

Hauner Journal

Zeitschrift des Dr. v. Haunerschen Kinderspitals der Ludwig-Maximilians-Universität München



Kinderanaesthesie Diabetes mellitus

INHALT

Editorial	5
Hänsel und Gretel	
Weihnachtsfeier.....	6
Titelthema	
Killerkeime	
Multiresistenter Erreger:	
Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (MRSA).....	8
Diabetes mellitus bei Kindern und Jugendlichen.....	16
Die VEPTR-Methode – eine Chance für Kinder mit dem Jeune-Syndrom.....	20
Morbus Hirschsprung – neue einzeitige Operationstechnik (TERPT).....	24
Anästhesie bei Kindern – moderne Techniken kindgerecht	28
Dokumente der Enuresis in Geschichte, Kunst und Literatur.....	32
2. Münchner Kinderurologie Workshop in der Kinderchirurgischen Klinik vom 22.09.04 – 24.09.04.....	35
Spezialprechstunden im Dr. von Haunerschen Kinderspital.....	37
Die Stationen des Dr. v. Haunerschen Kinderspitals der Universität München.....	39
Ernennung von Prof. Dr. W. Ch. Hecker zum Ehrenpräsidenten.....	40
Dankesrede zur Verleihung der Ehrenpräsidentschaft.....	41
(Er)bauliches.....	42
Hauner Verein.....	45
Die Jeffrey Modell Foundation.....	47
MUSIK AM BETT - EIN ENGAGEMENT VON LIVE MUSIC NOW.....	48
PRESSEMITTEILUNGEN.....	51
- <i>Kinder sind therapeutische Waisen, - Personalia,</i>	
- <i>90. Geburtstag von Herrn Prof. Dr. Dr. h. c. K. Betke,</i>	
- <i>Frau Eva Luise Köhler, Gattin unseres neuen Bundespräsidenten,</i>	
<i>zu Besuch im Dr. von Haunerschen Kinderspital.</i>	
- <i>Antrittsvorlesung von Prof. Dr. D. v. Schweinitz</i>	

LMU



Verantwortlich für Herausgabe und Inhalt:

Prof. Dr. Rainer Grantzow
Prof. Dr. Dietrich Reinhardt
Prof. Dr. Dietrich von Schweinitz
Chefredakteur: Volker Witthoff (V.i.S.d.P.)

Redaktion:

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

Anzeigen:

Verlag Volker Witthoff
Beethovenstraße 15, 86356 Neusäss
Tel. 08 21/54 10 - 75
Fax 08 21/54 10 - 93
E-Mail: info@haunerjournal-lmu.de

Art-Direktion und Herstellung:

Volker Witthoff

Vertrieb und Abonnentenbetreuung:

Verlag Volker Witthoff
Beethovenstraße 15, 86356 Neusäss
Tel. 08 21/54 10-75, Fax 08 21/54 10-93
Das Hauner-Journal erscheint 2 mal im Jahr.
Einzelpreis: 4,- Euro zzgl. Versandkosten
Abonnements können jederzeit zum
Jahresende gekündigt werden.

Bildnachweise:

Sofern nicht anders vermerkt: von den Autoren
Klinikarchiv: Michael Woelke, Bert Woodward

Titelbild: Idee von Prof. Grantzow

<<http://www.haunerjournal-lmu.de>>

Editorial



*N*ach einem schönen Herbst neigt sich das Jahr allmählich seinem Ende zu. So kommt auch die Zeit für dieses Winterheft des Hauner-Journals. Inzwischen kann das Journal bereits stolz auf eine erfolgreiche Tradition zurückblicken.

Viel ist in diesem Jahr passiert. In fernen Ländern war es geprägt von anhaltender Gewalt, Hunger und Armut, die uns dennoch täglich über die modernen Medien im Wohnzimmer präsentiert werden. In unserem Land sind viele Menschen nach wie vor bedrückt durch die ungünstige wirtschaftliche Lage, hektische Politik und rasche und tiefe Umbrüche. Manchem wird klar, dass der bisherige Wohlstand wohl nicht immer so weitergehen könne und mancherorts kann man Zeichen einer "neuen Bescheidenheit" erkennen.



Auch im Dr. von Haunerschen Kinderspital, wie im gesamten Klinikum, sind immer wieder die Auswirkungen der schwierigen Gesundheitspolitik zu spüren. Dennoch war die Arbeit im Kinderspital weiterhin auch im letzten Halbjahr überaus erfreulich und erfolgreich.

Hiervon berichtet dieses Heft mit Artikeln über die Entwicklung beim Umgang mit sogenannten "Killerbakterien" und die moderne Behandlung des Diabetes, über die Geschichte der Enuresis sowie über neue operative Möglichkeiten bei schweren Thoraxdeformitäten und bei der Hirschsprungschen Erkrankung.

Auch bei den Aktivitäten zur Weiterentwicklung des Kinderspitals ist einiges sehr erfolgreich fortgeführt worden. Die Renovierung des Satellitenlabortraktes sowie der Station Kinderchirurgie 1 sind abgeschlossen, die Arbeiten an der Pforte, der Radiologie sowie an der Knochenmarkstransplantation sind in vollem Gang. Letzteres wird sicherlich noch spannende Monate bringen. Viele Privatinitiativen und Großzügigkeit von Stiftungen und Spendern ermöglichen diese Aktivitäten. Schon sind neue Pläne in unseren Köpfen. Andere private Initiativen sind entstanden, um den Aufenthalt der Patienten in unserem Kinderspital angenehmer und anregender zu gestalten und auch den Mitarbeitern zusätzliche Impulse zu geben. Eine dieser Aktivitäten ist die neuerliche Einführung von regelmäßigen Konzerten auf den Stationen des Kinderspitals, die durch die Stiftung "Live music now" organisiert und finanziert werden. Derartige Aktivitäten, wie auch die geplante Weihnachtsfeier, mögen helfen, bei allem Stress und Effizienzdruck die freundliche Atmosphäre unseres Spitals und die Hinwendung zu unseren kleinen Patienten stets aufrecht zu erhalten und auch die Gemeinschaft der Mitarbeiter zu beleben.

Wir wünschen allen Lesern des Journals, allen Mitarbeitern sowie Förderern und Freunden, insbesondere natürlich unseren Patienten und ihren Eltern, eine besinnliche und geruhsame Weihnachtszeit.

Dietrich Reinhardt

Dietrich von Schweinitz

Einladung zur Weihnachtsfeier

Freitag 17.12.2004 16:00 Uhr
Hörsaal

Aufführung von

Hänsel und Gretel

nach der Oper
von Engelbert Humperdinck

gespielt wird das Stück von

LIVE
YEHUDI
MUSIC
MENUHIN
NOW

Anne Schätz, Klavier
Beate v. Hahn, Mezzosopran
Monika Lichtenegger, Sopran

für alle Kinder, Mitarbeiter und Freunde der Klinik

Hans-Peters schönstes Weihnachtsgeschenk

Hans-Peter hatte zu Weihnachten zwei genau gleiche Teddybären geschenkt bekommen, einen von der Großmutter und einen von Onkel Fritz.

„Du kannst ja einen umtauschen“, sagte Hans-Peters Mutti. „Nein!“ gab Hans-Peter zur Antwort, „einen werde ich verschenken. Und zwar an einen Jungen, der so alt ist wie ich.“

„Und wie heißt der Junge, wo wohnt er denn?“

„Wie er heißt, weiß ich nicht. Und er wohnt ... er wohnt ... er wohnt in Indien.“

Der Vater lachte: „Wie soll denn der Teddybär nach Indien kommen?“

Hans-Peter dachte nach. Und weil er in Hamburg wohnte, und Hamburg eine Stadt ist, die einen großen Hafen hat mit vielen Schiffen, fiel ihm etwas ein:

„Gibt es nicht Schiffe, die nach Indien fahren?“

„Die gibt es“, sagte der Vater.

„Dann bitten wir einen Kapitän, der nach Indien fährt, er soll den Teddy mitnehmen.“

„Das machen wir“, sagte der Vater, „und pack den Teddy gut ein, denn bis Indien hat er eine weite Reise.“

Hans-Peter ging mit dem Vater zum Hafen. „Liegt hier ein Schiff, das bald nach Indien fährt?“ fragten sie. Ein Matrose zeigte auf einen Dampfer, und so kletterten sie den Laufsteg hoch.

„Guten Tag, Kapitän“, sagte Hans-Peters Vater, als sie den Kapitän gefunden hatten, „mein Junge möchte einem kleinen Jungen in Indien seinen Teddybär schicken. Können Sie ihn mitnehmen?“

„Den Teddy oder den Jungen?“ lachte der Kapitän. Er hatte weiße Zähne im braunen Gesicht.

„Den Teddy natürlich“, sagte Hans-Peters Vater, „den Jungen möchten wir gern behalten.“

Der indische Kapitän sagte, er wolle den Teddy gern mitnehmen. Und dann erzählte er, daß er zu Hause in Indien selbst einen kleinen Jungen habe, und ob er den Teddy bekommen könnte. Hans-Peter überlegte. Dann fragte er: „Ist das dein Schiff?“ „Ja, das ist mein Schiff.“

„Dann bist du reich“, sagte Hans-Peter, „dann kannst du deinem Jungen selbst einen Teddy kaufen. Mein Junge ist nicht reich, der hat keinen Teddy, und er kriegt auch keinen, wenn ich ihm nicht einen schicke.“

„Gut“, sagte der Kapitän, „es gibt genug arme Jungen in Indien.“ Er ließ sich Hans-Peters Namen und Adresse sagen, und dann gingen Hans-Peter und sein Vater nach Hause.

Sie dachten, der Junge in Indien würde einen Brief schreiben, daß der Teddy gut angekommen sei. Aber es kam kein Brief. Auch keine Karte. Nichts, gar nichts. Es verging viel Zeit, und Hans-Peter dachte nicht mehr an den Jungen in Indien.

Es wurde wieder Weihnachten. Ein ganzes Jahr war vergangen. Eine Stunde vor der Bescherung klingelte es. Hans-Peter ging und öffnete. Draußen stand der indische Kapitän und brachte ein kleines Paket für Hans-Peter und einen Brief. Den mußte er übersetzen, denn er war indisch geschrieben:

Lieber Hans-Peter!

Ich habe Dein Geschenk bekommen und danke Dir sehr dafür. Ich schicke Dir ein Tongefäß mit Reis. Laß ihn Dir gut schmecken. Das Gefäß hat mein Vater gemacht. Er ist Töpfer.

Außerdem schicke ich Dir noch eine Kette aus bunten Federn. Diese Kette habe ich selbst gemacht. Bei uns gibt es viele Vögel mit solchen Federn.

Es grüßt Dich Dein Freund Sadhu.

Hans-Peter bekam viele schöne Geschenke an diesem Weihnachtsabend. Die schönsten waren für ihn das Tontöpfchen mit dem Reis und die Vogelfederkette. Er trug die Kette den ganzen Abend und sagte jedem, der es hören wollte: „Die hat mir mein Freund Sadhu aus Indien geschickt!“

Mira Lobe

Diese Geschichte wurde von Prof. Dr. v. Schweinitz ausgesucht.

Barbara Ganster, Abteilung für Antimikrobielle Chemotherapie und Infektionsimmunologie
Bakteriologisches Labor (B. H. Belohradsky, B. Ganster)

Multiresistenter Erreger: Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (MRSA)

Seit einigen Jahren nimmt weltweit die Zahl an nosokomialen Infektionen durch multiresistente grampositive Kokken zu, insbesondere Infektionen durch Methicillin-resistente Staphylococcus aureus-Stämme (MRSA). MRSA-Infektionen oder -Besiedlungen stellen für die betroffenen Patienten ein besonderes medizinisches Problem dar, und für die Krankenhäuser ein zunehmendes ökonomisches Problem.

Staphylokokken

Die Bakterienart Staphylococcus (S.) aureus gehört zu den grampositiven Haufenkokken und kann bei Mensch und Tier als Bestandteil der Normalflora vorkommen. Natürliches Reservoir sind die Nasenvorhöfe. Ca. 20% der Bevölkerung sind ständig, ca. 60% intermittierend mit sensiblen S. aureus in der Nase kolonisiert. Von dort kann sich der Keim auf die Schleimhäute des Rachens ausbreiten, und über die Hände auf andere Bereiche der Haut (Leiste, Achilla, Damm), in die Umgebung oder auf andere Menschen übertragen werden.

