respektive Konstruktivismus auf...

Die Ausstellung dauerte von Mitte Juni bis Mitte Oktober. Im Anschluss daran präsentierte sich eine Sammlung von Grafiken internationaler Künstler, deren Werke als Kunstkoffer, im Rahmen eines Engagements für den Nelson Mandela Children's Fund und die Haunersche Kinderklinik, käuflich erworben werden können. Im Rahmen einer Kunst-Benefiz-Gala am 16.11.2000 wurde das Projekt von Prof. Dr. D. Reinhardt vorgestellt.

Erlöse fließen dem Aufbau der Mukovizidose-Ambulanz im Hause und dem Nelson Mandela Children's Fund zu. Nähere Einzelheiten zum Erwerb des Koffers können unter der Telefonnummer 05183 480 bei Art Bureau et Werkstatt Quensen Lamspringe erfragt werden. Seit Dezember hängen Bilder von Tanja Mohr, einer münchner Kunstmalerin, die bereits in Galerien in München und Landshut ausgestellt hat, in der "Klinikgalerie". Geprägt sind ihre Bilder von einem *'Spannungsfeld zwischen konkreter*



Tanja Mohr: 'memento' 1998, Öl auf Leinwand
Ausstellung im Haunerschen ab Dezember 2000

Form und freier Farbsetzung', wie es in einem ihrer Kataloge beschrieben wird. Durch eine der Künstlerin eigenen Lasurtechnik zeichnen sich ihre Werke durch eine besondere Leuchtkraft der Farben aus. Wie immer ist die Ausstellung täglich für jedermann zugänglich.

**"OUR HIGHEST PRIORITIES MUST BE OUR CHILDREN
- OUR CHILDREN ARE OUR NATION'S FUTURE"**

Neben dem Haunerschen Kinderspital erhält auch der Nelson Mandela Fund einen Teilbetrag des Kunstkoffer-erlöses



BAUMASSNAHMEN

BAUMASSNAHMEN IM JAHRE 2000

- Völlig neu gestalteter Direktionstrakt mit Seminarraum für die ärztliche Direktion und die Pflegedienstleitung
- Renovierung des Hörsaals
- Renovierung der gesamten Ambulanz (s. Foto)
(Mit zwei Wandskulpturen des bekannten israelischen Künstlers David Gerstein angebracht am Eingangsbereich)
- Renovierung des Gartenhauses (Zentrum für Entwicklungsneurologie) mit Hilfe des Rotary-Clubs München-Hofgarten (s. Bericht auf S. 49)

BAUMASSNAHMEN IM JAHRE 2001

- Kompletter Umbau der Station Intern 4 mit Mutter-Kind- und Isoliereinheiten
- Errichtung der Christiane Herzog Ambulanz für Patienten mit Cystischer Fibrose und anderen Erkrankungen der Atemwege mit Hilfe der Christiane Herzog Stiftung
- Errichtung von Forschungslabors der Kinderklinik (800 m²) im Kubus des Klinikums, ebenfalls unter Verwendung von Mitteln der Christiane Herzog Stiftung
- Anbau einer Empfangshalle und Umgestaltung der Zufahrt für Liegendkranke



Neues Behandlungszimmer der Kinderchirurgischen Ambulanz



Flur der renovierten Pädiatrischen Ambulanz



Eine von drei Wandskulpturen von David Gerstein in der renovierten Ambulanz der Kinderklinik

Auch ein "Neubau" kommt in die Jahre, so auch der Neubau der Kinderklinik, der in anmutender Waschbetonplattenbauweise in den sechziger und siebziger Jahren errichtet wurde. Der herbe Charme abgenutzter Metallschreibtische und kalter Neonlampenbeleuchtung gab dem großen Behandlungszimmer in der Kinderchirurgischen Ambulanz das Ambiente mehr eines polizeilichen Verhör- als eines Behandlungszimmers für kranke Kinder. Da reichte auch die Liebesswürdigkeit der Schwestern und Ärzte nicht mehr aus, um dieses Manko auszugleichen; der Raum war einfach nicht mehr zeitgemäß und als erste Anlaufstelle der kinderchirurgischen Klinik nicht mehr tragbar. Und so wurde das über 30 Jahre alte Inventar - für manch älteren noch mit Seele - ausrangiert, der Raum mit modernen Elektro- und Computerinstallationen versehen und mit wohnlichen Buchenholzmöbeln ausgestattet.

Ein zwar helles, aber auch warmes Licht trägt ebenfalls seinen Teil bei, dass optisch der anfängliche Schrecken einer Krankenhausambulanz doch erheblich abgefangen werden kann. Nach diesem geglückten Umbau sind weitere Modernisierungen im Ambulanzbereich für das nächste Jahr vorgesehen.

Das Gartenhaus in neuem Licht Dank Rotary-Club Projekt 2000

Durch den **Rotary-Club München Hofgarten** waren das ganze Jahr über Spendenaktionen gelaufen, um längst notwendige Renovierungen im Gartenhaus finanzieren zu können, die sich letztlich auf etwa **100.000 DM** beliefen.

Wie geplant waren die Umbauarbeiten im Zentrum für Entwicklungsneurologie und Frühförderung mit der Neugestaltung des Eingangsbereichs und Flurs im Gartenhaus bis zum Juni abgeschlossen. So konnten Herr Prof. Reinhardt und Herr Bahmann-Strasse, der Präsident des Rotary-Clubs München Hofgarten, in einem kleinen feierlichen Akt am 19. Juni 2000 den neugestalteten Flur einweihen.

Das Zentrum für Entwicklungsneurologie und Frühförderung ist eine der Spezialambulanzen unserer Kinderklinik und seit 1978 in Kooperation mit dem Landesverband Bayern für Körper- und Mehrfachbehinderte zugleich eine der Frühförderstellen in Bayern. Untersuchung und Behandlung entwicklungsgefährdeter und entwicklungsauffälliger Kinder - schwerpunktmäßig im Vorschulalter - findet hier in enger interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen Kinderärzten, medizinischen TherapeutInnen (PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, LogopädInnen), PsychologInnen und SozialpädagogInnen statt.

Das Zentrum war maßgeblich durch Frau Dr. Barbara Ohrt aufgebaut und geprägt worden.

Das Team umfasst mittlerweile 23 MitarbeiterInnen.

Seit 1996 wird das Zentrum von Frau Dr. Angelika Enders geleitet. Im letzten Jahr wurden hier 1050 Kinder ärztlich betreut, 343 Kinder waren regelmäßig zur Therapie ins Zentrum gekommen.

Räumlich ist das Zentrum in einem 1957 erstellten Flachbau an der Goethestraße, im Haunerjargon "Gartenhaus" genannt, beheimatet.

Den Namen Gartenhaus, den er schon zu verlieren drohte, trägt der Bau nun wieder zu Recht und mit Stolz:

Der Flur erhielt ein ganz neues Gesicht. Alte Zwischentüren aus der Gründerzeit sind erneuert worden. Gartenzäune lassen Heizkörper verschwinden und freundliche Holzbänke schaffen eine einladende Atmosphäre.

Durch Verwendung von sanften, lichten Farben und nach Installation einer modernen Beleuchtung wurde der Flur zu einer ansprechenden Wartezone für Kinder und Eltern.

Ein Teil des Bodens wurde so gestaltet, dass er den Weg zur Anmeldung weist. Durch eine klare Beschilderung der Zimmer ist die Orientierung erleichtert.

Schon immer hatten es Mütter, die mit ihren Kindern die Ambulanz aufsuchen mussten, beklagt, wie schwierig es ist, mit den Kinderwagen den Eingang zu passieren.

Die vollautomatische Türöffnungsanlage findet jetzt große Begeisterung. Der äußere Eingangsbereich erhielt einen hellen und freundlichen Charakter durch die neue lichtdurchlässige Überdachung, den frischen, sonnigen Farbanstrich der Frontseite und eine gemütliche, einladende Holzbank. Ein blühender Oleander lässt südländische Entspannung aufkommen.

Kinder, Eltern, und MitarbeiterInnen des Gartenhauses sprechen dem Rotary-Club und den beteiligten, ausführenden Firmen für ihr enormes Engagement große Anerkennung aus und sagen allen, die zum Gelingen beigetragen haben, ein herzliches Dankeschön.

Karla Ederer / Dr. Angelika Enders



Neu gestalteter Flur der 'Entwicklungsneurologie'



Neu gestalteter Eingangsbereich der 'Entwicklungsneurologie'

Gegenüber der Kinderklinik

Projekt Omnibus

ein 'Zuhause auf Zeit' für Eltern

Ein Blick in die einzelnen Stationen der Kinderklinik zeigt: Es ist ein wenig eng, so dass die Stationen nur bedingt Elternzimmer anbieten können. Wenn Eltern beim Kind übernachten wollen, wird vielfach eine Notliege aufgebaut oder eine Übernachtung ist überhaupt nicht möglich. Damit ergibt sich für die Eltern, gerade wenn sie von auswärts kommen, ein weiteres Problem: Neben der Sorge um das kranke Kind müssen sie nun auch noch für sich selbst eine Unterkunft besorgen.