S. aureus ist aber auch ein wichtiger Erreger von ambulant und nosokomial erworbenen Infektionen wie z.B. Pneumonie, Sepsis, Endokarditis, Wundinfektionen, Haut- und Weichteilinfektionen, Osteomyelitis.

Staphylokokken sind im Vergleich zu anderen Bakterienarten relativ unempfindlich gegen Austrocknung. Sie können im Staub und auf trockenen Oberflächen oder Gegenständen lange überleben.

Epidemiologie und Therapie

Die Bezeichnung MRSA bezieht sich auf die Substanz Methicillin, ein heute nicht mehr verwendetes Antibiotikum aus der Gruppe der penicillinasefesten Isoxazolylpenicilline. Aktuelle vergleichbare Präparate sind Oxacillin, Flucloxacillin und Diclloxacin. Bereits 2 Jahre nach Einführung des Methicillins in England im Jahr 1959 erschien der erste Bericht über einen neuen Resistenzmechanismus bei S. aureus.

Die Methicillin-(-Oxacillin)-Resistenz beruht auf dem Erwerb des meca-Gens. Das Gen bewirkt die Expression eines veränderten Penicillin-Bindeproteins (PBP2a). β -Lactam-Antibiotika können nicht mehr an die Bakterienzelle binden und ihre bakterizide Wirkung (Störung der Zellwandsynthese) nicht entfalten. Dies betrifft alle β -Lactam-Antibiotika, d.h. alle Penicilline, Cephalosporine und Carbapeneme sind bei MRSA wirkungslos.

Oft zeigen MRSA-Stämme auch das Phänomen der Multiresistenz, d.h. eine Unempfindlichkeit gegenüber Substanzen weiterer Antibiotikagruppen (z.B. Aminoglykoside, Lincosamide, Makrolide, Tetracycline, Fluorchinolone, Sulfonamide). Damit sind die Therapiemöglichkeiten von MRSA-Infektionen entscheidend eingeschränkt, und dies kann zu einem signifikanten Risikofaktor für betroffene Patienten werden.

Therapie der Wahl bei MRSA-Infektionen sind die Glykopeptidantibiotika, insbesondere Vancomycin. Aufgrund ihrer mangelnden Bakterizidie und der eingeschränkten Gewebegängigkeit sollten sie jedoch möglichst in Kombination mit weiteren Staphylokokken-wirksamen Antibiotika wie z.B. Rifampicin oder Fosfomycine gegeben werden. Eine andere Option sind die neueren Substanzen Quinupristin/Dalfopristin (Streptograminkombination) und Linezolid (Oxazolidinon). Auch gegen diese beiden Antibiotika wurden bei MRSA bereits Resistenzen beschrieben. Im

Jahr 2002 wurden in den USA erstmals 2 Vancomycin-resistente MRSA-Stämme (VRSA) isoliert. Die Ausbreitung von VRSA würde eine gravierende Verschlechterung der Situation bedeuten.

Obwohl die Zunahme von MRSA weltweit zu verzeichnen ist, gibt es erhebliche Unterschiede zwischen verschiedenen Ländern. Die MRSA-Prävalenz liegt in den USA, in Japan und in südeuropäischen Ländern am höchsten (30-80%). Dagegen konnten die Niederlande (< 0,5%) und die skandinavischen Länder Finnland und Dänemark (< 1%) durch rigide Kontrollstrategien ihre Rate auf einem niedrigen Niveau halten.

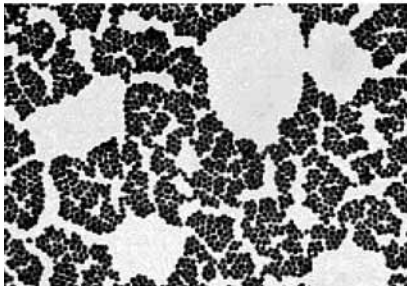
Auch in Deutschland ist in den vergangenen Jahren ein kontinuierlicher Anstieg der MRSA-Prävalenz von 1,7 % im Jahr 1990 auf 20,7% im Jahr 2001 festzustellen (Daten der Paul-Ehrlich-Gesellschaft). Dabei gibt es zum Teil beträchtliche Unterschiede zwischen verschiedenen Krankenhäusern und sogar innerhalb verschiedener Abteilungen eines Krankenhauses.

Ein wichtiger Risikofaktor für das Entstehen von nosokomialen MRSA-Infektionen ist neben expositionellen Faktoren wie langdauernder antibiotischer Therapie, maschineller Beatmung, zentralen Gefäßkathetern, Tracheostoma, PEG und Harnwegskathetern die Kolonisation von Patienten mit MRSA. Einerseits besteht das Risiko einer endogenen Infektion im Zusammenhang mit therapeutischen Eingriffen. Andererseits besteht die Gefahr, daß der Erreger vom besiedelten Patienten auf Krankenhauspersonal oder in die Krankenhausumgebung und weiter auf andere Patienten übertragen werden kann.

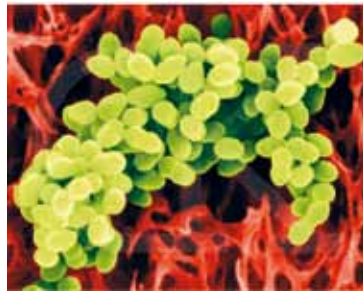
MRSA-Infektionen verlängern wesentlich die Krankenhausverweildauer, erhöhen z.B. bei postoperativen Wundinfektionen und Septikämien signifikant die Letalität (verglichen mit Infektionen durch Methicillin-sensiblen S. aureus) und sind wesentlich schwieriger zu behandeln. Neben der klinischen hat die MRSA-Kolonisation oder -Infektion auch eine wesentliche finanzielle Bedeutung. Aufgrund der erforderlichen Hygienemaßnahmen fallen für die Behandlung eines MRSA-Patienten erhebliche Mehrkosten an.

Community acquired MRSA (cMRSA)

Seit Beginn der 90ziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts wurden wiederholt MRSA-Stämme von Patienten isoliert, die in ihrer Anamnese keinen vorherigen Kontakt zu stationären medizinischen Einrichtungen oder sonstige Risikofaktoren aufwiesen. Diese "community acquired MRSA" wurden zunächst gehäuft bei nordamerikanischen Indianern und australischen Aborigines mit Hautinfektionen beschrieben. Im weiteren Verlauf breiteten sie sich dann in den USA über mehrere Bundesstaaten aus und wurden gehäuft bei Gefängnisinsassen, Mitgliedern von Sportvereinen und Kindern nachgewiesen. Es kam zu Ausbrüchen bei jungen Marinesoldaten ohne weitere Risikofaktoren und homo-



Grampräparat:
grampositive Haufenkokken



Elektronenmikroskopische
Aufnahme von Staphylokokken



S. aureus: Kultur auf
Columbia-Blutagar



MRSA: Kultur auf Selektivagar
(zur Isolierung aus Mischkulturen)



1
Resistenztestung von S. aureus auf MH-Agar
(OX1 = Papierscheibchen mit Oxacillin beschichtet)



2
1 Methicillin-(Oxacillin-) sensibler S. aureus: wachstumsfreie Zone um OX1
2 Methicillin-(Oxacillin-) resistenter S. aureus: Wachstum bis an OX1

sexuellen Männern. Im Jahr 1997 traten bei 4 Kindern in den US-Bundesstaaten Minnesota und Nord Dakota schwere cMRSA-Infektionen auf, die trotz adäquater Therapie letal verliefen.

cMRSA können Hautabszesse, aber auch schwere, invasive Infektionen wie eine nekrotisierende, oft letal verlaufende Pneumonie verursachen. Seltener werden Sepsis, Osteomyelitis oder Endokarditis durch cMRSA beschrieben. Als besonderer Virulenzfaktor ist bei den cMRSA das Panton-Valentine-Leukozidin-Gen zu finden. Seit einigen Jahren treten cMRSA auch in Deutschland auf. Derzeit scheinen sie (noch) eine untergeordnete Rolle zu spielen. Das epidemiologische Geschehen muß jedoch sorgfältig weiter beobachtet werden.

Krankenhaushygienische Maßnahmen

Um die Ausbreitung von MRSA im Krankenhaus zu verhindern müssen gemäß den Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts (RKI) eine Reihe von krankenhaushygienischen Maßnahmen beachtet werden.

Zur frühzeitigen Erkennung einer MRSA-Besiedelung sollten bei der Aufnahme von Patienten mit bekannter MRSA-Anamnese oder mit prädisponierenden Faktoren (z.B. offene Wunden, antibiotische Vorbehandlung, Diabetes, Peritonealdialyse, Tracheostoma, PEG, Dauerkatheter, Verlegung aus Einrichtung mit MRSA-Problem, Verlegung aus dem Ausland) Screening-Abstriche zur bakteriologischen Untersuchung auf MRSA entnommen werden. MRSA ist analog zum sensiblen S. aureus vor allem in der Nase, im Rachen und auf intertriginösen Hautarealen zu finden, aber

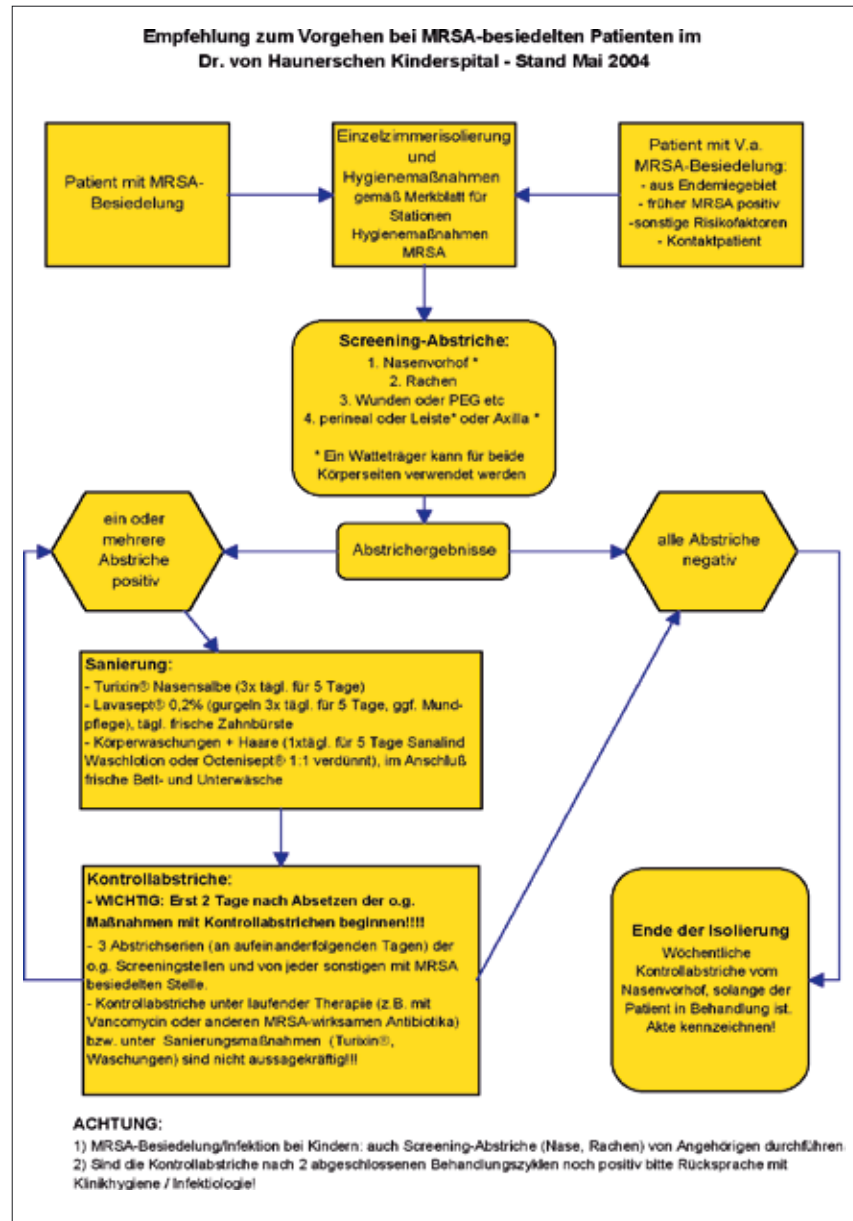
auch in Wunden und an Plastikmaterialien (z.B. Katheter). Falls möglich, sollten die Patienten bis zum Abschluß dieser Eingangsuntersuchung in einem Einzelzimmer untergebracht werden.

Wird während des stationären Aufenthaltes "zufällig" ein MRSA festgestellt (Kolonisation oder Infektion), sollte der betroffene Patient umgehend in einem Einzelzimmer isoliert und ein Kolonisationsstatus (s.o.) erhoben werden.

Die wichtigste Maßnahme zur Verhütung der Weiterverbreitung von MRSA (und anderen Erregern von nosokomialen Infektionen) obliegt dem Krankenhauspersonal (Ärzte, Schwestern und Pfleger, Ergo- und Physiotherapeuten), nämlich die korrekte Durchführung der hygienischen Händedesinfektion vor und nach jedem Patientenkontakt und bei Verlassen des Isolierzimmers. Für das Personal ist außerdem das Tragen persönlicher Schutzausrüstung (Schutzkittel, Mund-/Nasenschutz, Einmalhandschuhe) im Patientenzimmer erforderlich. Auch nach dem Ablegen von Einmalhandschuhen ist die hygienische Händedesinfektion notwendig.

Besucher müssen entsprechend eingewiesen werden, insbesondere hinsichtlich der Durchführung der Händedesinfektion und müssen Schutzkittel tragen.

Die Lagerung von Pflegeutensilien im Patientenzimmer sollte auf den Tagesbedarf begrenzt werden. Auf die Einhaltung der erforderlichen laufenden Desinfektionsmaßnahmen (mindestens tägliche Wischdesinfektion der patientennahen Flächen, Wischdesinfektion von am Patienten benutzten Geräten) ist zu achten, da MRSA, wie alle Staphylokokken, auf Flächen längere Zeit überleben können.



Transporte bzw. Verlegungen des Patienten innerhalb der Station bzw. des Krankenhauses sollten vermieden, notwendige diagnostische und kleinere therapeutische Eingriffe, soweit vertretbar, im Patientenzimmer durchgeführt werden. Ist ein Transport unumgänglich, müssen spezielle Vorkehrungen getroffen, und die betroffenen Abteilungen über die MRSA-Besiedelung informiert werden. Operative oder sonstige Eingriffe, die nicht verschoben werden können, sollten in speziellen Einheiten erfolgen. Falls nicht vorhanden, muß der Eingriff an das Ende des Programms gelegt werden.

Dekolonisierung

Unmittelbar nach Diagnosestellung sollte versucht werden, den MRSA-Patienten durch Einsatz von lokal antiseptischen Maßnahmen zu dekolonisieren. Das RKI empfiehlt dazu die Anwendung einer antibiotischen Nasensalbe (Mupirocin - Kontraindikation bei Säuglingen beachten!), Gurgeln oder Mundpflege mit Schleimhautantiseptika, und antiseptische Waschungen (inklusive der Haare). Zur Verhinderung von Rekolonisationen ist während der Sanierungsmaßnahmen ein täglicher Wechsel von Bettwäsche, Körperwäsche und Utensilien der Körperpflege vorzunehmen. Es sollten Einmalzahnbürsten verwendet werden. Eine systemische Antibiotikatherapie zur Eradikation einer Besiedelung ist nicht sinnvoll, da bei üblicher Dosierung keine ausreichende Wirkstoffkonzentration auf Haut- und Schleimhautoberflächen erreicht wird.

Nach Entlassung des Patienten muß das Patientenzimmer einer gründlichen Scheuer-Wisch-Desinfektion unterzogen werden, bevor es wieder belegt werden kann. Alle angebrochenen Pflegeutensilien müssen entsorgt werden.

Bei Verlegung in ein anderes Krankenhaus oder in eine Rehabilitationseinrichtung muß die aufnehmende Einrichtung unbedingt über den MRSA-Befund und den Stand der Sanierungsmaßnahmen informiert werden. Wird der Patient nach Hause entlassen, sollte auch der weiterbehandelnde Arzt vorab informiert und ggf. über weitere zu treffende, sinnvolle Hygienemaßnahmen beraten werden.

Zusammenfassung

Seit Jahren ist in Deutschland eine stetige Zunahme der MRSA-Prävalenz zu beobachten. Dies gibt Anlass zur Besorgnis, insbesondere auch vor dem Hintergrund des Auftretens von VRSA und cMRSA. Um diesen Trend zu stoppen bzw. wieder umzukehren, ist es dringend erforderlich, Präventionsmaßnahmen durchzuführen. Wie die Erfahrungen aus den Niederlanden und den skandinavischen Ländern zeigen, kann durch die Einhaltung eines effektiven Hygienemanagements und den überlegten Einsatz von Antibiotika die MRSA-Rate reduziert und langfristig auf einem niedrigen Niveau gehalten werden.

Der Erfolg der Sanierungsmaßnahmen muß durch bakteriologische Abstrichserien aller zuvor positiv getesteten Lokalisationen überprüft werden, jedoch frühestens 3 Tage nach Abschluß der Maßnahmen und nach Beendigung einer MRSA-wirksamen Antibiotikatherapie. Sind 3 Abstrichserien von 3 aufeinanderfolgenden Tagen negativ, kann die Isolierung aufgehoben werden.

Literatur:

Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Vancomycin-resistant *Staphylococcus aureus* - New York, 2004. *Morb Mortal Wkly Rep.* 2004 Apr 23;53(15):322-3

Dettenkofer M, Merkel H, Mutter J, Daschner F: Was ist wissenschaftlich gesichert zur Prävention und Kontrolle von MRSA? *kliniker* 2004; 33 (1+2): 15-20

Dutch Working Party of Infection Prevention: Management policy for methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. Internet Publication 2003; www.wip.nl

Dziekan G, Mlangeni D, Daschner FD: What is proven in eradication of MRSA from carriers? *Dtsch Med Wochenschr* 2001; 126: 761-763

Kipp F, Friedrich AW, Becker K, von Eiff C: Bedrohliche Zunahme Methicillin-resistenter *Staphylococcus-aureus*-Stämme: Strategien zur Kontrolle und Prävention in Deutschland *Dtsch Arztebl* 2004; 101: A 2045-2050 (Heft 28-29)

Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am RKI: Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten *Staphylococcus-aureus*-Stämmen (MRSA) in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 1999; 42: 954-958

Kresken M, Hafner D, Schmitz F, Wichelhaus T: Resistenzsituation bei klinisch wichtigen Infektionserregern gegenüber Antibiotika in Deutschland und im mitteleuropäischen Raum. Bonn: Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e.V. 2003. www.p-e-g.de

Lemmen SW, Zolldann D, Häfner H, Lütticken R, Koch S: Nicht nur multiresistente Erreger sondern auch die Kosten in Schach halten. *kliniker* 2004; 33 (1+2): 21-24

Schmitz F-J, Jones M: Antibiotics for treatment of infection caused by MRSA and elimination of MRSA-carriage. What are the choices? *Int J Antimicrob Agents* 1997; 9: 1-19

Vandenesch F, Naimi T, Enright MC, Lina G, Nimmo GR, Heffernan H et al.: Community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* carrying Panton-Valentine leukocidin genes : worldwide emergence. *Emerg Infect Dis* 2003 ; 9 : 978-984

Witte W, Nationales Referenzzentrum für Staphylokokken am RKI: Community acquired MRSA weltweit und in Deutschland. *Epidemiol Bull* 2004; 5: 33-36

Witte W, Nationales Referenzzentrum für Staphylokokken am RKI: Zur MRSA-Situation in Deutschland im Jahr 2003. *Epidemiol Bull* 2004; 42: 358-361

B. Kusser, S. Bechtold, W. Bonfig, O. Fuchs, W. J. Mayer, S. Wex, C. v. Hagen, H.P. Schwarz

Diabetes mellitus bei Kindern und Jugendlichen

Diabetesformen und Epidemiologie

In Deutschland leben Schätzungen zufolge mindestens 20.000 Kinder und Jugendliche mit Diabetes mellitus. Die Mehrzahl sind Schulkinder, aber auch Kleinkinder und sogar Säuglinge sind betroffen. Von 100.000 Kindern unter 15 Jahren erkranken jährlich etwa 15 neu an Diabetes mellitus. Über 98% davon leiden an Typ-1-Diabetes, einer durch Umweltfaktoren ausgelösten Autoimmunerkrankung, die bei entsprechender genetischer Veranlagung zu einem Untergang der insulinproduzierenden Beta-zellen der Bauchspeicheldrüse führt. Dadurch kommt es zu einem absoluten Insulinmangel, der nur durch eine bedarfsgerechte Therapie mit Insulin behoben werden kann. Im Erwachsenenalter ist der Typ-1-Diabetes hingegen nur für 5 bis 10% der Diabetesfälle verantwortlich. Die überwiegende Mehrzahl leidet an Typ-2-Diabetes, der durch ein Ungleichgewicht von Insulinsekretion und Insulinempfindlichkeit und allenfalls einen relativen Insulinmangel bedingt ist. Typ-2-Diabetes ist bei Kindern noch selten, tritt meist bei übergewichtigen Patienten auf, die häufig afrikanischer, indianischer, asiatischer oder hispanischer Herkunft sind und ist mit Typ-2-Diabetes bei Eltern oder Geschwistern assoziiert. Da die Patienten mit Typ-2-Diabetes keinen absoluten Insulinmangel haben, sind Gewichtsreduktion, Bewegung und Medikamente, die die Insulinempfindlichkeit beeinflussen können, für die Behandlung entscheidend.

Diabeteshäufigkeit zunehmend

Obwohl es große regionale Unterschiede gibt, nimmt die Anzahl der Neuerkrankungen an Typ-1- und Typ-2-Diabetes weltweit jährlich zu. In Baden-Württemberg wurde für die Jahre zwischen 1987 und 1998 ein mittlerer jährlicher Anstieg der Neuerkrankungsrate an Typ-1-Diabetes von 3,4% ermittelt. Ältere Kinder erkranken insgesamt wesentlich häufiger, der relative Anstieg ist aber bei den Kindern unter 4 Jahren ausgeprägter. Die genauen Gründe für die Zunahme des Typ-1-Diabetes sind bisher nicht bekannt und präventive Maßnahmen daher nicht möglich.

Anders beim Typ-2-Diabetes: hier werden neben der genetischen Veranlagung beeinflussbare Lebensstilfaktoren (vor allem übermäßige Kalorienzufuhr und Bewegungsmangel) als Ursache angesehen. Bei Erwachsenen wird weltweit eine dramatische Zunahme des Typ-2-Diabetes beobachtet und aus den USA und Japan werden auch alarmierende Zahlen über die Zunahme des Typ-2-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen gemeldet. In Deutschland betrifft die Diagnose immer noch weniger als 1% aller Kinder und Jugendlichen mit Diabetes, was teilweise dadurch bedingt ist, dass die oben erwähnten ethnischen Gruppen in Deutschland zahlenmäßig kaum ins Gewicht fallen. Sollte sich die stetige Zunahme des Körpergewichts bei Kindern und Jugendlichen aber fortsetzen, wie sie in den letzten Jahrzehnten zu beobachten war, muss auch in Deutschland mit einer starken Zunahme des Typ-2-Diabetes in dieser Altersgruppe gerechnet werden.

Therapieformen

Während der Typ-2-Diabetes mit Diät, Bewegung, Gewichtsabnahme und Medikamenten in Tablettenform (z.B. Metformin als orales Antidiabetikum) behandelt werden kann, sind Patienten mit Typ-1-Diabetes auf die Gabe von Insulin angewiesen. Insulin muss je nach Alter von den Eltern oder den Kindern selbst drei bis viermal täglich gespritzt werden. Bei einzelnen Kindern kann auch mit zwei Spritzen täglich eine gute Einstellung erzielt

werden. Bei Säuglingen und sehr kleinen Kindern wird auch eine Insulinpumpe eingesetzt, die über einen unter der Haut liegenden Katheter kontinuierlich Insulin verabreicht. Da der Katheter nur alle zwei Tage gewechselt werden muss, kann man mit dieser Methode viele Einzelstiche sparen. Diese Therapieform kann auch für ältere Kinder sinnvoll sein, die in den frühen Morgenstunden einen starken Blutzuckeranstieg haben ("Dawn-Phänomen"), weil die Pumpe so programmiert werden kann, dass sie diesem Anstieg gezielt entgegenwirkt. (Fotos 1,2, 3 und 4)



Folgeerkrankungen

Zu hohe Blutzucker und Blutzuckerschwankungen führen langfristig zu Schäden an den kleinen (Mikroangiopathie) und großen Gefäßen (Makroangiopathie). Die Mikroangiopathie betrifft vor allem die Augen (Retinopathie), wo sie zur Blindheit führen kann und die Nieren (Nephropathie), wo Nierenversagen und Dialysepflichtigkeit drohen.