Diese Not fiel dem seit 1982 als Klinikseelsorger arbeitenden Franziskanerpater Michael Först auf und so gelang es ihm, zum 1. 1. 1985 gegenüber der Kinderklinik eine Wohnung anzumieten, in welcher die Mütter und Väter kostenlos Aufnahme finden konnten. Unter einfachsten

Bedingungen wurde hier gelebt: Das Wohnzimmer war Ess- und Schlafzimmer zugleich, ein Badezimmer musste für mehrere Personen reichen. Das Leben war einfach und von großer Herzlichkeit geprägt: In der gemeinsamen Sorge um die Kinder kamen sich Eltern näher,

Pater Michael, der Gründer des Projekts Omnibus, mit einem kranken Kind



entstanden Freundschaften untereinander und zu P. Michael. Wieder nach Hause entlassen erzählten die Eltern, wo sie während des Klinikaufenthalts ihres Kindes lebten. Basare wurden von Schulen und Kirchengemeinden veranstaltet und plötzlich begannen viele Menschen, für diese Wohnung in der Lindwurmstraße Geld zu sammeln. Das gemeinsame Leben der Eltern und das Erleben dessen, wie die finanzielle Unterstützung zustande kommt, brachte dann auch den Namen hervor: "Omnibus", dieses lateinische Wort bedeutet "für alle" und "durch alle". Der Name war gefunden. Mit der Zeit wurde dieses Projekt immer bekannter und P. Michael wurde für diese Arbeit mit dem Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet. Im Laufe der Jahre kamen mehr Wohnungen hinzu, letztlich verfügte "Omnibus" über 6 Wohnungen rund um die Haunersche Kinderklinik. Dank der großzügigen und treuen Spenderinnen und Spender konnte Geld angespart werden um den Traum von Pater Michael wahr werden zu lassen, alle Wohnungen unter einem



Beim gemeinsamen Frühstück: Stärkung für den neuen Tag
Rechts Pater Korbinian, der das Projekt heute leitet

Dach zusammen zu fassen. Im Jahr 1995 wurde von dem Architekten Jürgen von Gager ein Neubau in der Lindwurmstraße 79 geplant. Schon in der Planungsphase konnte P. Michael zwei Stockwerke reservieren und für die Bedürfnisse des Projekts Omnibus planen lassen: einundzwanzig Zimmer, ein Wohnzimmer, eine Küche, dazwischen gemütliche Nischen zum Zusammensitzen, ein Andachtsraum, gemeinsame Duschen und Toiletten. Im dann noch erworbenen dritten Stock stehen Wohnungen für Mitarbeiter und Familien zur Verfügung, deren Kind einen längeren Aufenthalt in der Klinik benötigt. Die Aufnahme der Eltern erfolgt meist über die Schwestern in der Klinik, die anrufen und fragen, ob noch ein Zimmer frei ist. Andere Eltern kennen die Wohnmöglichkeit aus früheren Klinikaufenthalten oder durch Mundpropaganda und melden sich selbst an. Der Aufenthalt ist kostenlos, das Projekt Omnibus trägt sich durch Spenden und kann darum auch auf größeren Verwaltungsaufwand verzichten. Aufgenommen werden alle Eltern oder sonstige engere Bezugspersonen, deren Kinder ambulant oder stationär in einer Münchner Kinderklinik, Schwerpunkt Haunersche Kinderklinik, behandelt werden müssen.

Im Mai 1998 verstarb P. Michael Först und der Franziskanerorden betraute P. Korbinian Klinger mit der Leitung des Projekts Omnibus; er ist auch als Seelsorger in der Kinderklinik tätig.

Wie die Eltern ihren Aufenthalt gestalten, bleibt weitgehend ihnen überlassen. Sie behalten ihr Zimmer solange wie es durch den Klinikaufenthalt erforderlich ist. Da auch größere Zimmer zur Verfügung stehen, können auch die Partner oder die

Geschwisterkinder aufgenommen werden. Sie können sich einem gemeinsamen Frühstück und Abendessen anschließen oder auch für sich bleiben und im Aufenthaltsraum essen, soweit sie nicht das von der Kinderklinik angebotene Essen wahrnehmen. Im Wohnzimmer der Altbauwohnung Lindwurmstraße 77 - in der alles begonnen hat - findet sich abends immer jemand zum Ratschen, entweder Mitarbeiter des Projekts oder auch Eltern, die den Abend im

gemeinsamen Gespräch untereinander ausklingen lassen möchten. Oder man kommt zum sonstigen Freizeitvertreib zusammen, zu Gesellschaftsspielen oder zum Fernsehen, hierfür stehen zwei Fernseher zur Verfügung. Im Herbst diesen Jahres konnte das Projekt Omnibus ein großes Fest feiern: Am 2. Oktober hat der Münchner Erzbischof Friedrich Kardinal Wetter den neuen Räumen des Hauses in der Lindwurmstraße 79, die bereits seit Frühjahr 1999 von den Eltern bewohnt werden, den kirchlichen Segen erteilt. Eltern, die einmal Aufnahme in Omnibus fanden, feierten im Kloster St. Anna (dem Heimatkloster von P. Michael und P. Korbinian) ebenso mit, wie der große Kreis der Freunde und Förderer des Projekts und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik. Für die Klinikleitung sprach Herr Prof. Dr. Joppich und für die Stadt München Frau Bürgermeisterin Dr. Burkert ein Grußwort, worüber sich sowohl die Bewohner, wie auch die Mitarbeiter und Freunde des Projekts Omnibus sehr freuten.

* Prof. Reinhardt befand sich zum Zeitpunkt des Festaktes in Urlaub

Bilder vom Festakt: Prof. Dr. Joppich im Gespräch mit Erzbischof Friedrich Kardinal Wetter und P. Korbinian



Bürgermeisterin Frau Dr. Burkert, Prof. Dr. Joppich und Erzbischof Friedrich Kardinal Wetter nach den Grußworten in der Kirche von St. Anna

GRUSSWORTE BEI DER EINWEIHUNGSFEIER IN DER ST-ANNAKIRCHE AM 2.10.2000

Liebe Freunde, Gäste und Mitarbeiter des Projektes Omnibus,
verehrter Herr Kardinal Wetter,
verehrte Patres Benedikt und Korbinian,
sehr geehrte Frau Bürgermeisterin Burkhardt!

Ich überbringe Ihnen Grüße, Dank und Glückwünsche zu Ihren neuen Wohnungen für Eltern von kranken Kindern im Dr. von Haunerschen Kinderspital. Das Spital ist nunmehr über 150 Jahre alt und als es 1886 nur einen Steinwurf von den neuen Wohnungen des Omnibus am Goetheplatz entfernt seinen heutigen Platz erhielt, lag es weit vor den Toren der Stadt, denn man wollte die ansteckenden, kranken Kinder nicht in der Stadt haben. Selbst als kleiner Junge mit Scharlach in die Klinik gesteckt, - das war damals wegen nicht vorhandener Antibiotika und in kinderreichen Familien notwendig -, musste ich an der Tür der Infektionsstation abgegeben werden. Zweimal in der Woche war eine Stunde Besuchszeit, aber keiner durfte die Station betreten, sondern nur den Außenbalkon und durch die Fenster winken.

Auf der Station lagen Kinder mit Scharlach, Masern, Windpocken, Keuchhusten durcheinander und tauschten kräftig ihre Bakterien und Viren aus, sodass alle Kinder meist eine Kinderkrankheit nach der anderen durchmachten. Und die Frage der Eltern am Fenster des Außenbalkons war weniger "wie geht's Dir" als vielmehr: "was hast Du diese Woche?"

Im Haunerschen Kinderspital wurden schon beim Umbau 1924 Mutter-und-Kind-Zimmer eingerichtet. Das konnte nicht immer so bequem wie in einem Hotel sein, aber selbstverständlich konnte damals und kann heute jede Mutter (oder jeder Vater) jederzeit bei seinem kranken Kind bleiben. In den 60er und 70er Jahren war es meist noch so, dass nur am Mittwoch- und Sonntagnachmittag die Eltern ihr Kind besuchen konnten und dann - unter großem Geschrei der Kinder - die Klinik pünktlich

wieder verlassen mussten. Die Elterninitiative "Kind im Krankenhaus" und viele weitsichtige Ärzte und Schwestern schafften es schließlich, die tägliche und dann die ganztägige Besuchszeit und schließlich die ständige Anwesenheit der Mütter in den Kliniken durchzusetzen.

Mit der Bundespflegesatzverordnung von 1973 wurde die kostenlose Mitaufnahme der Mutter aus ärztlichen Gründen gesetzlich verankert, aber es blieb den Kinderkliniken überlassen wie sie das organisierten und umsetzten. Finanzielle Unterstützung zur Schaffung von Mutter-Kind-Einheiten gab es nicht, vielmehr war eine wirtschaftliche Klinikführung die neue Vorgabe. Anfangs glaubte man, es reiche, wenn die Mutter neben dem Bett auf einem Stühlchen sitzt und 24 Stunden die Hand ihres Kindes hält. Schnell merkte man aber, dass auch die Mutter Platz brauchte, sie musste sich ausruhen, sich mal hinlegen und nachts irgendwo schlafen, sich frisch machen, essen und trinken usw. Sie brauchte letztlich den Platz eines anderen kranken Kindes, das dann möglicherweise nicht aufgenommen werden konnte.

Mütter konnten auch nicht auf den Intensivstationen übernachten, auch nicht bei den Frühgeborenen. Sie konnte auch nicht wochenlang am Bett oder im Zimmer bei ihrem kranken Kind bleiben. Sie mussten mal aus dem Stress raus, mussten wieder Kraft tanken, Trost suchen, abends mit anderen Erfahrungen austauschen, sich gegenseitig aufbauen, erkennen, dass in der Klinik Alles für ihr Kind getan wurde.

Die Eltern erwarten in der Klinik den Einsatz modernster medizinische Technik,

wünschen sich dabei aber ein sehr persönliches Umfeld, gleichsam ein familiäres "Bauernstubenmilieu", sie erwarten die Zuwendung der "Barmherzigen Schwestern" früherer Zeiten, werden aber stattdessen konfrontiert mit dem Schichtdienst, dem Arbeitszeitschutzgesetz und der Überstundenausgleichsregelung der heutigen gehetzten Ärzte und Schwestern.

In einer derartigen Situation war die Gründung des "Omnibus" durch den Franziskanerpater Michael Först im wahrsten Wortsinne ein Gottesgeschenk für das Haunersche Kinderspital bzw. für die Eltern dort länger behandelter kranker Kinder, ganz im Sinne des Dr. August von Hauner bei seiner Spitalsgründung 1846. Dort fanden die Eltern all das, was oben genannt ist.

Gäbe es das "Projekt Omnibus" nicht seit 15 Jahren, man müsste es erfinden. Aber das muss man nicht, denn es ist ja da. Von Pater Michael gegründet, von Pater Korbinian fortgeführt, von Pater Benedikt und dem Franziskanerorden gefördert, von zahllosen Spendern unterstützt und am Leben erhalten, sind wir hier vereint um allen Beteiligten und Engagierten und Unterstützenden zu danken.

Das Haunersche Kinderspital wäre ohne die Elternwohnungen auf der anderen Seite der Lindwurmstraße überhaupt nicht mehr denkbar. Dafür sind wir Ihnen - Pater Korbinian und allen ihren engagierten Mitarbeitern - herzlich dankbar.