Daneben kommt es durch eine Schädigung der feinen Nervenenden (Neuropathie) zu einer Unempfindlichkeit, die vor allem an den Füßen zu chronischen Wunden führen kann, weil Druckstellen und kleine Verletzungen vom Patienten nicht mehr

Pilze auf dem Vormarsch

Risiko reduzieren durch frühzeitige Diagnostik und adäquate Therapie

In den letzten 20 Jahren ist die Inzidenz systemischer Mykosen bei immunsupprimierten Patienten weltweit stark angestiegen. Das mit solchen Erkrankungen verbundene Risiko darf nicht unterschätzt werden. Vielmehr gilt es, ihm wirkungsvoll zu begegnen, indem möglichst frühzeitig eine effektive Behandlung eingeleitet wird. Nur so lässt sich die Letalität senken. Die drängende Problematik der zunehmenden systemischen Mykosen bei abwehrschwächten Schwerkranken darf aber nicht vergessen lassen, dass auch zuvor Gesunde von Pilzinfektionen betroffen sein können und dann ebenfalls rasch einer adäquaten Therapie bedürfen.

Mit Verlauf, Diagnostik und Behandlung bedrohlicher Mykosen befasste sich ein von der Pfizer GmbH, Karlsruhe, unterstütztes Symposium, das am 10. September 2004 im Rahmen der 38. Wissenschaftlichen Tagung der Deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft in Lübeck stattfand. Die Vorstellung von Kasuistiken (u.a. eines 13-jährigen) veranschaulichte den Ablauf von Pilzinfektionen und machte deutlich, mit welchen Problemen und Entscheidungsprozessen sich der behandelnde Arzt konfrontiert sieht. Gestaltet als interaktive, TED-basierte Frage/Antwort-Sitzung, ermöglichte die Veranstaltung den Teilnehmern, ihre eigene Vorgehensweise im klinischen Alltag zu überdenken, zu dokumentieren und zu diskutieren.

Fallvorstellung: Aspergillose bei T-ALL

Frau Prof. G. Eggers, Rostock, berichtete über einen 13-jährigen Patienten, der über einen langen Zeitraum eine Herausforderung in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht darstellte. Der Junge entwickelte im Oktober 2002 ein unklares Krankheitsbild mit zervikalen Lymphknotenschwellungen, Schluckstörungen, Hörminderung und undeutlicher Sprache. In einem auswärtigen Krankenhaus erhielt er eine antibiotische Therapie (Azithromycin), die aber ohne Erfolg blieb. Es kam zur Ausbildung hyperplastischer Kontakttonsillen sowie einer Hepatosplenomegalie. Eine erneute antibiotische Behandlung (Cefuroxim) war wiederum erfolglos. Unter der Vermutung eines Lymphoms wurde eine Biopsie aus einer Tonsille durchgeführt, die aber keinen ausreichenden Anhalt für Malignität ergab.

Anfang November 2002 erfolgte dann die Überweisung in die Kinder- und Jugendklinik Rostock unter dem dringenden Verdacht auf eine Systemerkrankung. Zu diesem Zeitpunkt bestanden eine Leukozytose sowie eine Thrombozytose; das rote Blutbild war unauffällig. Die Diagnostik ergab eine akute lymphoblastische Leukämie (T-ALL) mit einem Blastenanteil im Knochenmark von 85 %. Das ZNS war fraglich positiv. Der Patient wurde nach dem derzeit üblichen Protokoll (ALL-BFM 2002, Zweig Dexamethason) behandelt; supportiv erhielt er Ampho-Moronal® und Cotrim®. Am Tag 8 der Therapie entwickelte sich eine periphere Facialisparesie. Das MRT ließ an eine Meningeosis carcinomatosa denken.

Ende November 2002 klagte der Patient über paraumbilikale Bauchschmerzen. Der Entzündungsparameter CRP lag unter 5 mg/l. Sonographisch ergab sich der Verdacht auf eine beginnende Enteritis. In der Folge verschlechterte sich der Zustand des Jungen. Am 12. Dezember erlitt er einen Blutungsschock. Die endoskopische Untersuchung zeigte präpylorische, pylorische und im Duodenum sitzende blutende Ulzera, die endoskopisch therapiert wurden. Ein erneuter Blutungsschock am nächsten Tag, begleitet von sehr starken Flankenschmerzen, machte eine sofortige Operation erforderlich, bei der mehrere blutende Ulzera übernäht werden mussten.

Infizierter Thrombus im Herzen

Bis Tag 27 wurde die Chemotherapie protokollgerecht durchgeführt. Am 2. Januar 2003 war eine vollständige hämatologische Remission erreicht. Ende Januar traten erneut heftigste Schmerzen rechts abdominal auf, außerdem fieberhafte Temperaturen, ein CRP-Anstieg bis 68,7 mg/l sowie ein Hb-Abfall. Eine Infektionsursache war nicht zu finden. Die zytostatische Behandlung wurde nach dem M-Protokoll fortgeführt. Im März 2003 entwickelte der Patient wiederum ein Fieber unklarer Genese mit Temperaturen bis 39,7 °C sowie durchfällige Stühle. Die CRP-Werte stiegen bis auf 198 mg/l. Die Sonographie des Abdomens war unauffällig. Eine Knochenmarkaplasie lag zu diesem Zeitpunkt nicht vor.

Nun wurde sofort eine empirische antibiotische Therapie eingeleitet. Die Echokardiographie zeigte eine 1,7 × 0,6 cm große flottierende Struktur mit einer schmalen Basis, in der Mitte des Interventrikularseptums im linken Ventrikel ansetzend. Daraufhin erfolgte unverzüglich eine Operation zur Entfernung des Thrombus, der sehr zerfließlich und offenbar infektiös war. Die Pilzkultur ergab massenhaft *Aspergillus fumigatus*. Im Stuhl wurde eine signifikante Sproßpilzkeimzahl gefunden. Der Patient erhielt zusätzlich zur antibiotischen eine antimykotische Therapie (liposomales Amphotericin B, Flucytosin, Voriconazol). In der Folge erholte er sich relativ rasch. Regelmäßige Kontrollen der serologischen Pilzbefunde zeigten einen dezenten Abfall der *Aspergillus*-IgG-Antikörper bis Ende April. Daraufhin wurde die zytostatische Therapie fortgeführt, worunter sich erwartungsgemäß eine Aplasie entwickelte.

Gefahr für Herz und Gehirn

Am 20. Mai 2003 kam es zu einem Temperaturanstieg; die Leukozyten fielen auf 0,71 Gpt/l, das CRP erhöhte sich bis auf 255 mg/l. Außerdem fiel ein 2/6-Systolikum mit Fortleitung in die Karotiden auf. Die Echokardiographie ergab einen gestielten Thrombus in der Aorta ascendens, 3,5 cm von der Aortenklappe entfernt, sowie weitere Vegetationen an der ventralen Aortenwand. In einer Rethorakotomie wurden Thrombus und Vegetationen entfernt unter Teilresektion der Aorta ascendens und Patch-Ersatz. In der Pilzkultur war wiederum *Aspergillus fumigatus* nachweisbar. Unter Fortsetzung der kombinierten antibiotischen Behandlung wurde die bisherige antimykotische Therapie mit Voriconazol um Caspofungin ergänzt. Im Lauf der nächsten Wochen besserte sich der Zustand des Patienten. In der Folge wurde Caspofungin wieder abgesetzt, die Behandlung mit Voriconazol aber konsequent weitergeführt.

Im Juni 2003 traten dann Unruhe, Verwirrtheit, Erbrechen und Einnässen auf; die Pupillen des Jungen waren groß und lichtstarr. Das MRT zeigte eine intrakranielle Massenblutung linksparietal mit Ödembildung, Mittellinienverlagerung und Hirnstammkompression. Dieser Befund machte eine schnellstmögliche operative Hämatomausräumung erforderlich. Da kein Material asserviert wurde, lässt sich keine Aussage zur Ursache des Geschehens machen; es ist aber zu vermuten, dass *Aspergillen* verantwortlich waren. Rasch kam es zur Regredienz von Blutung und Ödem.

Komplikation durch Appendizitis

Im Dezember 2003 klagte der Patient, der inzwischen unter zytostatischer Dauererhaltungstherapie und kontinuierlicher antibiotischer sowie antimykotischer Behandlung mit Voriconazol stand, über Bauch- und Knochenschmerzen. Fieber und Entzündungszeichen traten aber nicht auf. Die Sonographie des Abdomens ergab Lymphknotenschwellungen rechts mit diskreter Harnstauung. Ein Rezidiv der Grunderkrankung war auszuschließen, denn im Knochenmark fand sich eine vollständige hämatologische Remission. Da die Beschwerden fortbestanden, wurde die Diagnostik im Januar 2004 intensiviert. Dopplersonographische Untersuchungen zeigten einen älteren kollateralisierten Verschluss der Arteria iliaca interna und eine Harntransportstörung 2. bis 3. Grades; im CT des Abdomens war eine Raumforderung unklarer Dignität am medialen Psoasrand zu erkennen. Therapeutisch erfolgten Tumorexstirpation, Gefäßrekonstruktion sowie Harnleiterschienung.

Was war nun die Ursache der Schmerzen? Der Patient litt unter einer chronisch-rezidivierenden Appendizitis mit ausgeprägter subakuter fortdauernder abszedierender, granulierender und fibroblastischer Entzündung. Nachdem er sich erholt hatte, wurde die Dauererhaltungstherapie fortgesetzt unter konsequenter Beibehaltung der Voriconazol-Gabe. Zwischenzeitlich befindet sich der Junge in anhaltender kompletter Remission und sehr gutem Zustand.

VFEND® - Flexibel im Einsatz- und Wirkspektrum

Ab sofort präsentiert sich das Breitspektrum-Antimykotikum VFEND® noch flexibler. Neben der i.v. und oralen Applikationsform (Filmtablette) gibt es VFEND® jetzt als Trockensaft. In der Therapie invasiver Aspergillosen hat sich VFEND® im Vergleich zu Amphotericin B als überlegen erwiesen. Die Studienergebnisse¹ waren in Bezug auf den Überlebensvorteil überzeugend (71% vs. 58%, p=0,02). Aber nicht nur Infektionen durch sämtliche *Aspergillus*-Spezies sind die Domäne des Azolantimykotikums. Sein breites Wirkspektrum umfasst Fluconazol-resistente schwere *Candida*-Infektionen (einschl. *C.krusei*) sowie schwere Pilzinfektionen durch *Scedosporium* spp. und *Fusarium* spp. VFEND® wird mittlerweile seit zwei Jahren in Deutschland eingesetzt und hat seine Vorteile in Bezug auf Wirksamkeit und Verträglichkeit bei zahlreichen Patienten in der Klinik umfassend bestätigt.

1) Herbrecht, R. Denning, D.W., Patterson, T.F. et al.: N. Engl. J. Med.2002;347,6,408-415

wahrgenommen werden. Die Makroangiopathie kann alle großen Gefäße betreffen und kann beispielsweise zu Herzinfarkt, Schlaganfall oder Fußgangrän führen. Vor 10 Jahren wurde in einer großen Studie in den USA (DCCT-Trial) eindrucksvoll belegt, dass bei guter Blutzuckereinstellung Folgeerkrankungen des Diabetes verhindert und sogar rückgängig gemacht werden können. Vor diesem Hintergrund ist eine gute Blutzuckereinstellung mit möglichst vielen normalen Blutzuckerwerten und möglichst wenigen Schwankungen oberstes Ziel jeder Diabetesbehandlung im Kindesalter.

Diabeteszentrum DDG

Am Dr. v. Haunerschen Kinderspital gibt es seit 1993 ein Diabeteszentrum für Kinder und Jugendliche, das als einziges Zentrum in München und als eines von vier Zentren in Bayern (neben Augsburg, Gaissach und Nürnberg) als Schulungszentrum von der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) zertifiziert ist. Derzeit werden knapp 200 Kinder und Jugendliche von 0 bis 20 Jahren mit einem mittleren Alter von 12 Jahren und einer mittleren Diabetesdauer von 5 Jahren betreut. Über 95% der Patienten haben einen Typ-1-Diabetes, 4 Patienten eine angeborene milde Diabetesform (früher als MODY Typ-2 bezeichnet), 2 Patienten einen Typ-2-Diabetes und 2 Patienten einen Diabetes bei onkologischer Grunderkrankung.

Schulung

Jedes Jahr werden durchschnittlich 20 Kinder mit Erstmanifestation eines Diabetes mellitus neu aufgenommen und auf eine Insulinspritzentherapie eingestellt. Die Kinder bleiben durchschnittlich für 10 - 14 Tage stationär in der Klinik und werden in dieser Zeit zusammen mit ihren Eltern und bei Bedarf auch anderen Betreuungspersonen intensiv geschult. Sie werden über die Hintergründe der Erkrankung informiert, lernen, ihren Blutzucker zu messen und den Wert zu beurteilen, den Kohlenhydratgehalt ihres Essens abzuschätzen und die dafür nötige Insulinmenge zu berechnen, Insulin aufzuziehen und zu spritzen. Problemsituationen bei Unterzucker (Hypoglykämie) oder Überzucker (Hyperglykämie), Anpassung der Insulindosis bei Sport oder fieberhaften Erkrankungen werden ebenso angesprochen, wie die psychische Belastung des betroffenen Kindes und der Familie durch die neue Situation. Bei Entlassung sollten die Kinder, soweit von ihrem Alter und ihrer Entwicklung her möglich, in jedem Fall aber die nahen Bezugspersonen eigenständig mit der Erkrankung umgehen können. Um zukünftige Komplikationen und erneute Krankenhausaufenthalte zu vermeiden, kann auch ein längerer stationärer Aufenthalt bei Erstmanifestation in Einzelfällen nötig und sinnvoll sein.

Ambulante Betreuung

Alle in unserem Zentrum betreuten Kinder und Jugendlichen werden viermal pro Jahr von einer/-m diabetologisch geschulten Ärztin/Arzt in der Ambulanz gesehen. Bei jedem Besuch wird der HbA1c gemessen, der ein Maß für den durchschnittlichen Blutzucker der letzten 3 Monate darstellt. Außerdem werden Länge, Gewicht und Blutdruck gemessen, die Spritzstellen inspiziert, Pulse und Reflexe getestet. Einmal jährlich wird eine Blutuntersuchung durchgeführt, bei der unter anderem Blutfette (Cholesterin, Triglyceride) und Antikörper, die auf andere Autoimmunerkrankungen hindeuten (Zöliakie und Thyreoiditis) bestimmt werden. Zur frühzeitigen Erfassung von Folgeerkrankungen werden jährlich auch Urin und Augenhintergrund untersucht. Soweit nötig und zeitlich möglich, werden bei diesem Besuch auch Dosisanpassungen vorgenommen und Schulungsinhalte aufgefrischt. Bei

Problemen mit der Einstellung können sich Patienten und Eltern aber auch zwischen den Ambulanzterminen bei der Diabetesberatung Termine zur Dosisanpassung und Schulung geben lassen.

Schulungsprojekte

Zusätzlich zur ausführlichen Schulung bei Erstmanifestation und der bedarfsorientierten Schulung im Rahmen der Ambulanz- und Beratungstermine werden jedes Jahr vier jeweils viertägige Schulungsprojekte für unterschiedliche Altersstufen angeboten. Für Kleinkinder bis 6 Jahren gibt es das Projekt "Kleine süße Schritte" im Haunerschen Kinderspital, für Kinder der ersten beiden Grundschulklassen die "Generalprobe fürs Schullandheim" in Bairawies im Tölzer Land, für Jugendliche ab 13 Jahren das "Null-Bock-Projekt" im Schullandheim Wartaweil am Ammersee (Foto 5) und für alle Insulinpumpenträger das "Insulinpumpenprojekt" im Schullandheim Wartaweil. Nur beim Kleinkinderprojekt werden vorwiegend die Eltern geschult. An allen anderen Projekten nehmen die Kinder ohne ihre Eltern teil und werden gezielt im eigenständigen Umgang mit ihrer Erkrankung unterstützt. Neben dem theoretischen Unterricht, der immer interaktiv und häufig in Kleingruppen abläuft, spielt die praktische Anwendung z.B. der Sportanpassung im Rahmen einer Wanderung oder das Abschätzen des Kohlenhydratgehalts einer Mahlzeit eine große Rolle. Bei jeder Mahlzeit wird zudem geübt, in Abhängigkeit vom aktuellen Blutzucker und vom Appetit die richtige Insulindosis zu berechnen und aufzuziehen.



Zusammenfassung

Diabetes mellitus wird auch bei Kindern und Jugendlichen immer häufiger. Die überwiegende Mehrzahl der jungen Patienten leidet an Typ-1-Diabetes und ist, solange die Krankheit nicht geheilt werden kann, auf eine lebenslange Zufuhr von Insulin angewiesen. Zur Prävention von Stoffwechselentgleisungen und Folgeerkrankungen ist eine optimale Blutzuckereinstellung mit intensiver Insulintherapie (3-4 Spritzen täglich oder Insulinpumpe) erforderlich. Dies gelingt nur, wenn Kinder und Eltern sehr gut motiviert und geschult sind. Mit Ausnahme der Erstmanifestation versuchen wir, alle Schulungen und Dosisanpassungen ambulant durchzuführen, damit der normale Alltag der Kinder und Jugendlichen möglichst wenig gestört wird. Ziel ist es, die Patienten zu einem selbständigen Umgang mit der Erkrankung zu führen, der ihnen eine flexible Alltagsgestaltung erlaubt, gleichzeitig aber die Blutzucker stabil genug hält um Folgeerkrankungen zu vermeiden.

Hans-Georg Dietz

Die VEPTR-Methode – eine Chance für Kinder mit dem Jeune-Syndrom

Das Jeune-Syndrom ist eine autosomal rezessive Erkrankung mit Veränderungen des knöchernen Brustkorbes. Es liegen kurze horizontal orientierte Rippen vor und das Hauptproblem ist eine starke Atemstörung. Zusätzlich findet man bei diesen Patienten Kleinwuchs, Niereninsuffizienz, Leber- und Pankreasfibrose und Retinopathie.

Die Versuche, eine Thoraxerweiterung chirurgisch durchzuführen waren bisher nur von geringem Erfolg begleitet. Eine neue Technik, die VEPTR-Operation (Vertical Expandible Prosthetic Titanin Rib), die von den Kinderorthopäden Dr. Campbell und Dr. Smith zur Korrektur der Thoraxdeformierung von Skoliosen inauguriert wurden, hat nun auch eine Möglichkeit zur Korrektur des Thorax der Patienten mit Jeune-Syndrom aufzeigen lassen.

Erste Fälle wurden erfolgreich in den Vereinigten Staaten operiert und zum zweiten Mal in Europa wurde Anfang Oktober ein kleines Mädchen im Dr. von Haunerschen Kinderspital mit der VEPTR-Methode operiert.

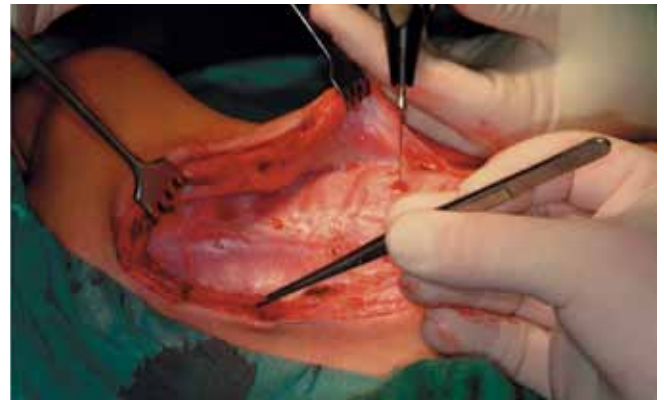
Gute Kontakte zu den amerikanischen Kinderorthopäden Dr. Campbell und Dr. Smith und die hervorragende Unterstützung von Herrn Egger der Firma Synthes ließ dann die Möglichkeit dieser neuartigen Operation in unserer Klinik unter der Mitarbeit von Dr. Smith zu.

Patienten mit „Jeune“ Syndrom haben einen sehr starren und beengenden knöchernen Thorax, der die Lungenentwicklung behindert, und die Patienten an den Respirator fesselt.

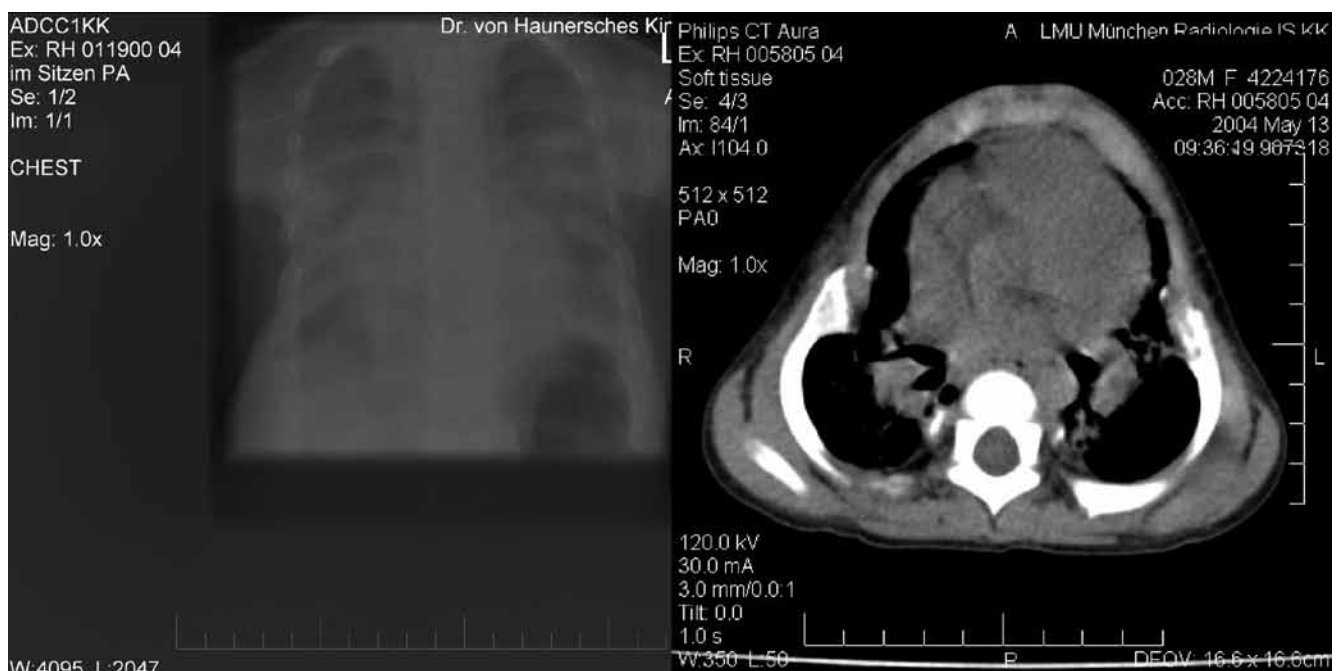


**Das Op Team (von links):
Dr.Bergmann, Prof.Dietz, Dr.Smith und Sr.Christa Gebert**

Der operative Eingriff mit Thoraxerweiterungsplastik rechts verlief primär komplikationslos. Prolongiert war der Verlauf auf der kinderchirurgischen Intensivstation, wo das Mädchen dann postoperativ behandelt wurde, es musste langsam von dem Respirator entwöhnt werden.



Die sorgfältige Präparation der knöchernen Thoraxwand ist von herausragender Bedeutung für die Operation.