I. Joppich



Sabine Hummel

Sterben Kinder- Krankenschwestern aus?

Wie ist die Kinderkrankenpflege entstanden?

In der gesundheitspolitischen Landschaft mehren sich die Zeichen für Veränderungen in der Krankenpflegeausbildung. Die Strömungen gehen dahin, eine eigenständige Grundausbildung zur Kinderkrankenschwester / -pfleger gänzlich abzuschaffen und in eine Gesamtausbildung zu integrieren. Welche Gründe gibt es dafür, etwas so Bewährtes einfach zu streichen?



Terrasse für die Freiluftbehandlung von Säuglingen (1911)

Die Entwicklung des Berufsbildes der Kinderkrankenschwester ist untrennbar mit dem Fortschritt und der Selbständigkeit der Pädiatrie verbunden. In dem Maße, in dem sich in der Gesellschaft das Bewusstsein durchsetzte, dass ein Menschenleben (auch das eines Kindes) wertvoll ist, dass eine Mutter ihr Kind selbst erziehen und seine Bedürfnisse stillen sollte, setzte sich auch der Gedanke durch, dass ein Kind eben kein kleiner Erwachsener ist.

Zuerst wurden vermehrt Kinderabteilungen und Kinderspitäler gegründet. Mit der Entwicklung der Pädiatrie entstand vermehrt der Bedarf an genau so spezialisierter pflegerischer Betreuung. Diesen Bedarf erkannten zu

aller erst die leitenden Pädiater dieser Einrichtungen und bildeten selbst Pflegepersonal aus, das sie mit der Versorgung der Kinder betrauten. Allerdings gab es für diese Ausbildung lange Zeit keine allgemein gültigen Richtlinien.

Die Pädiater der Kliniken (der erste war Prof. Schlossberg 1897 in Dresden) erarbeiteten sich selbst einen Lehrplan und führten die Ausbildung auch selbst durch.

So umfasste z. B. 1917 die Ausbildung zur "Säuglingspflegerin" 200 Theorie-Stunden und wurde nach einem Jahr Ausbildung durch eine staatliche Prüfung abgeschlossen.

Die Ausbildungsstunden wurden mit jeder Neufassung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung angehoben,

ebenfalls wurde in der Berufsbezeichnung der Zuständigkeitsbereich sukzessive erweitert (von der Säuglings- über die Kleinkinder- hin zur Kinderkrankenschwester).

Mit der letzten Novellierung des Krankenpflegegesetzes 1985 wurden 1600 Theorie-Stunden und 3000 Praxis-Stunden zwingend vorgeschrieben. Ebenso wurde zum ersten Mal als Berufsbezeichnung der "Kinderkrankenschwester" zugelassen.

Mit dieser Entwicklung ergab sich in Deutschland auch eine Berufskultur, die in ihrem Verlauf auch das veränderte Bewusstsein für die Bedürfnisse eines kranken Kindes widerspiegelt. Kinder wurden immer mehr als in ihrer Entwicklung speziell zu fördernde Persönlichkeiten angesehen.

Nicht nur die Ausbildung in der Kinderkrankenpflege, auch das Berufsbild erfuhr einen deutlichen Wandel. Waren früher vor allem mit der Art der Erkrankungen (meist Infektionskrankheiten) und der sozialen Situation (Vielkind-Familien, hohe Armutsrate) lange Krankenhausaufenthalte verbunden und die Kinderkrankenschwester dadurch als "Ersatzmutter" aktiv, fiel mit der Erweiterung der Besuchszeiten und der uneingeschränkten Mitaufnahme der Mütter diese Rolle weg. Die Kinderkrankenschwester musste sich zur Beraterin und Begleiterin der Kinder und ihrer Familie wandeln. Heute wird sie als Partnerin der Familien gebraucht und als der Teil im therapeutischen Team, über den alle Maßnahmen am Kind koordiniert werden. Die Entwicklung der Pflege wurde über weite Strecken auch durch die Entwicklung der Pädiatrie geprägt. In dem Maße, in dem sich die Medizin spezialisierte, musste die Pflege automatisch mitziehen.

Die Kinderkrankenpflege ist heute ein Bereich, der durch einen **hohen medizinischen Wissenstand** und der Fertigkeit zur Durchführung hochspezifischer Pflegetechniken geprägt ist. Fertigkeiten und Wissen, die nur durch eine von Anfang an zielgerichtete Ausbildung erworben werden können. **Warum aber entsteht nun die Diskussion, diese spezielle Ausbildung abzuschaffen?** Diese politischen Diskussionen sind nicht neu. Sie werden hauptsächlich durch die Europäisierung bestimmt. Bereits 1949, mit der Gründung des Europarates, wurde die Entwicklung der Pflegeberufe auf europäischer Ebene bestimmt. Im Sinne der "Harmonisierung und Vereinheitlichung der Krankenpflegeausbildung" entstand 1967 ein **Europäisches Übereinkommen** über die theoretische und praktische

Ausbildung, in dem Mindestnormen für z. B. Dauer und Inhalte der Ausbildung festgelegt wurden. Ziel dieser Harmonisierung ist, dass die jeweiligen Berufsausbildungen innersuropäisch gegenseitig anerkannt werden. Seit 1979 gibt es entsprechende Richtlinien, die diese Anerkennung regeln. Als letztes Land der EG-Mitgliedsstaaten glich die Bundesrepublik 1985 ihr Krankenpflegegesetz den europäischen Normen an. Doch trotz aller Richtlinien ist eine reibungslose ge-



Krankenzimmer für Kleinkinder (1924)

genseitige Anerkennung derzeit nicht selbstverständlich. Wenn nun 2005 der **europäische Markt** weiter geöffnet wird, kann die unterschiedliche Ausbildung in Europa gerade in Deutschland weitreichende Folgen haben.

Wie unterschiedlich ist aber nun die Ausbildungssituation in Europa? Derzeit gibt es, außer Deutschland und Österreich, keine weiteren Länder, die eine eigenständige Kinderkrankenpflegeausbildung durchführen. In den meisten europäischen Ländern, die eine eigenständige Kinderkrankenpflege vorsehen, ist eine Spezialisierung nach der Ausbildung, bzw. eine Schwerpunktwahl während der Ausbildung üblich.

In Schweden und Spanien z. B. ist die Kinderkrankenpflege Aufgabe der Krankenpflege. In den Niederlanden ist eine Spezialisierung während der

Grundausbildung (4 Jahre Fachhochschulebene, Spezialisierung in der letzten Ausbildungsphase) möglich, in Griechenland kann eine Qualifikation zur Kinderkrankenschwester erst nach dem Grundstudium (4 Jahre Hochschule) und 2 Jahren Berufserfahrung in der Krankenpflege erfolgen. Auch ist die Ausbildungssituation der Krankenpflege in Europa mit der ganzen Bandbreite von 3 Jahren Ausbildung an speziellen Schulen und mehreren Jahren Universitätsstudium nicht unbedingt einheitlich. Wie soll da durch die Änderungen in der Kinderkrankenpflege die große Harmonisierung entstehen? Wenn die volle europäische Anerkennung erreicht werden soll, muss man sich am höchsten Standard orientieren. Und der ist derzeit das Hochschulstudium. Doch wer soll das finanzieren? Wie ist die derzeitige politische Situation in Deutschland? In Deutschland werden derzeit Krankenschwestern aus der Euro-

päischen Union ohne Zusatzausbildung in der Kinderkrankenpflege nicht anerkannt.

Ebenso wurde 1997 ein Beschluss der Gesundheitsminister verabschiedet, der eine stationäre Behandlung von Kindern in Kinderkliniken mit entsprechend geschultem Personal anstatt in Erwachsenenkliniken vorsieht (tendenziell werden allerdings bereits jetzt vermehrt Kinder in Erwachsenenkliniken versorgt) Absolut konträr zu diesem Beschluss ist allerdings ein erarbeiteter Entwurf zur Ausbildungsreform, der eine **generalistische Ausbildung** vorsieht. Generalistische Ausbildung heisst, dass für alle Pflegebereiche (Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege) eine gemeinsame Grundausbildung ohne entsprechende Differenzierung existiert. Für die Bereiche Kranken- und Altenpflege ist die Generalisierung

nachvollziehbar, da durch die demographische Entwicklung das Durchschnittsalter der Bevölkerung weiter steigt und mit zunehmend alten und kranken Menschen zu rechnen ist, so dass die Grenze zwischen Alten- und Krankenpflege fließend wird.

Welche Folgen hat eine generalistische Ausbildung für die Kinderkrankenpflege?

Auch die Kinderkrankenpflege braucht Reformen, das ist unumstritten. Besonders wenn man sich den dramatischen Wandel des Berufsbildes betrachtet, wird klar, dass auch die Ausbildungsinhalte den Erfordernissen angepasst werden müssen. Es müssen mehr Schlüsselqualifikationen gelehrt werden, es müssen Bereiche wie Qualitätssicherung, ambulante Versorgung und Pflegeforschung verstärkt in die Ausbildung integriert werden. Aber diese Veränderungen kombiniert mit der generalistischen Ausbildung würden wahrscheinlich mehr negative Auswirkungen mit sich bringen. In der Kinderkrankenpflege war die Bewerberlage im Gegensatz zur Kranken- und Altenpflege immer hervorragend. Es bleibt allerdings fraglich, ob Bewerber, die eigentlich mit Kindern arbeiten wollen, erst eine 3-4-jährige Ausbildung durchlaufen, (möglicherweise kombiniert mit Jahren an Berufserfahrung) bevor sie dann im eigentlichen Wunschbereich tätig werden können. Bei Befragungen von Kinderkrankenschwestern gibt ein Großteil an, dass sie über den Umweg Krankenpflege nicht in den Beruf eingestiegen wären, sondern ein anderes Berufsziel gewählt hätten. Somit ist also zu befürchten, dass durch eine Änderung der Ausbildung weitere potentielle Pflegekräfte verloren werden.

Ebenso ist durch die generalistische Ausbildung ein Qualitätsverlust in der Kinderkrankenpflege wahrscheinlich.