Flexible Dosierung von liposomalem Amphotericin B – ein Fortschritt in der Therapie systemischer Pilzinfektionen

Martinsried, 10. November 2004 – Eine aktuelle Studie zur empirischen Therapie von Mykosen, die erstmals im Rahmen der zweiten gemeinsamen Jahrestagung der DGHO, ÖGHO, SGH und SGMO Anfang Oktober 2004 in Innsbruck, Österreich, präsentiert wurde, zeigt, dass auch flexible, individuell an den Zustand und das Risiko des Patienten angepasste Dosierungen von liposomalem Amphotericin B (AmBisome®) eine wirksame Behandlungsalternative darstellen. Auch Professor Dr. Georg Maschmeyer, Charité Berlin, betonte, dass Amphotericin B und seine signifikant besser verträglichen Lipidformulierungen, wie z.B. liposomales Amphotericin B (AmBisome®) aufgrund ihres Wirkspektrums und ihrer pharmakologischen Eigenschaften nicht einfach durch andere Antimykotika zu ersetzen sind. So erfasst liposomales Amphotericin B im Gegensatz zu anderen Antimykotika-Klassen auch Zygomyceten, Kryptokokken und Azol-resistente Candida-Erreger.

Bei den nosokomialen Infektionen nehmen Candida-Infektionen bereits den vierten Platz ein – Tendenz steigend. Gründe dafür sind unter anderem die Zunahme immungeschwächter Patienten sowie die erhöhte Dauer und Intensität der Immunsuppression. Im Gegensatz zu Candida-Infektionen, bei denen sich die Überlebenschancen erheblich verbessert haben, steigt bei Infektionen mit Schimmelpilzen wie Aspergillus- und Fusarium-Spezies sowie Zygomyceten die Mortalität weiter an. Invasive Aspergillosen sind die häufigste Todesursache bei Empfängern von allogenen Stammzelltransplantaten, so Professor Maschmeyer.

Mortalitätsraten senken durch frühzeitige therapeutische Intervention

Insbesondere bei Hochrisikopatienten, zum Beispiel nach allogener Knochenmark- oder Stammzelltransplantation kann eine frühzeitige therapeutische Intervention Inzidenz und Mortalität invasiver Mykosen senken. Aufgrund der schwierigen Diagnosestellung wird heute die Entscheidung zur Behandlung mit Antimykotika aufgrund erster klinischer Zeichen – meist Neutropenie und Antibiotika-refraktäres Fieber – aber noch ohne Erregernachweis gefällt. Für diese "empirische Therapie des neutropenischen Fiebers unbekannter Genese" (FUO, Fever of Unknown Origin) ist neben Caspofungin bisher nur liposomales Amphotericin B (AmBisome®) zugelassen.

Das Wirkspektrum entscheidet

Bei der Auswahl des individuell am besten geeigneten Antimykotikums spielen vor allem folgende Aspekte eine wesentliche Rolle: Wirkspektrum, Wirkmechanismus, Nebenwirkungen, Dauer bis zum Ansprechen, die Möglichkeit einer flexiblen Dosierung sowie das Resistenz- und Interaktionspotenzial.

Professor Dr. Ralf Stahlmann, Charité Berlin, unterstrich, dass grundsätzlich bei allen Antimykotika Interaktionen mit anderen Arzneimitteln auftreten können, am bedeutsamsten seien diese jedoch bei der Therapie mit Azolen. Dies liegt auch in deren Wirkmechanismus begründet, dem eine Hemmung des Cytochrom-P450-Systems zugrunde liegt. So ist beispielsweise die gleichzeitige Gabe von Barbituraten, Carbamazepin, Rifampicin oder Sirolimus und Voriconazol kontraindiziert. Bei gleichzeitiger Gabe von Voriconazol und Cyclosporin können die Blutspiegel des Immunsuppressivums stark ansteigen – mit der Gefahr vermehrter Nebenwirkungen.

Eine hohe Effektivität und ein besonders breites Wirkspektrum weist Amphotericin B auf, das im Gegensatz zu allen anderen im Markt befindlichen Antimykotika auch Mucor-, Rhizopus- und Fusarium-Spezies einschließt (nur Vorico-

nazol ist noch gegen *Fusarium* wirksam). Amphotericin B ist deshalb das Mittel der Wahl bei systemischen Mykosen, insbesondere bei fehlendem Erregernachweis. Problematisch können jedoch die Nebenwirkungen der Substanz sein. So kann z.B. die Nephrotoxizität im Zusammenhang mit Amphotericin B dosislimitierend sein und dazu führen, dass die zur Eradikation des Pilzes notwendige Dosis nicht erreicht werden kann.

Liposomales Amphotericin B – effektiv und verträglich

Um die breite Wirksamkeit von Amphotericin B nutzen zu können, die Substanz jedoch gleichzeitig besser verträglich zu machen, wurden Lipidformulierungen entwickelt: Liposomales Amphotericin B (AmBisome®) entspricht in seiner Effektivität und seinem Wirkspektrum dem konventionellen Amphotericin B, ist im Vergleich dazu jedoch – auch in hohen Dosen (Sicherheitsdaten bis zu 15 mg/kg Körpergewicht/d vorhanden) – wesentlich besser verträglich, insbesondere treten signifikant weniger nephrotoxische Effekte und infusionsbedingte Nebenwirkungen auf.

Aktuelle Daten bestätigen Dosisflexibilität

Die bessere Verträglichkeit von liposomalem Amphotericin B ermöglicht flexible Dosierungsschemata. Dies bestätigt eine aktuelle, multizentrische, prospektiv randomisierte Studie mit über 400 Patienten, deren Daten zum diesjährigen ASH* eingereicht sind und die von PD Dr. Holger Hebart, Eberhard Karls Universität Tübingen, anlässlich des DGHO-Kongresses in Innsbruck erstmals vorgestellt wurden. Die Studie prüfte eine PCR-basierte Frühintervention im Vergleich zu einer konventionellen empirischen Therapie, in beiden Fällen mit liposomalem Amphotericin B, in einem Hochrisiko-kollektiv nach allogener Stammzelltransplantation.

Die Therapie bestand aus einer mindestens dreitägigen Gabe von 3 mg/kg/d liposomalem Amphotericin B (L-AmB). Bei klinisch stabilen Patienten ohne Anhalt für eine invasive Mykose wurde nach drei Tagen die L-AmB-Dosis auf 1 mg/kg/d reduziert. Bei Patienten, deren Zustand nach drei Tagen unverändert war, wurde die Dosierung von 3 mg/kg/d beibehalten. Endpunkte der Studie waren die Inzidenz invasiver Pilzinfektionen, die damit verbundene Mortalität sowie das Gesamtüberleben.

Vorläufige Ergebnisse: In beiden Gruppen war die Inzidenz nachgewiesener invasiver Mykosen gering. Es gab bei Patienten mit Dosisreduktion keinen Anhalt für eine erhöhte Rate an Durchbruchinfektionen.

Vorab kann aus dieser Studie geschlossen werden, dass die flexible, dosismodifizierte L-AmB-Therapie eine wirksame Behandlungsmöglichkeit darstellt, die es ermöglicht, den individuellen Zustand und das Risiko des Patienten zu berücksichtigen. Die Reduktion der Dosis bei klinischer Stabilität erwies sich als sicher und führte insgesamt zu einer besseren Verträglichkeit der Therapie bei gleichzeitig verringerten Kosten.

**) Ann. Meet. American Soc. of Hematology, Dez. 2004, San Diego, USA*

Quelle: Satellitensymposium der Firma Gilead im Rahmen der 2. gemeinsamen Jahrestagung der DGHO, ÖGHO, SGH und SGMO 2004 in Innsbruck, Österreich: "Management invasiver Pilzinfektionen – Status Quo und Herausforderungen", 3. Oktober 2004

Unternehmenskontakt:

Gilead Sciences GmbH,
82152 Martinsried bei München
Tel.: 089 / 89 98 90-0,
Fax: 089 / 89 98 90-90

Das spezielle Implantat und Instrumentarium der Fa. Synthes, das von Dr.Campbell und Dr. Smith entwickelt wurde.
VEPTR – Vertical Expandable Prosthetic Titanium Rib



Die zukünftige Behandlung sieht vor, dass ca. ein halbes Jahr nach diesem Ersteingriff auf der linken Seite die Thoraxerweiterungsplastik durchgeführt wird, und dann wird sukzessive mit der "expandierbaren Rippe" die Brustkorbvergrößerung durchgeführt. Wir hoffen, dass wir bei dieser seltenen Erkrankung nun mit dieser neuen Technik den Patienten in Zukunft helfen können.



Das Röntgenbild mit dem Implantat postoperativ



Das VEPTR-Implantat am knöchernen Thorax.



Noch auf der Intensivstation, die kleine Eda und Ihr Papa mit dem Intensiv-Team (von links):
Dr.Roeb, der Vater, die kleine Eda, Sr.Miriam und Sr.Melanie



Nur eine gute Muskel und Hautschicht zur Deckung garantiert den erfolgreichen Abschluss dieses Eingriffs.



Nach dem Eingriff „entspannen“ sich die Operateure Prof. Dietz und Dr. Smith im Englischen Garten.

Prof. Dr. med Hans-Georg Dietz

M. Heinrich, R. Böhm, H. Till

Morbus Hirschsprung – neue einzeitige Operationstechnik (TERPT)

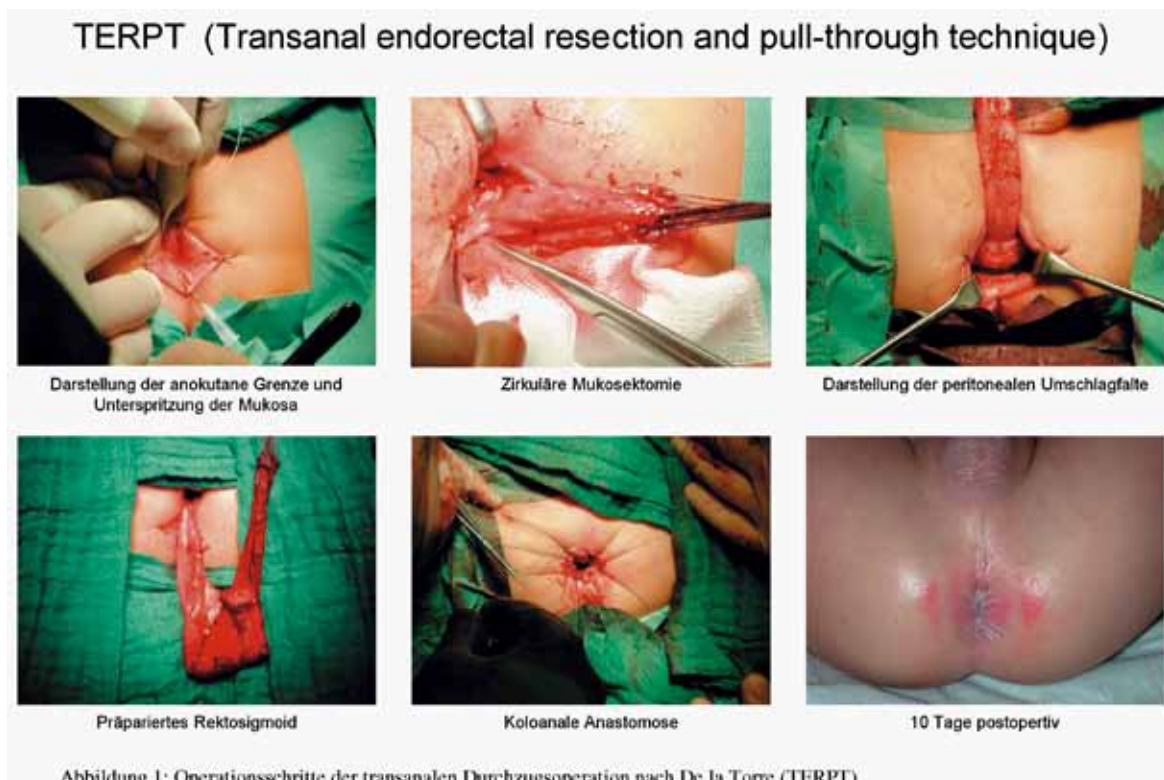
Chronische Obstipation, oft mit Einschmierern verbunden, ist eine häufige und langwierige Problematik im Kindesalter. Sie ist die Ursache für ca. 3% der Besuche beim Kinderarzt und ca. 25% der Vorstellungen in pädiatrisch-gastroenterologischen Ambulanzen. Bei jedem Kind mit schwerer Obstipation sollten organische Ursachen wie anatomische oder neurologische Missbildungen, endokrinologische oder metabolische Ursachen abgeklärt werden.