Die Bandbreite der Kinderkrankenpflege ist einfach zu groß und die speziellen Entwicklungsstufen und Bedürfnisse der Patienten zwischen 0 und 18 Jahren sind zu komplex, um in einem



Säuglingszimmer der chirurgischen Abteilung zur intensiven postoperativen Betreuung (1924)

zusätzlichen Ausbildungsjahr gelernt, erfahren und verstanden zu werden. Bereits heute gibt es Probleme, Mitarbeiter für spezielle Abteilungen und Stationen, die ein ganz spezielles Expertenwissen erfordern, aus den zahlreichen Bewerbungen zu rekrutieren. Gedacht sei hier an spezielle Intensivstationen, Knochenmarkstransplantationsabteilungen, aber auch an kinderchirurgische OP's. Die Mitarbeit in diesen Bereichen trauen sich selbst Absolventen der Kinderkrankenpflegeausbildung zu selten zu. Wie sollten dann generalistisch ausgebildete Pflegepersonen für diese Abteilungen motiviert werden? Es drohen verstärkt **personelle Engpässe** kombiniert mit einem Qualitätsverlust. Pflegekräfte, die eine Weiterbildung durchlaufen und eine zusätzliche Qualifikation erreicht haben, werden natürlich auch gemäß ihrer Qualifikation bezahlt. Das bedeutet, dass die Personalkosten für Kinderkliniken rasant steigen würden. Könnten sich das die Kliniken leisten? Würden diese Kosten von den Krankenkassen übernommen?

Werden verstärkt Stellen eingespart? Ein möglicher Ausweg wäre, dass es nicht durchwegs qualifizierte Pflegekräfte in Kinderkliniken gibt, sondern durch eine hohe Zahl an Hilfskräften diese Kosten ausgeglichen werden könnten. Dies bedeutet wiederum, dass die Tätigkeiten am Patienten durch mehrere Personen ausgeführt werden und widerspricht im höchsten Maße den Bedürfnissen der Kinder nach einer festen Bezugsperson. Eine weitere Auswirkung durch die gestiegenen Kosten wäre wahrscheinlich auch eine **Schließung weiterer Kinderkliniken und -stationen und eine Verteilung der Patienten auf Erwachsenenabteilungen.** Das würde dem Beschluss der Gesundheitsminister von 1997 absolut widersprechen. Von der Situation der Kinder

in einem Zimmer mit alten, demenzten Patienten einmal abgesehen. Auch zeichnen sich Kinderkliniken dadurch aus, dass in verstärktem Maße eine kindgerechte Umgebung zur Verfügung steht. Dies lässt sich in Allgemeinkrankenhäusern wohl kaum aufrecht erhalten.

Diese drohenden Entwicklungen stehen in krassem Gegensatz zu den national und international anerkannten Bedürfnissen der Kinder, z. B. durch die UN-Kinderrechtskonvention und der Charta für Kinder im Krankenhaus.

Sehr viele Bereiche in der Medizin sind heute durch eine **fortschreitende Spezialisierung** geprägt. Es ist eher unwahrscheinlich, dass die dazugehörige Pflege ihren Anforderungen noch nachkommen kann, wenn durch eine gemeinsame Ausbildung alle Bereiche gemischt werden. Eine Spezialisierung des Pflegepersonals durch die Praxiserfahrung wird kaum eintreten, da die Pflegekräfte für die meisten Pflegebereiche ungenügend vorbereitet sind und die Verweildauer im Beruf durch konstante Überforderung noch weiter abnehmen wird.

Prof. Schloßmann sagte bereits 1897: **"Das Sparen von Schwestern bedeutet Kindergräber."** Soweit wird es wohl, auch durch eine Änderung in der Kinderkrankenpflege, nicht kommen.

Die bedrohlichsten Auswirkungen einer generalistischen Ausbildung jedoch sind ein Qualitätsverlust in der Pflege, kombiniert mit einem personellen Engpass (durch mangelnde Bewerbungen, frühe Flucht aus dem Beruf und Streichung der Pflegestellen aus finanziellen Gründen) und bedeuten damit einen großen Rückschritt in der Versorgung der Kinder.

Sabine Hummel, stellv. Pflegedienstleitung

(Literatur beim Verfasser)

Reisebericht

MONGOLEI

von Ingolf Joppich



Begrüßung durch den ehemaligen Hauner-Patienten Baatarkhishigt

Die Mongolei liegt für uns weit weg am anderen Ende der Welt, irgendwo eingeschlossen zwischen Russland und China. Wir wissen meist nur sehr ungenau, dass sich die Chinesen schon 2-3 Jahrhunderte v.Chr. durch den Bau der Chinesischen Mauer vor den Eroberungszügen der nomadisierenden Hunnen aus der heutigen Mongolei schützen mussten, dass Attila im 5. Jh.n.Chr. den Rhein überschritt und dass Dschingis Khan im 13. Jh. mit seinen wilden Reiterhorden von Karakorum aus fast ganz Eurasien vom chinesischen Meer bis zur Adria erobert hatte. Die Mongolen sind stolz auf Dschingis Khan und ihre große Geschichte! Später wurde das Land seinerseits von China bzw. dann unter der Sowjetunion als sozialistische Volksrepublik annektiert. Nach dem Ende der UdSSR 1989/90 wurde die Mongolei parlamentarische Demokratie mit Hinwendung zur Marktwirtschaft. Im Juli 2000 errangen allerdings die Kommunisten bei den Parlamentswahlen erdrutschartig die absolute Mehrheit zurück.

Das Land ist mehr als viermal so groß wie Deutschland, hat aber nur 2,4 Mill. Einwohner, die sich weit über 35 Mill. Weidetiere halten (Pferde, Rinder, Schafe, Kaschmirziegen, Kamele), denn 1990/91 wurde das Kollektiveigentum Herde privatisiert und seitdem wachsen diese unbegrenzt. Durch das Ende der Planwirtschaft stockt der Fleischexport und das nichtgeschlachtete Vieh frisst die Weiden leer. Das Land ist hoffnungslos "überweidet" und verkarstet zunehmend. Zusätzlich werden die wenigen Wälder (nur noch 1% der Fläche) rigoros abgeholzt, um im kalten Hochlandwinter die Jurten heizen zu können, denn 60% der Bevölkerung leben nach wie vor in Nomadenzelten aus Holz und Filz. In der Schneekatastrophe des letzten Winters sind über 3 Mill. Tiere erfroren, für die einzelnen Nomadenfamilien oft der wirtschaftliche Ruin. Sie ziehen notbedingt immer mehr in die Städte, wo schon die Hälfte der Menschen lebt, meistens in der Hauptstadt Ulan Bataar.

Über die Kinderheilkunde und Kinderchirurgie in der Mongolei gibt es bei uns kaum Informationen. Nach der Operation des Enkelkinds des mongolischen Parlamentspräsidenten in unserer Klinik hatten wir aber

Das von der Sowjetunion vor 20 Jahren an die Mongolei übergebene Freundschaftsgeschenk Kinderklinik ist zwar ein imposanter Bau, inzwischen aber sehr renovierungsbedürftig.



Kontakte nach Ulan Bataar zum ärztlichen Direktor des "State Research Center of Maternal and Child Health", Prof. Choijamts und dem Kinderchirurgen Dr. Tumennasan aufgebaut, es hatten über das Sozialministerium in München Besuche von Kinderärzten und Kinderchirurgen bei uns stattgefunden und es entstand der Plan zu einem medizinischen "Fachkräfteaustausch" mit der Mongolei.

In den einschlägigen Reiseführern wird geradezu vor den Krankenhäusern in der Mongolei gewarnt, man solle sich nur in lebensbedrohlichen Notfällen dorthin begeben, sonst aber lieber nach Peking weiterreisen! Der in Ulan Bataar tätige deutsche Arzt Dr. Frank warnte mich am Telefon, "man müsse sich alles sehr schlimm vorstellen, vor Ort sei es dann aber noch viel schlimmer", was sich so aber glücklicherweise keineswegs bestätigte. Insgesamt war es nicht einfach, zur Reiseplanung an konkrete Informationen zu kommen. Nachträglich gesehen, haben wir unglaublich herzliche und offene Menschen kennengelernt und Freundschaften geschlossen. Aber man musste sich erst kennenlernen und viele Vorurteile abbauen. Die Mongolen sind ein sehr stolzes Volk, das



Eröffnungssitzung der mongolischen und deutschen Kinderchirurgen und Kinderanaesthesisten

zwar die Unterschiede zur hochtechnisierten Zivilisation und damit notwendigerweise auch Medizintechnik sehr wohl erkennt und auch klug genug ist zu realisieren, dass das alles nicht so ohne weiteres auf ihre Verhältnisse übertragen werden kann. Sie sind empfindlich gegen besserwissende Belehrungen, aber dankbar für Hilfen zur Selbsthilfe. Viele sprechen gut deutsch, da viele vor 1990 ein Studium in der DDR dem in der Sowjetunion vorzogen. Natürlich haben sie Schwierigkeiten, auf die Entfernung hin die Entwicklung in Deutschland seit der Wende einzuschätzen. Heute tendieren der jungen Leute übrigens eindeutig zu einem Studium in den USA.

Bei guter Ausbildung und Spezialisierung der Ärzte und Schwestern fehlt es vor allem an Medikamenten und technischem Equipment und hier ganz besonders an Ersatzteilen. Wir sahen Narkosegeräte, Beatmungsapparate und Inkubatoren – Spenden meist aus Deutschland, die zwar stolz demonstriert wurden, aber die aufgrund oft nur geringfügiger Defekte (kaputte oder fehlende Schläuche, Ventile, Verbindungsstücke) – dennoch nicht behebbar – nicht einsatzfähig waren. Vieles liegt auch an großen Informationsdefiziten der Spender. So wurde für viel Geld ein ausrangierter Narkoseapparat mit einem Isofluran- statt Halothane-Vaporizer nach Ulan Bataar transportiert: nur in der Mongolei ist Isofluran nicht erhältlich und der Vaporizer lässt sich nicht auf das vorhandene Halothane umbauen! Statt mechanischer Blutdruckmessgeräte wurden elektronische geschenkt, aber Batterien und Akkus sind in der Mongolei nicht zu bekommen. Für die Sachspenden bei uns ausrangierter Geräte gibt es weder Reparatur noch Kundendienste oder Ersatzteile. Wir haben zahlreiche derartiger Geräte und Instrumente gesehen, nicht schlecht erhalten, aber funktionsunfähig. Ein bei uns ausrangiertes Sonografiegerät (immer noch 6.000,- DM wert), steht in der Mongolei wegen eines nicht dorthin lieferbaren Ersatzteils funktionslos herum, für die schlichteren und schlechteren chinesischen Modelle für weniger als 2.000,- DM (mit Kunden- und Reparaturservice vor Ort!) findet sich aber keine Finanzierung. Insofern wird die deutsche Entwicklungshilfe durchaus auch kritisch beurteilt. Sachspenden sind oft weniger effektiv als Geldspenden, Geld geht aber nicht immer den geplanten Weg. Hier könnten bessere Kommunikation und Kooperation künftig sinnvolleres schaffen. So war es wirklich ein guter Plan und eine notwendige

Unternehmung des "Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit", ein Ärzteteam zusammenzustellen, das vor Ort konkret Informationen und Erfahrungen sammeln sollte für eine künftige sinnvolle medizinische Entwicklungshilfe in der Mongolei. Idee und Organisation gingen von Ministerialdirigent Dr. Dr. Hölzel und seiner Gattin aus, die allerdings kurzfristig nicht mitfahren konnten und die Reise-führung an Ministerialrat Dr. Kunz übergaben. Die Gruppe umfasste 16 Teilnehmer aus bayerischen und münchener Kliniken verschiedener Fachrichtungen. Angeborene Fehlbildungen und ihre Korrekturmöglichkeiten vor Ort waren eine besondere thematische Fragestellung für ein Operationsteam aus Kinderchirurgen (Prof. I. Joppich und St. Kellnar) und Kinderanaesthesisten (Drs. M. Oberhauser und R. Joppich). Frau Irmi Schwartz vom Münchner Merkur begleitete die Reise mit Recherchen und Fotos.

Ob in der Mongolei wirklich 1800 Kinderkrankenbetten vorgehalten werden, davon 1000 in der Hauptstadt, konnten wir nicht überprüfen, es ist aber keinesfalls mit unseren Verhältnissen vergleichbar. Die Kinderchirurgische Klinik in Ulan Bataar, die einzige des Landes, hat 170 Betten mit allgemeiner Kinderchirurgie, Urologie, Thoraxchirurgie, Anaesthesie und Intensivtherapie, sowie auch HNO, Augenerkrankungen und Kieferchirurgie im Kindesalter. Einige durchschnittliche jährliche Leistungszahlen seien zur Information genannt, in Klammern jeweils der Vergleich zur Haunerschen Kinderchirurgie: Betten 170 (72), Ärzte 39 (25), Schwestern 76 (97), Stationäre Patienten 5697 (3263), Pflagestage 55584 (17201), Verweildauer 9.7 (5.5), Nutzungsgrad 69% (70%), Operationen 4200 (4087), davon z.B. Thorax 39 (160), Bauch 1341 (764) – darunter Appendektomie 756 (107), Urogenital 328 (754), Septische Chirurgie 137 (0), plastische Eingriffe 8 (249).

Die weiten Wege übers Land bedeuten häufig verspätete Therapie und Komplikationen. Im Durchschnitt dauert es über 4 Tage Bauchschmerzen und Anreise zum Teil über hunderte von Kilometern auf dem Pferd!, ehe die Kinder mit einer Blinddarmentzündung in die Klinik kommen. Aktuell lagen etwa 30 Kinder mit schweren eitrigen Appendizitiskomplikationen auf Station, weitaus häufiger

als eine normale Blinddarmentzündung. Antibiotika gibt es nicht, kaum ausreichend Infusionen und parenterale Ernährung. Das erklärt insgesamt auch die dortige Häufigkeit septisch-chirurgischer Eingriffe und die sehr viel selteneren elektiven rekonstruktiven Operationen. Und natürlich die längere Verweildauer und die vermehrten Pflegetage.

Man hat in Ulan Bataar sehr gute Kenntnisse über den aktuellen Stand chirurgischer Techniken. Die Pena-Rekonstruktion bei Analatresie wurde in "klassischer" Weise durchgeführt, allerdings mit einem Instrumentarium, mit dem wir uns in München wahrscheinlich nicht an eine solch anspruchsvolle Operation herangewagt hätten. Das Nahtmaterial wurde von in Spiritus eingelegten "Pappgarnrollen" abgezogen, wie bei uns bis Ende der 60er Jahre – es funktionierte im übrigen völlig problemlos! Ärzte und Op-Schwester sind technisch hervorragend und könnten jederzeit bei uns einsteigen. Der Umgang mit Sterilität und Asepsis war korrekt, auch wenn unsere Hygiene-Prüfkriterien kaum überstanden werden würden. Teils war Op-Wäsche vorhanden, teils behielt man die Straßenkleidung im Op an. Auch die Reporter und Fotografen durften sich in Straßenkleidung und ohne die leisesten Beschränkungen durch irgendwelche Datenschutz-



Dr. Tumennasan und Prof. Joppich operieren gemeinsam eine Analatresie

maßnahmen frei im Op bewegen und fotografieren. Beim Operieren wurde mit einem großen Ventilator für Umluft-Kühlung gesorgt und durch offene Fenster gelüftet. Die Handwaschutensilien mit Wasserkanne und Schüssel waren wie "annodazumal". Aber es hat (fast) alles funktioniert und wir haben problemlos operieren können. Alles war irgendwie lässiger, weniger reglementiert, dennoch verantwortungsbewusst und korrekt. Das soll überhaupt nicht als wertende Kritik verstanden werden, sondern eher schon als Anstoß dienen, unsere gelegentlich überzogenen Ansprüche manchmal mehr zu hinterfragen. Die Kollegen dort sind jedenfalls noch Meister der Improvisation. Manches erinnerte mich schon sehr an meine Anfänge in der Chirurgie in deutschen Kliniken Anfang der 60er Jahre, als noch nicht der TÜV und die Hygienekommission sondern die innere ärztliche Ethik als Richtschnur

und Leitlinie des Handelns diente und die Erziehung der jungen Chirurgen nicht zuerst nach Buchstaben und Gesetz sondern nach Inhalten und durch Vorbild erfolgte.

Wir hatten im Vorfeld noch gute aber doch schon seit Jahren ausrangierte Op-Instrumente vorausgeschickt, die noch nicht angekommen waren, aber zusammen mit großzügigen Nahtmaterialspenden von Ethicon "sensationell" sein werden. Ein aktuell im Reisegepäck mitgebrachtes "ganz normales Chefsieb" (für alle Fälle!) hat Chirurgen und Instrumentierschwester so begeistert, dass ich zum Abschied nicht anders konnte als es dort zu "vergessen". Für derartige punktgenaue Akuthilfe waren die Kollegen dort am dankbarsten. Technische Hilfsmittel wie Klammernahtgeräte oder minimal invasive optische Instrumente waren zwar bekannt, sind aber aufgrund der Anschaffungspreise und der fehlenden Ergänzungsmagazine nur ein gelegentliches technisches Spielzeug. Plastisch rekonstruktive Operationen wie eine Trichterbrust haben wir allerdings aufgrund der hygienischen Verhältnisse insgesamt, der fehlenden Intensivüberwachung und unter den gegebenen Umständen auch aus ethischen Gründen abgelehnt, wir hätten ja auch keine eigene Nachsorge übernehmen können. Bewundernswert war sicherlich auch, was die Anaesthesisten dort fertigbringen. Auch bei schwierigen Eingriffen war die Hand am Puls im Prinzip das einzige "Monitoring"! Eine Infusion war wirklich nur für den Notfall vorgesehen. Hier bot sich unseren beiden Kinderanaesthesisten eine weite Lehrbetätigung, die mit Begeisterung aufgenommen, ja geradezu aufgesogen wurde. Überhaupt waren die täglichen Lectures, Fallbesprechungen, Patientenuntersuchungen, Therapiediskussionen, Operationsdemos (Endo-Ghia, "how I do it"-tricks etc) etwas, wovon die mongolischen Kollegen nicht genug bekommen konnten. Und wir haben genauso von diesen Diskussionen profitiert. Es gibt dort nämlich auch sehr erfahrene und ausgefuchste Routiniers! Die kurzen Einblicke in dieses Land reichen nicht aus, um die grundsätzlichen Mentalitätsunterschiede zwischen



Der Präsident Gonschigdorj des mongolischen Parlaments bei einem Empfang mit seiner Frau und Prof. Joppich



Naadam-Fest: mongolische Kinder beim wilden Quer-Feld-ein-Rennen

Mongolen und Deutschen - Welten die uns trennen im alltäglichen Denken und beruflichen Handeln - verstehen zu können. Aber die Kinder werden auch dort als höchstes Gut erlebt. Die Kinder sind die Garanten für einen direkt funktionierenden familiären "Generationenvertrag". Und trotzdem ist manches erstaunlich. Ein kleines Erlebnis sei zur Verdeutlichung berichtet: Wir hatten das Glück, während des Naadamfestes in der Mongolei zu sein, ein überdimensionales nationales Sport- und Vergnügungsfest, für das es bei uns keinen Vergleich einer nationalen Identifikation gibt. Ein ganz wichtiger Teil dieser Veranstaltungen sind Reitwettbewerbe für 6-12jährige Mädchen und Jungen, die auf zweijährigen Pferden zunächst 10 Kilometer locker aber flott zum Start galoppieren und dann die gleichlange Distanz im gestreckten Renngalopp querfeldein wettbewerbsmäßig zurückreiten, zur Gewichtsreduzierung ohne Sattel, Stiefel, Helm oder ähnlichem bei uns zwingend vorgeschriebenem Equipment, dafür mit Begeisterung, Ausdauer, Fröhlichkeit, Schlachtgesängen, überströmender Energie und kindgerechtem Leichtsin. Man kann sich nicht vorstellen – darüber waren wir uns alle einig – dass deutsche Reitschulpferde diese 20 Kilometer pausenlosen Galopps überhaupt überleben würden. Ich glaube auch nicht, dass wir diese "manpower" bei deutschen Kindern in vergleichbarem Maße finden würden. Aber so wachsen die "Naturburschen und -mädchen" dort eben in der Steppe auf. Wir fuhren 10 Kilometer off-road

parallel und sahen eines der Kinder (übrigens im Verlauf nicht das einzige!) vom Pferd stürzen und bewusstlos liegen bleiben.