Inzidenz

Morbus Hirschsprung ist als Ursache der Obstipation zwar selten, dennoch eine wichtige Differentialdiagnose bei jedem Kind jeden Alters mit schwerer Obstipation. Die Inzidenz des Morbus Hirschsprung liegt bei 1:5000. Pathophysiologisch liegt eine fehlende Fortleitung der propulsiven Wellen des Kolons, sowie eine abnormale oder fehlende Relaxation des analen Sphinkters aufgrund einer A-, Hypo- oder Dysganglionose vor. Klinisch imponiert oft schon im Neugeborenenalter eine Ileus-symptomatik oder schwere Obstipation. Kardinalsymptome sind ein verzögertes Absetzen von Mekonium, eine abdominelle Distension und Erbrechen. Die Ausprägung der Symptome sind von Patient zu Patient sehr unterschiedlich und können zwischen einer kompletten intestinaler Obstruktion und geringen Symptomen in den ersten Wochen und Monaten liegen. Persistierende Obstipation, oft nach Nahrungsumstellung von Muttermilch oder nach Beginn des Zufüttern, verbunden mit einem ausladenden

Abdomen, Meteorismus, Stuhlverhalt, massige Stühle und teils Erbrechen sind oft typische Krankheitsverläufe. Bei schweren Verläufen in bis zu 58% kann eine Enterokolitis bis zum toxischen Megakolon auftreten. Sekundäre Folgen eines unerkannten und nicht therapierten Morbus Hirschsprung sind Kachexie, Anämie, Wachstumsverzögerung und Hypoproteinämie. Ursache der Enterokolitis und des toxischen Megakolons werden unterschiedlich diskutiert. Es besteht die Theorie, daß durch den Stuhlverhalt eine Ischämie der Mukosa bedingt wird mit der Folge bakterieller Invasion und Translokation. Aber auch Veränderungen der mukösen Bestandteile und der Abwehrmechanismen der Darmschleimhaut oder eine erhöhte Prostaglandin E1-Aktivität, sowie eine Infektion mit Clostridium difficile oder Rotaviren werden als Ursache diskutiert. Das toxische Megakolon zeigt Symptome wie Fieber, galliges Erbrechen, explosionsartige Diarrhoe, Dehydratation bis zum Schock. Ulzeration und ischämische Nekrosen der Mukosa können oberhalb des aganglionären Segmentes zur Sepsis, Pneumatosis und Perforation führen. Aus diesen Gründen ist ein frühes Abklären einer schweren Obstipation notwendig, um einen weiteren komplikationsreichen Verlauf der Erkrankung zu verhindern.

Bei der Untersuchung der Patienten kann oft bei rektaler Manipulation eine explosionsartige Stuhlentleerungen ausgelöst werden. Die rektale Untersuchung zeigt einen erhöhten Sphinktertonus und das Rektum ist typischerweise leer. Die Diagnostik



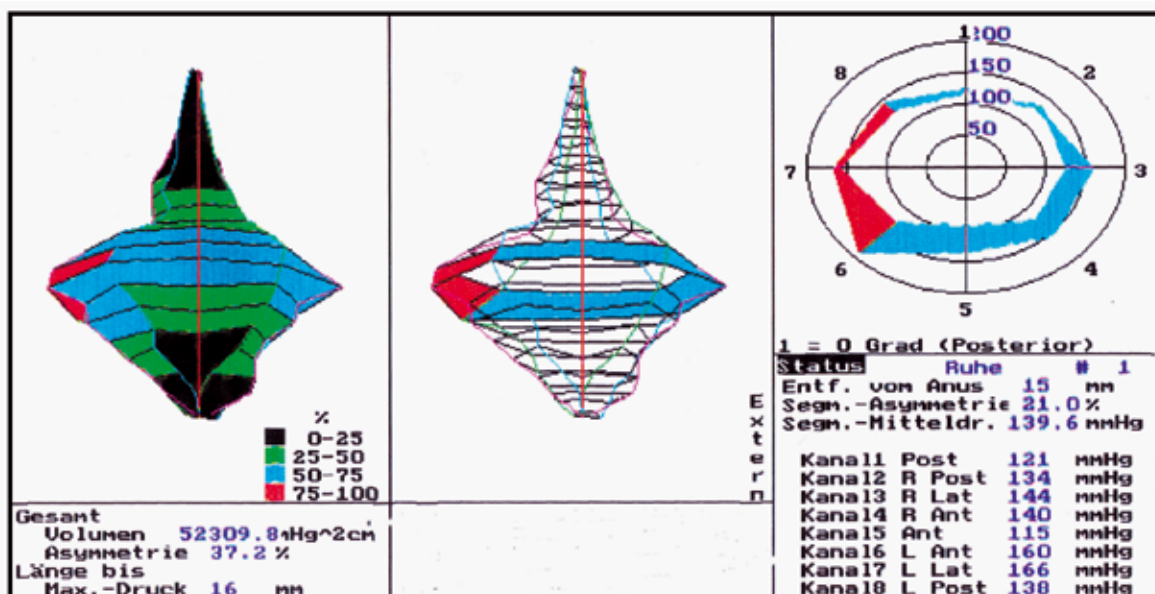


Abbildung 2: Darstellung des 3D-Druckprofils der 8-Kanalmanometrie eines 2-jährigen Jungen, 1,9 Jahre Postoperativ nach TERPT bei Morbus Hirschsprung. Darstellung des typischen normalen Druckzylinders auf der linken Seite ohne Nachweis eines Defektes. In der Mitte Darstellung des ausgewählten höchsten Drucksegmentes mit zusätzlicher 360° Darstellung auf der rechten Seite und Angabe der absoluten Druckwerte im unteren Anteil der Abbildung.

des Morbus Hirschsprung basiert auf der Trias: die anorektale Manometrie, der Kolon-Kontrasteinlauf und die Rektumbiopsie. In der anorektale Manometrie lassen sich beim Morbus Hirschsprung typischerweise keine Relaxation des Sphinkters auslösen, jedoch finden sich multisegmentale, rhythmische Kontraktionen, die sogenannten "mass contractions". Oft ist der anorektale Ruhe-Druck bei diesen Patienten erhöht. Im Neugeborenenalter muss die Interpretation der Manometrie mit Vorsicht erfolgen, da ein falsch negative Befunde auftreten können aufgrund eines nicht vollständig ausgereiften rektosphinkter Reflexes. In der radiologischen Diagnostik, dem Kolon-Kontrasteinlauf stellt sich ein normal oder enggestelltes Rektum bzw. distales Segment dar mit trichterförmigen Kalibersprung im Bereich der Übergangzone und Dilatation des proximalen Kolons. Ausnahmen sind die totale Aganglionose des Kolons und das ultrakurze Segment in denen sich nicht dieser typische Befund zeigt. In den rektale Biopsien kann die endgültige Diagnose des Morbus Hirschsprung gestellt werden. Diese können als Saugbiopsien oder offenen Biopsie durchgeführt werden. An den 3-4mm großen Biopsien werden histochemischen Untersuchung auf intramurale Ganglienzellen und Nachweis von Acetylcholinesterase durchgeführt.

Therapie

Die Therapie des Morbus Hirschsprung liegt in der Resektion des aganglionären Segmentes. Bei Diagnosestellung ist meist zunächst eine Dekompression des Darms notwendig durch Anlage einer Magensonde und wiederholte Entleerung durch rektale Entlastung über ein Darmrohr oder Einläufe oder bei schweren klinischen Verläufen durch eine sofortige Anlage eines Anus präter. Die klassische operative Therapie erfolgt in einem 3-zeitiges Vorgehen: Anlage des Anus präter, Resektion des aganglionären Segmentes mit koloanaler Anastomose und Anus präter Rückver-

lagerung. Die heutigen operativen Techniken sind die Resektion des aganglionären Segmentes bis an das Kontinenzorgan und Anlage einer koloanalen Anastomose (Rehbein/Swenson) oder Belassung des distalen Rektumstumpfes mit Durchzug des ganglionären proximalen Segmentes von dorsal zum Anus (Duhamel) oder Durchzug durch den Rektumstumpf nach Mukosektomie (Soave) mit Anlage einer koloanalen Anastomose.

Minimal invasive chirurgische Techniken haben die operative Vorgehensweise bei Morbus Hirschsprung mit limitiertem Befall dramatisch geändert. Georgeson hatte 1995 eine laparoskopische Kolonmobilisation mit anschließender Durchzugoperation und Anastomose nach modifizierter Soave-Technik demonstriert. Im Jahre 1998 veröffentlichte De la Torre eine transanale Resektion des aganglionären Segmentes mit koloanaler Anastomose in einem einzeitigen Vorgehen bei Patienten mit einem aganglionären Segment im Bereich des Rektums bis Sigmas. Diese Technik wird als TERPT ("transanal endorectal resection and pull-through technique") bezeichnet. Beide Operationstechniken erlangten in den folgenden Jahren zunehmenden Zuspruch zu einem aufgrund des vermeidbaren abdominalen offenen Zuganges und zum anderen durch das geringere operative Trauma einen verminderten postoperativen Schmerz, einen schnelleren Nahrungsaufbau und einen kürzeren stationären Aufenthalt sowie keine sichtbare Narbe.

In der transanal Durchzugoperation nach De la Torre erfolgt nach Exposition der anokutanen Grenze eine Inzision der Mukosa mit darauffolgender zirkuläre Mukosektomie bis zur Darstellung der peritonealen Umschlagfalte. Nach Eröffnung des Peritoneums und Mobilisation des Sigmas erfolgt das Absetzen des Kolons im Gesunden nach Schnellschnittbiopsien mit anschließender koloanaler Anastomose (siehe Abbildung 1).

Desloratadin bald auch für ganz Kleine

Aachen

Für das Antihistaminikum Desloratadin hat Essex pharma in diesen Tagen ein positives Votum des zuständigen EMEA-Komitees CHMP für die Kinder-Therapie ab dem ersten Lebensjahr erhalten. Damit könnte bald auch für ganz kleine Kinder mit intermittierender und persistierender allergischer Rhinitis eine weitere Therapie zur Verfügung stehen. Diese Ankündigung war der Anlass für ein Pressegespräch über die Besonderheiten der Kindertherapie bei allergischer Rhinitis, das essex pharma anlässlich des Allergie-Kongresses in Aachen veranstaltete.

Die Prävalenz allergischer Sensibilisierungen der Atemwege liegt bei Kleinkindern vor dem zweiten Lebensjahr bei "nur" rund 5 % - doch häufig ist dies der Grundstein für eine typische "Allergiker-Karriere": bis zum fünften Lebensjahr entwickeln diese Kinder häufig eine allergische Rhinokonjunktivitis (AR), ein Asthma oder Sinusitis.

Auch wenn die primären Symptome der AR harmlos klingen wie Niesen, Juckreiz, nasale Sekretion, Augentränen und Obstruktion, so geht die jüngste DGAI-Leitlinie (Deutsche Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie) davon aus, dass die AR eine systemische Erkrankung ist. Ihr liegt eine IgE-vermittelte, zelluläre Entzündungsreaktion zugrunde, die in der Regel chronisch wird. Umso wichtiger, dass die Allergie-Kaskade schon im Kindesalter frühzeitig therapeutisch unterbrochen wird.

Für Desloratadin (AERIUS®) wurde einerseits die direkte Hemmung der Mastzellendegranulation nachgewiesen. Andererseits hemmt Desloratadin auch die Ausschüttung von Zytokinen und Adhäsionsmolekülen, die zur Unterhaltung der Entzündung beitragen. Damit lindert Desloratadin, das haben kontrollierte klinische Studien bestätigt, die allergischen Sofortreaktionen ebenso wie die Spätphasenreaktion, d.h. die nasale Obstruktion.

Hohes Sicherheitsprofil für die Kindertherapie

Im Vergleich zu anderen verfügbaren Antihistaminika hat Desloratadin die höchste Affinität zum H1-Rezeptor und bindet mit hoher Selektivität an den peripheren H1-Rezeptoren. Dementsprechend hat Desloratadin, wie auch andere moderne Antihistaminika, ein geringes Potential zur Sedierung. Und die Substanz wirkt nicht anticholinerg. Damit erfüllt Desloratadin wichtige Voraussetzungen für eine sichere Kindertherapie. In Tests mit erhöhten Dosierungen wurde weder eine Akkumulation noch eine Toleranz von Desloratadin festgestellt. Die meisten Nebenwirkungen des Antihistaminikums liegen auf Placeboniveau.