In Deutschland wären nun Rettungsarzt, –sanitäter und –fahrzeug und wahrscheinlich der Hubschrauber tätig geworden, Transport in die Klinik, Röntgen, CT, Intensivstation usw.! Abgesehen davon, dass es hier bei derartigen Veranstaltungen solche Vorkehrungen überhaupt nicht gibt, nutzte man die Zeit – während das herrenlos herumgaloppierende Pferd wieder eingefangen wurde – dazu, das bewusstlose Kind durch kräftiges schütteln zu "reaktivieren" und wieder auf sein Pferd zu setzen, so dass es den Wettritt fortsetzen konnte! Das war z.B. ein von uns durchaus mit Staunen bewundener Unterschied zwischen europäischer Verhaltensweise und Mongolen-Power!

Es sprengt leider den Rahmen, um hier noch anderes von dieser ereignisreichen Reise zu erzählen: der abenteuerliche Hinflug mit mehrfach verpassten Flugzeugen und dem Zwangsaufenthalt in Peking, der Empfang in Ulan Bataar, der Ausflug in die alte Hauptstadt Karakorum mit Bus und BMW über mehrere hundert Kilometer off-road, die (unangemeldete) Inspektion einer abenteuerlichen potemkinschen Röntgenabteilung im dortigen Krankenhaus, der schon vor Jahren die russischen Ersatzteile ausgegangen waren, die Übernachtung im grenzenlosen "Land der zornigen Winde" (die wir nicht erlebt haben) in Jurten, die Unterbringung als Staatsgäste im Gästehaus der Regierung im "verbotenen Tal" und die Treffen im einschlägigen mongolischen Biergarten 'Khan-Bräu', die Teilnahme am nationalen Volksfest Naadam, und die Erfahrung, wie man trotz Stutenmilchjoghurt und anderer landestypischer enteraler Bedrohungen "Dschingis-Khans-Rache" effektiv – d.h. eigentlich vor allem quantitativ! – mit Dschingis-Khan-Vodka kurieren kann.

Bei einem der vielen offiziellen Diner konnte es schon mal bis zu 8 Tischreden mit Toasts geben, die auch stets mit entsprechendem "vodka ex" endeten! Auch insofern ein wirklich schönes Land!

Familienausflug: auch die Jüngsten haben schon ihr eigenes Pferd



Die richtige Entscheidung von H.B. Hadorn



Ende August war es so weit; Baumann (im folgenden B. genannt) trennte sich von seinem mit mächtiger Motorkraft ausgestatteten Diesel-PKW und war erstaunt, dass ein noch recht anständiger Preis zu erzielen war. Ob der Diesel wohl nun in Tirana oder eher weiter östlich seine Laufbahn als solides aber etwas fantasieloses Transportmittel beendete? Nun blieben also nur noch die 3 Räder: Zunächst das alte, treue mit der Marke "Sursee" und Bremsen von Weinmann, dessen Stärken und Schwächen B. nur zu gut kannte; so war z.B. beim Bremsen Vorsicht geboten, weil die zu erreichende Verzögerung der Geschwindigkeit nicht überzeugte und die Bremsbacken bei ihren etwas frustrierten Bemühungen laut quietschten: immerhin, bei Fußgängern hatte dieses Geräusch die erwünschte Wirkung, sie stoben nach allen Seiten auseinander, wenn B. nahte und somit war der Zweck erreicht, - nämlich eine für den Fußgänger und evtl. auch für B. schädliche Begegnung zu vermeiden.

Dann war da das Faltrad, eine recht eindrucksvolle Konstruktion der lokalen Edelaautoschmiede, gedacht für sportliche Besitzer

eines Cabriolets mit geringer Ladekapazität. Merkwürdigerweise profitierte der nun autolose B. von dem konstruktiven Elan der schon fast zum National-Heiligtum aufgestiegenen Automobil Firma. Das in diskretem Racing-Green gehaltene Fahrrad mit dem ingeniosen Klappmechanismus wurde gelegentlich noch von müßig herumstehenden Fußgängern bestaunt, vor allem dann, wenn B. seiner Lieblingsbeschäftigung in freien Stunden oblag: Dem Bahnfahren in Begleitung eines Fahrrades. Durch den Faltmechanismus in Tateinheit mit einem schwarzen Tuchsack ließ sich das Verbot der Mitnahme von Fahrrädern im ICE umgehen und B., der bei solchen Fahrten im Speisewagen einen Riesling (Ruppertsberger-Reiterpfad) mit 'Begleitmenu' zu konsumieren pflegte, hatte bereits herausgefunden, dass besagter Speisewagen über eine sonst der Garderobe vorbehaltene Nische verfügte, in welcher der recht unförmige Fahrradsack untergebracht werden konnte. Was die zu erwartenden Folgen der Schlemmerei im Speisewagen betraf, so tröstete B. sich mit dem Gedanken, dass das in der Nische ruhende Sportgerät einen

baldigen Ausgleich der Energiebilanz zu vermitteln versprach. Das dritte Rad, erst kürzlich erworben, war ebenfalls von edler Rasse: "Scott" prangte in großen Lettern auf dem aus Aluminium gefertigten Rahmen. Seine Bremsen, eine Neukonstruktion von "Shimano", entfalteten eine geradezu explosive Kraft, so dass B. beim ersten Bremsversuch sofort in einen unbequemen Kopfstand auf dem Vorderrad mit möglicher Sturzfolge überging. (Abb.) Etwas vorsichtiger geworden bremste er nun vorzugsweise mit dem Hinterrad. Dies führte zu Ausreißversuchen der hinteren Fahrradhälfte, die sich aber beherrschten ließen und ihn an glückliche Studententage im alten VW-Käfer erinnerten.

B. war also, was die Lokomotion auf zwei Rädern betraf, bestens ausgerüstet und pflegte die Räder, der hämischen Blicke wartender Automobilisten nicht achtend, in den verschiedenen umliegenden Autowaschanlagen unter Anwendung von Champoo's und Rostschutzmitteln, die eigentlich dem automobilen Bereich vorbehalten waren. Bei solchen Anlässen kam er gelegentlich ins Gespräch mit

begeisterten Automobilisten und entwickelte sogar leichte Neidgefühle, wenn z.B. der Fahrer breit ausholend Schilderungen von aufregenden Passfahrten in schnittigen Cabriolets von sich gab. B. hatte dabei immer auch die Vision von wehendem Frauenhaar oder vom tragischen Tod der Isidora Duncan (1920 vor dem Hotel Negresco in Nizza). Der Neid auf die Autobesitzer wich jedoch einem Gefühl doppelter Überlegenheit und Genugtuung als zu Beginn der Herbstmonate eine massive Erhöhung der Dieselpreise bekannt wurde und beinahe eine Regierungskrise auslöste: Das Gefühl der Überlegenheit nährte sich aus der Gewissheit, dass er durch seine Zweiradmentalität Geld sparte (der Spareffekt wuchs mit steigenden Benzin- und Ölpreisen fast täglich) und außerdem die Umwelt schonte.

Unterdessen wurde bekannt, dass die bereits erwähnte Edelaautoschmiede bereits Versuche unternommen hatte, von der Ausbeutung fossiler Rohstoffquellen wegzukommen durch Anwendung der B. aus dem Physikunterricht bekannten Knall-Gas-Technik in gebremster Form. B. beschloss diese Entwicklung abzuwarten und freute sich insgeheim darauf, nicht mehr Auspuffgase der vorbeisauenden Automobile einatmen zu müssen, wurde doch aus Kreisen der Firma mitgeteilt, dass dem Auspuff solcher Vehikel der Zukunft nur noch reines Wasser entropfen würde. Bis dahin schien aber noch ein weiter Weg zu sein. B. hoffte aber, dass der rasante Anstieg der Ölpreise diese Entwicklung beschleunigen würde, und so radelte er im Schein der tieferliegenden Herbstsonne dahin mit dem Gefühl, eine richtige Entscheidung getroffen zu haben.

PS: Der Redaktion wurde nach Eingang dieses Berichts bekannt, dass B. anlässlich eines Kongresses in England nachts auf der falschen Straßenseite mit einem Mietrad fahrend leicht verunfallt sei, indem er in einen aus dem Mittelalter stammenden Entwässerungsgraben geriet.

Hönit soit qui mal y pense!

Personelles

Anlässlich seiner Präsentation in Boston hat Herr Dr. Andreas Holzinger zwei Awards erhalten. Dies waren der 'Young Investigator Award' sowie der 'Annual John Harries Prize 2000', welcher nur einmal jährlich beim Jahreskongress der ESPGHAN, der diesmal mit dem Weltkongress Pädiatrische Gastroenterologie zusammenfiel, an einen einzigen Preisträger vergeben wird.

Frau PD Dr. E. von Mutius erhielt im Juni 2000 als eine von zwei Hochschullehrern der Universität den alle vier Jahre vergebenen und mit 10.000,- DM dotierten 'Habilitationspreis' der Ludwig-Maximilians-Universität,

Herr C. Rudolph erhielt anlässlich des Emma Thaler Symposiums der Dutch Paediatric Respiratory Society und der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie den 'Young Investigator Award'.

Personalia der Kinderchirurgischen Klinik:

Austausch

Herr Dr. M. Stehr befindet sich seit 1.10. 2000 für ein Jahr zu einem Forschungsaufenthalt an der Harvard University, Departement Pediatric Urology, in Boston.

Aus Poznan in Polen kam Herr Dr. Pawel Juszcak, der für 4 Wochen an der Kinderchirurgischen Klinik hospitierte.

Neue ärztliche Mitarbeiter

Als Ärzte im Praktikum (AIP) haben an der Kinderchirurgischen Klinik am 1. 7. 2000 Frau S. Pepperl, am 1. 9. 2000 Frau A. Bachmeyer und am 15. 6. 2000 Herr Lieber angefangen. Nachfolgerin für Herrn Dr. Anke aus der anaesthesiologischen Stammmannschaft des Hauses wurde Frau Bayerl, die vorher bereits als Anaesthesistin im Krankenhaus des III. Ordens in München gearbeitet hat. Sie begann am 15. 6. 2000 ihre Tätigkeit am 'Haunerschen'. Auch Herr W. Scharp schied nach 6jähriger Tätigkeit aus der Abteilung für Kinderanaesthesie aus.

Facharzt

Erfolgreich haben die Facharztprüfung für Kinderchirurgie Herr Dr. Heger und Herr Dr. Stehr bestanden. Ferner hat Herr Dr. Heger im November auch die Prüfung für spezielle kinderchirurgische Intensivmedizin erfolgreich absolviert.

Oberarzt

Herr Dr. Heger ist seit 1. 11. 2000 neuer Oberarzt an der Kinderchirurgischen Klinik.

Personalia der Verwaltung des Haunerschen Kinderspitals

Frau Irma Breilmann übernahm als Nachfolgerin von Herrn R. Quintus ab 5. 6. 2000 die Verwaltungsstellenleitung der Kinderklinik. Seit 1995 war Frau Breilmann im Klinikum Großhadern der Universität als Sachbearbeiterin der Verwaltungsdirektion in der Geschäftsstelle und in der Haus- und Grundstücksverwaltung tätig.

Neue Mitarbeiter Pädiatrie

In der Pädiatrie dürfen wir als neue Mitarbeiter begrüßen:

Marion Eckert, Ärztin im Praktikum in der Hepatologie / Gastroenterologie
Stefan Bidlingmaier, Arzt im Praktikum, derzeit Intern 1
Esther Meier, Ärztin im Praktikum, derzeit Intern Säugling
Stefan Henneberger, Arzt im Praktikum, derzeit Intern 5
Wir wünschen unseren neuen Kolleginnen und Kollegen eine lehrreiche und schöne Zeit.

Fachärzte an der Kinderklinik wurden:

Frau Dr. C. Köhring,
Frau Dr. A. Muntau
Frau Dr. Jeremias
Herr Dr. Röslinger
Herr Dr. J. Rosenecker
Herr Dr. D. Stachel

Einsatz für die Kinderkrebsforschung gewürdigt

Am 9.3.2000 wurde Frau Christina Bergmann aus Wolfratshausen in der Bayerischen Staatskanzlei das Bundesverdienstkreuz durch den bayerischen Ministerpräsidenten Dr. Edmund Stoiber verliehen. "Menschen wie Sie arbeiten entscheidend, an diesem sozialen und menschlichen Fortschritt, am positiven Gesamtklima in unserer Gesellschaft mit. Menschen wie Sie strafen das Gerede von der sozialen Kälte oder von der Ellenbogengesellschaft Lügen." sagte der Ministerpräsident in seiner Laudatio. Damit wurde der unermüdliche Einsatz von Frau Bergmann für die Kinderkrebsforschung gewürdigt. Frau Bergmann ist pensionierte Lehrerin und hilft der Forschung seit vielen Jahren durch den Verkauf von Postkarten und Kalendern mit Motiven ihrer ehemaligen Schüler sowie durch zahlreiche Veranstaltungen und Auktionen. Sie hat

durch die enorme Beteiligung und Hilfsbereitschaft der Bevölkerung und der Firmen des Landkreises Wolfratshausen mehrere Hunderttausend Mark gesammelt, die sie der Krebsforschung des Dr. von Haunerschen Kinderspitals und des Klinikums Großhadern zur Verfügung gestellt hat.

Worldwide Hauner

Herr Professor Stephen Holgate, Southampton,

berichtet über neuere Hypothesen zur Pathogenese und Entstehung des Asthma bronchiale. Er betonte dabei die besondere Bedeutung des Atemwegsepithels und er beschrieb die in Southampton, England, durchgeführten neuesten Untersuchungen, denen zufolge die trophische Einheit des Epithels mit der Basalmembran und dem darunterliegenden Gewebe einen Defekt in dem Reparationsmechanismus aufweisen. Diese Defektheilung des Atemwegsepithels könnte eine der Mechanismen sein, die verschiedenen Ausprägungen des Asthma bronchiale zugrundeliegt.

Südkurve und Friends St. Eurach-Pokal am 6.10.2000 Zugunsten der Haunerschen Kinderklinik

Am 6.10.2000 hat im Golfclub St. Eurach bereits zum 4. Mal der Südkurve und Friends St. Eurach-Pokal stattgefunden. Bei dieser privaten Initiative einiger Mitglieder des St.Eurach Land- und Golfclubs treffen sich Mitglieder und Freunde zum sportlichen Wettkampf und gesellschaftlichen Beisammensein. In diesem Jahr konnten die Veranstalter 140 Meldungen für das 18-Löcher-Stableford-Turnier verbuchen. Für die gemeinsame Abendveranstaltung haben sich noch weitere 39 Gäste angemeldet. Leider hat das regnerische Wetter manche Absage veranlasst, aber immerhin 116 sportliche Golfer haben 18 Löcher gespielt und die Ergebnisse waren unerwartet gut. Trotz Dauerregens wurden die Teilnehmer durch die Musik des Trio Brandig aus Übersee bereits am 9. Loch neu motiviert. Dem Motto der Abendveranstaltung entsprechend "Sydney Olympiade 2000" war das Clubhaus in den Nationalfarben der Teilnehmerstaaten dekoriert und bildete den fröhlichen Rahmen für eine vergnügliche Abendveranstaltung. Im Rahmen des Turnieres wurde eine Spendenaktion zugunsten der Mutter-Kind-Zimmer in der Haunerschen Kinderklinik durch-

geführt. Durch den Kauf eines Loses von mindestens 50 DM konnte man an einer Tombola mit wertvollen Preisen teilnehmen. Durch die Spendenfreudigkeit der Teilnehmer kann der Haunerschen Kinderklinik unter Leitung von Herrn Professor Dr. Dietrich Reinhardt ein Scheck in Höhe von 8.600 DM übergeben werden.



Zu danken ist den Sponsoren der Firma Sport Sperk, der Firma BMW AG, der Firma Giller-Reisen, Herrn Mathias Quebenberger vom Restaurant Vogelbaur in Neufarn und der Assekuranzberatung Braune die mit großzügigen Geschenken die Spendenbereitschaft gefördert haben. Mit heißer Discomusik von Carsten Kiesling von Radio Gong und Longdrinks an der Australian Bar ging ein regnerischer Tag in den frühen Morgenstunden zu Ende. Alle Teilnehmer freuen sich schon heute auf den 5. Südkurve und Friend St. Eurach-Pokal.

Frau Margareta RENAUER (91) stiftete dem Dr. v. Haunerschen Kinderspital DM 100.000,-

Der Zonta-Club München stiftete DM 10.000,- für das umgebaute und renovierte Mütterzimmer der Klinik und richtet es auch komplett mit neuen Möbeln unter Zuhilfenahme einer Innenarchitektin des Clubs komplett neu ein.

Das Projekt 'Omnibus' (s.S. 50) stiftete für die Mutter-Kind-Einheit DM 20.000,-

Antrittsvorlesung von Dr. Holger Till am 28.6.00 (Auszug)

Wohl kaum eine andere Entwicklung hat die Chirurgie in den letzten Jahrzehnten so maßgeblich verändert, wie die Minimal Invasive Chirurgie (MIC). Ausgestattet mit modernsten Videoanlagen und feinsten Instrumenten scheint sie dem High-Tech Anspruch des 21. Jahrhunderts perfekt zu entsprechen. Doch stellt sich die Frage, ob diese Medizin noch dem hippocratischen Codex entspricht: „Nil nocere suprema lex, keinen Schaden hinzufügen ist oberstes Gesetz“. Minimaler Schaden hängt in der Chirurgie eng zusammen mit kleinen, minimalen Hautwunden und diese Kausalität könnte belegen, dass die MIC sehr wohl der hippocratischen Ethik genügt. Doch wirkt diese Argumentation eher oberflächlich und nach der großen Euphorie für die MIC in den letzten Jahren erscheint es heute an der Zeit, im Interesse unserer Kinder eine kritische Standortbestimmung durchzuführen. Heutzutage stellen in der kinderchirurgischen Routine beispielsweise die laparoskopische Cholecystektomie, die Appendektomie, die intraabdominelle Ligatur der Samenstrangvenen bei Varicocele oder Behandlung von Ovarialcysten häufig durchzuführende Eingriffe dar. Technisch komplexer und seltener sind die laparoskopische Fundoplicatio bei gastro-ösophagealer Refluxkrankheit oder die Behandlung von Milzzysten und die Splenektomie. Auch die Brusthöhlenspiegelung, die sog. Thorakoskopie gehört in das kinderchirurgische Armentarium zur Diagnostik oder Gewinnung pulmonaler und mediastinaler Biopsien. Als Vorteile dieser Operationstechniken gegenüber den konventionellen Methoden konnten in wissenschaftlichen Studien folgende Merkmale nachgewiesen werden: Einerseits ist das kosmetische Ergebnis deutlich verbessert, weil die Narben sehr klein, manchmal lediglich stichförmig sind. Außerdem benötigten die Kinder postoperativ weniger Schmerzmittel und erreichten früher wieder ihr volles Wohlbefinden. Die Nachteile betreffen nach dem derzeitigen Kenntnisstand vor allem den Chirurgen, denn er muss umlernen: der 3-dimensionale Körper wird auf dem Bildschirm nur 2dimensional präsentiert, sodass die Tiefeneinschätzung geübt werden muss. Außerdem erfolgen die Auge-Hand-Kontrolle und das Gewebegefühl nur indirekt. Die MIC erfordert somit eine Spezialisierung und besonderes Interesse des Kinderchirurgen. Durch das hohe Maß dieser Technisierung ist diese Chirurgie zudem aufwendiger und teurer. Offensichtliche Nachteile für den Patienten aber sind bisher nicht bekannt. Zusammenfassend sind heute zahlreiche minimal invasive Operationsmethoden ein integraler Bestandteil der kinderchirurgischen Routineversorgung. Sie sollten dabei aber nicht als Alternative, sondern besser als Komplementär zur konventionellen Technik angesehen werden und es liegt in der sorgfältigen Verantwortung des Operateurs die geeignete Methode auszuwählen. Darüberhinaus implizieren einige minimal invasive Operationsmethoden ganz spezifische Vorteile wie eine verminderte Gewebetraumatisierung, ein reduzierter postoperativer Schmerz, kleine Wunden und die schnellere Rekonvaleszenz. Diese Vorteile kommen allein den Kindern zugute und rechtfertigen im hippocratischen Sinne die Anwendung der Methode.



VEREIN ZUR UNTERSTÜTZUNG DES DR. VON HAUNERSCHEN KINDERSPITALS E. V. SEKRETARIAT SCHATZMEISTER AUGUSTENSTRASSE 10, 80333 MÜNCHEN

Liebe Freunde und Gönner,

München, November 2000

auch im Jahre 2000 hat das Haunersche Kinderspital ambulant und stationär so viele Kinder behandelt, dass man eine Keinstadt damit füllen könnte - eine große Leistung, die auch dadurch nicht kleiner wird, dass sie Jahr für Jahr als Selbstverständlichkeit erbracht wird. Sie haben dabei tatkräftig geholfen und dafür möchten wir Ihnen an dieser Stelle sehr herzlich danken.

Gewiss, die Universität und damit der Freistaat Bayern sind dafür verantwortlich, die Kosten für Untersuchung und Behandlung zu sichern; der gesetzte Rahmen aber ist außerordentlich eng. Die Klinikverwaltung muss hart rechnen, um den gewünschten hohen medizinischen Standard zu schaffen und zu erhalten. Deshalb bleiben für die persönliche Betreuung der kleinen Patienten viele Wünsche offen, wie für herzliche Hilfskräfte, die auch die nötige Zeit zur Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung aufbringen, und für Annehmlichkeiten wie Spielsachen und Bücher, die den Kindern den Aufenthalt im Spital erleichtern. Benötigt wird aber auch dieses oder jenes Gerät, das die Untersuchungen und Behandlungen vereinfacht oder weniger schmerzhaft machen kann.

Dies ist das Feld unserer Unterstützung, nicht allein aus Kinderfreundlichkeit, sondern auch aus der Erkenntnis heraus, dass ein liebevoll behandeltes Kind in einem guten Umfeld schneller gesund wird

Und so richten wir mit diesem Brief unsere herzliche Bitte an Sie: Helfen Sie uns wiederum

Mit Ihrer Zuwendung können wir spontan, wirkungsvoll und schnell helfen. Ihre Spende kommt in voller Höhe den kranken Kindern zugute, da alle Vereinsfunktionen ehrenamtlich ausgeübt werden.

Richten Sie bitte Ihre Zuwendung an:

Verein zur Unterstützung des Dr. von Haunerschen Kinderspitals e. V. in München

Postgirokonto München Nr. 4515-808, BLZ 700 100 80

Bankkonto Apo-Bank München Nr. 26 59 999, BLZ 700 906 06

Ihre Zuwendung ist steuerlich abzugsfähig!

Auf Anforderung oder bei einem höheren Betrag übersenden wir Ihnen gerne eine entsprechende Bescheinigung. Bitte geben Sie deshalb Ihre Absenderanschrift an.

Im Nahmen der betroffenen Kinder, die unserer Hilfe und unseres Verständnisses bedürfen ein herzliches 'Vergelt's Gott'

LAUDATIO

Anlässlich des 80. Geburtstages am 13. April 2000 von Herrn Prof. Dr. med. Heinz Spiess, emeritierter Direktor an der Kinderpoliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Am 13. April 2000 feierten Freunde und geladene Gäste, darunter die beiden Chefs des Haunerschen Kinderspitals, in privater Atmosphäre im Gasthof Hinterbrühl den Geburtstag. Am Nachmittag versammelte man sich zu Festvortrag (Prof. Kellerer) und Laudatio (Prof. Walther) im gefüllten Hörsaal der Poliklinik.

Geboren am 13.04.1920 in Mühlhausen/Thüringen, begann er 1939 sein Medizin-Studium, das geprägt war von den harten Bedingungen seiner Generation: nach Einsätzen an der Front, in Heimatlazaretten und Gefangenschaft - sein älterer Bruder war als Fliegeroffizier über Stalingrad gefallen - konnte er sein Studium 1945 mit Approbation und Dissertation abschließen und die pädiatrische Ausbildung bei Professor Kleinschmidt in Göttingen beginnen.

Bereits 1951 habilitierte er sich über "Tierexperimentelle Grundlagen der Tuberkulose-Schutzimpfung, 1955 ermöglichte ihm ein Stipendium des British Research Councils einen Forschungsaufenthalt in London (Radioisotopic Unit). Weitere Forschungsaufenthalte erfolgten 1958 in Paris und im selben Jahr als Stipendiat der DFG in verschiedenen wissenschaftlichen Zentren der USA (Rockefeller Institut, Chicago, Denver).

1957 wurde er zum ausserplanmäßigen Professor für Kinderheilkunde an der Universitätskinderklinik Göttingen (Direktor Prof. G. Joppich) ernannt. Seine Hauptforschungsgebiete betrafen die kindliche Tuberkulose, Schutzimpfungen und klinische Immunologie. Besondere Verdienste hat er sich mit der Aufdeckung von Strahlenschäden erworben, die durch die Anwendung hoher Dosen des kurzlebigen β -Strahlers Radium 224 bei Patienten mit Lungen- und Knochentuberkulose und Morbus Bechterew entstanden sind.

Die Nachuntersuchungen dieser Patienten wurden im ständigen Austausch mit den auf gleichen Gebiet arbeitenden Wissenschaftlern in Salt Lake City und Aragonne/USA durchgeführt und werden bis heute mit der Unterstützung des Bayerischen Staatsministeriums für Landesentwicklung und Umweltschutz fortgesetzt. Diese Studie ist einzigartig besonders im Hinblick auf das statistisch abgesicherte Risiko zur Induktion von Knochenkrebs.

1968 folgte Professor Spiess dem Ruf auf den pädiatrischen Lehrstuhl an der Universitäts Kinderpoliklinik München als Nachfolger von Professor Weber. Unter seiner Leitung wurde dort eine Abteilung für pädiatrische Genetik und pränatale Diagnostik (Leiter Prof. Dr. J. Murken), ein Labor für Immunogenetik (Leiter Prof. Dr. E. Albert), eine neonatologische Intensiv-

Prof. Dr. med. D. Reinhardt,
Direktor der Kinderklinik und Kinderpoliklinik
Im Dr. v. Haunerschen Kinderspital

Prof. Dr. I. Joppich
Direktor der Kinderchirurgischen Klinik
im Dr. v. Haunerschen Kinderspital

Prof. Dr. med. Ch. Bender-Götze
Leitende Oberärztin an der Kinderpoliklinik
Hämatologie/Onkologie/KMT

station, eine psychosomatische Station und verschiedene Spezial-Ambulanzen (u.a. Allergie-Sprechstunde) eingerichtet.

1970 übernahm er die Leitung der Kinderkrankenpflege-Schule des Bayerischen Roten Kreuzes, 1974 die ärztliche Verantwortung für die Neugeborenen-Station in der 1. Univ. Frauenklinik, gleichzeitig wurde unter seiner Leitung ein Neugeborenen-Notarzdienst eingeführt.

1975 wurden die bereits bestehenden Aktivitäten zur Knochenmarkstransplantation im Institut für Hämatologie (Prof. Dr. Tiersfelder) und in der GSF-Neuherberg (Dr. Kolb) unter seiner Leitung zu einer Arbeitsgemeinschaft für klinische Knochenmarkstransplantation zusammengeführt. Im gleichen Jahr erfolgte die erste Ganzkörperbestrahlung zur Konditionierung vor Knochenmarkstransplantation bei einem Kind mit therapieresistenter Leukämie. Dieser Entschluss, einen so risikoreichen Eingriff bei einem Kind durchzuführen wurde durch zahlreiche Diskussionsrunden mit Strahlenbiologen, Strahlentherapeuten, Immunologen und klinisch tätigen Ärzten abgesichert. Ein 1977 im Alter von 8 Jahren wegen mehreren Leukämie-Rückfällen transplantiertes Kind ist heute der nach einer Ganzkörperbestrahlung und Knochenmarkstransplantation am längsten überlebende Patient Europas.

Das Hauptinteresse von Professor Spiess galt der präventiven Kinderheilkunde: 1972 war er Mitbegründer der ständigen Impfkommision, er gab das erste deutschsprachige Impfkompodium heraus, das inzwischen mehrere Auflagen erfahren hat. Seit 1982 ist er Leiter des Deutschen Grünen Kreuzes. 1995 wurde unter seiner Initiative auch ein Europäisches Forum für Immunisation gegründet (EF)

Nach seiner Emeritierung 1988 leitete er kommissarisch die Kinderpoliklinik bis zur Neubesetzung des Lehrstuhls im Mai 1990 durch Professor Reinhardt. Nach Emeritierung von Prof. Hadorn wurden die Lehrstühle an der Universitäts Kinderklinik und an der Universitäts Kinderpoliklinik zusammengelegt unter Leitung von Professor Dr. D. Reinhardt. Herr Professor Spiess hofft, dass sich die Konzentration der Aktivitäten beider Kliniken positiv auf die Versorgung der kranken Kinder in München auswirkt und nicht durch Sparmaßnahmen das Leistungsspektrum eingeschränkt wird.

Neben seinen wissenschaftlichen Aktivitäten kann sich Professor Spiess jetzt nach seiner Emeritierung seinen sportlichen und künstlerischen Hobbys widmen. Er ist immer noch ein leidenschaftlicher Reiter, er liebt klassische Musik, Ballett und Theater und betätigt sich selbst als Künstler. 1991 erfolgten 2 Ausstellungen seiner Plastiken in der chirurgischen und psychiatrischen Klinik. Weitere Ausstellungen sind geplant.

Wir wünschen ihm zu seinem 80. Geburtstag alles Gute.

Bitte helfen Sie dem Hauner-Verein!

*Alles Gute
bei Otitis media.*

Und auch sonst hat Lorafem® alles Gute
für eine kindgerechte Therapie:

Die Schnelligkeit des Wirkeintritts
Die Sanftheit ausgezeichneter Verträglichkeit
Die Sicherheit eines idealen Wirkspektrums
Die Kinderfreundlichkeit durch einfachste
Fertigsaftanwendung

Sehr gut: 1. Platz
Geschmackstest

Steel, R.W. et al.: Clinical Pediatrics 4/97

Alles Gute ...

LORACARBEF

LORAFEM® SAFT

Atemwegs-Antibiotikum für Kinder

Steel, R.W. et al.: Clinical Pediatrics 4/97

LORACARBEEF

Atemwegs-Antibiotikum für Kinder