Desloratadin wirkt schnell und nachhaltig. Es kann bereits 30 Minuten nach Einnahme im Blut nachgewiesen werden, die Plasma-Halbwertszeit liegt bei 27 Stunden. Damit eignet es sich zur täglichen Einmalgabe. Für Kinder liegt Desloratadin in einer besonderen galenischen Aufbereitung als Sirup vor, so dass es für Mutter und Kind eine einfache und bequeme Medikamentengabe darstellt.

Mit eigenen Äquivalenzstudien bei gesunden Kindern wurden zwei pädiatrische Dosierungen (1,25 mg und 2,5 mg Sirup) auf ihre pharmakokinetische Vergleichbarkeit mit Erwachsenendosierungen überprüft. Die Wirksamkeit und Verträglichkeit von Desloratadin bei Kindern und Erwachsenen ist nach bisherigen Erfahrungen ebenfalls vergleichbar.

Desloratadin bleibt erstattungsfähig

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz entstand einige Unsicherheit darüber, welche Antistaminika noch zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden dürfen. Desloratadin ist als modernes Antihistaminikum nach wie vor verschreibungspflichtig und damit erstattungsfähig.

Erniedrigte Morbidität

Eine Studie von De la Torre aus dem Jahre 2000 konnte eine erniedrigte Morbidität im Vergleich zu den konventionellen Techniken nachweisen. Die Operationszeit und der intraoperative Blutverlust war bei *TERPT* vermindert. Ein gutes funktionelles Ergebnis fand De la Torre bei 90% seiner Patienten. Die Komplikationen der transanal Durchzugoperation sind ein eventuelles intraoperatives Umsteigen auf eine offene Technik und postoperativ die Ausbildung einer Stenose, Auftreten einer Nahtinsuffizienz oder einer Infektion. Bisher konnte jedoch kein erhöhtes Risiko im Vergleich zu den konventionellen Techniken nachgewiesen werden.

TERPT

In unserer Klinik wird die *TERPT* Operationstechnik seit 2000 durchgeführt. Es wurden seither 15 Patienten mit einer Morbus Hirschsprung im Bereich des Rektum / Sigma nach dieser Operationstechnik operiert. Wir stellten uns die Frage ob durch die erheblichen Zugkräfte, die während der *TERPT*-Operation auf das anorektale Gewebe einwirken ein Schaden im Bereich des Sphinkter gesetzt wird, der die anorektale Funktion beeinflusst mit der Folge einer Störung der Kontinenz. Mit Hilfe der 8-Kanalmanometrie lässt sich ein 3D-Druckprofil des Analkanals darstellen mit separater Berechnung jedes einzelnen Segmentes und damit Erfassung des anorektalen Kontinenzorgans in seiner Funktion und Integrität. Es wurden daher im Zeitraum 2000-2004 bei 7 Patienten mit einem durchschnittlichen Alter von 3,2 Jahre (Range 0,4 bis 8,7 Jahre) mit Morbus Hirschsprung, bei denen ein *TERPT* erfolgte, die prä- und postoperativen Daten der 4- und 8-Kanalmanometrie verglichen, sowie ein klinischer Status erhoben. Die mittlere Länge des Resektates war 18cm (16 – 20cm). Bei der Nachuntersuchung, durchschnittlich nach 14 Monaten, hatten alle Kinder spontan regelmäßigen Stuhlgang und es bestand kein Ein-

schmieren. Im Vergleich mit den präoperativen Ausgangsbefunden fand sich in der 8-Kanalmanometrie postoperativ unverändert altersentsprechende Normwerte für die Hochdruckzone, die Segmentmitteldrücke in Ruhe und beim Kneifen, die segmentale Asymmetrie, die totale Asymmetrie und dem Vektorvolumen in Ruhe und beim Kneifen (*siehe Tabelle 1*). Die Gesamtarchitektur der 3D-Darstellung stellte somit postoperativ einen unveränderten Normalbefund dar (*siehe Abbildung 2*).

Es konnte sogar ein Anstieg der Segmentmitteldrücke und des Vektorvolumens postoperativ nachgewiesen werden. In der 4-Kanalmanometrie fanden sich postoperativ die Hochdruckzone in Ruhe unverändert bei regelmäßigen Fluktuationen. Bei einem Patienten konnte postoperativ schon Relaxationen nachgewiesen werden. Die Funktion und Integrität des anorektalen Sphinkterapparates wird durch *TERPT* bei Morbus Hirschsprung nicht beeinträchtigt. *TERPT* führt bei Patienten mit limitiertem Befall zu guten klinischen und manometrischen Ergebnissen und sollte daher nach unserer Meinung die zu favorisierende Operationstechnik bei entsprechendem Befall sein.

Aussichten

Ziel der Therapie des Morbus Hirschsprung ist in unserer Klinik eine individuelle Behandlung je nach klinischer Ausprägung und Verlauf der Erkrankung durch Anbieten verschiedener Operationstechniken: einzeitige transanale Durchzugoperation (*TERPT*), falls notwendig zusätzliche laparoskopische Kolonmobilisation oder 2- bis 3-zeitiges klassisches Vorgehen. Entscheidend für den Erfolg der operativen Therapie ist eine entsprechende perioperative Betreuung der Patienten und vor allem die weitere postoperative Begleitung.

Tabelle 1:
Ergebnisse der 8-Kanalmanometrie prä- und postoperativ bei Patienten mit Morbus Hirschsprung mit *TERPT*

	Präoperativ (SD)	Postoperativ (SD)
Analkanallänge (mm)	15,4 (3,58)	16 (5,5)
Segmentmitteldrücke in Ruhe (mmHg)	111,6 (27,8)	121 (45,43)
Segmentmitteldrücke beim Kneifen (mmHg)	141,4 (79,68)	178,75 (45,13)
Segmentale Asymmetrie (%)	17,6 (4,67)	18,63 (3,78)
Totale Asymmetrie (%)	35,8 (3,56)	35,63 (3,58)
Vektorvolumen in Ruhe (mmHg/cm ²)	38161 (12694)	46680 (30456)

S. Pallivathukal, G. Kuhnle

Anästhesie bei Kindern – moderne Techniken kindgerecht



Zwischen Spielzeug und Werkzeug

Ab dem Mittelalter begannen in Europa die Menschen Krankheiten heilen zu wollen, indem sie "schneidend" tätig wurden. Oft wäre das Leben der Patienten ohne die Tätigkeit des Chirurgen schnell beendet gewesen. Nicht selten führten jedoch die Schmerzen, der Blutverlust, die Infektion oder der unkontrollierter Einsatz von Pflanzenalkaloiden selbst zu gravierenden physischen und psychischen Schäden bis hin zum Tod.

Noch Charles Darwin schreibt in seiner Biographie von Eingriffen bei zwei Kindern, die 'so unendlich schrecklich waren, dass er sich abwenden musste'.

Die Entwicklung der Äthernarkose Mitte des 19. Jahrhundert hat dem Fortschritt in der Chirurgie die Pforten weit geöffnet. Operationen konnten nun schmerzlos und damit im größerem Umfang durchgeführt werden. Die anästhesiebedingte Mortalität im 19. Jahrhundert war jedoch beträchtlich. Noch schlechter war damals das "Outcome" bei Kindern und Säuglingen.

Bis in die 60er Jahre des 20. Jahrhundert wurden Neugeborene wie zu Darwins Zeiten ohne Narkose operiert, weil man annahm, dass Neugeborene noch keine Schmerzen empfinden können, entsprechend hoch war die perioperative Sterblichkeit.

Mit neuen Erkenntnissen in der Physiologie und Pharmakologie, den Errungenschaften der modernen Medizintechnik und nicht zuletzt durch die Entwicklung der "Anästhesie" als eigenständige Disziplin konnte die "Narkose-bedingte" Sterblichkeit dramatisch gesenkt werden.

Narkoserisiko

Das Risiko an einer Narkose zu versterben ist heute selbst beim Kleinkind kaum größer als das eines Flugzeugabsturzes.

Dementsprechend häufig wird eine Narkose oder eine Analgosedierung nicht nur bei allen operativen Eingriffen im Kindesalter gewünscht, sondern auch zunehmend bei verschiedenen schmerzhaften oder "unangenehmen" diagnostischen Eingriffen wie Broncho-, Gastro-, und Koloskopien, Knochenmarks- und Lumbalpunktionen nachgefragt.

Kleine Kinder reagieren auf Untersuchungen, schmerzhaftes Prozeduren und den Krankenhausaufenthalt bestenfalls ablehnend, in schlimmeren Fällen jedoch schwer psychisch traumatisiert. Bei diesen Patienten ist es das Ziel durch einen "kindgerech-

ten Einsatz von Anästhesie" einen unbelasteten Krankenhausaufenthalt zu erreichen.

Dies wird erreicht durch die "kindgerechte" Aufklärung, die entsprechend räumliche Umgebung und die Integration der Eltern bei allen Prozeduren, den selbstverständlichen Einsatz von Lokalanästhetika vor Punktionen, der Verabreichung der Anxiolytika zur Operations-Vorbereitung und der Kombination von Analgetika und Regionalanästhesieverfahren bei der postoperativen Schmerztherapie.

Anästhesiesprechstunde

Vor einem Eingriff kommen Kinder mit ihren Eltern in die Anästhesiesprechstunde; spätestens am Vortag der Operation. In diesem ruhigen Umfeld findet die Anamneseerhebung und die körperliche Untersuchung des Kindes statt. In dieser Voruntersuchung wird der aktuelle Gesundheitszustand des Kindes erfasst. Informationen über frühere Erkrankungen, aktuelle Infekte und die Einnahme von Medikamenten werden zur Risikoabschätzung benötigt. In diesem Gespräch wird das geeignetste Narkoseverfahren für den bestimmten Eingriff im Detail besprochen. Anhand von Bildmaterial wird die Form der Narkoseeinleitung besprochen. Je nach Alter und Wunsch können die Kinder zwischen "Pilotenmaske" zur Maskeneinleitung oder "Zauberpflaster" zur intravenösen Einleitung wählen. Fragen zu zusätzlichen Maßnahmen für die intraoperative Überwachung und zur postoperativen Schmerztherapie sowie Ängste der Eltern können in diesem Rahmen besprochen werden.

Ein wichtiges Thema für Eltern und Kinder ist die geforderte Nüchternheit vor Beginn der Narkose. Bei nicht nüchternen Kindern besteht während der Narkoseeinleitung bzw. -ausleitung ein erhebliches Aspirationsrisiko.

Individuell wird die letzte feste Nahrungseinnahme oder die Milchfütterung von Säuglingen zeitlich festgelegt. Am Ende des Gesprächs und der körperlichen Untersuchung erfolgt die Narkoseeinwilligung der Eltern.

Operationstag

Die medikamentöse Prämedikation erfolgt auf der jeweiligen Station in Form von Midazolam Saft oder Tablette und ggf. dem lokalanästhetischen Pflaster. In Begleitung eines Elternteils und dem Lieblingsstofftier wird das Kind in die Narkoseeinleitung gefahren.



Träumen von Arielle, der Meerjungfrau, und Zauberern



Narkoseeinleitung

Zum stressfreien Beginn der Anästhesie begleiten bekannte Comics und Zauberer, die Kinder. Um eine ruhigere Atmosphäre während der Vorbereitungsphase zu schaffen, besteht auch die Möglichkeit leise Musik im Einleitungsraum zu hören. Dabei darf auch die eigene Schlafmusik mitgebracht werden.

Alle folgenden Katheterisierungen oder Regionalverfahren werden in Narkose gelegt.

Zur präemptiven Analgesie erfolgen nicht nur die Gabe von Paracetamol- oder Diclofenac Zäpfchen, sondern auch Kaudalanästhesie und lumbale/thorakale Periduralanästhesien mit Kathetern, die bereits intraoperativ mit Lokalanästhetika und Analgetika bestückt werden.



Die Traumschaukel im Aufwachraum

Aufwachraum

Die Narkoseausleitung und die Aufwachphase der Kinder erfolgt im Aufwachraum. Die Anwesenheit der Eltern ist aus logistischen Gründen im Aufwachraum nicht möglich. Es erfolgt die prompte Verlegung der Kinder, wenn eine gute Vigilanz erreicht und keine kardiorespiratorischen Probleme mehr zu erwarten sind, d.h. in der Regel, wenn die Kinder nach der Mama verlangen. Die postoperative Schmerztherapie wird durch die Gabe von Analgetika und Koanalgetika (Antiemetika) begonnen und eine Bedarfmedikation für die Station dokumentiert.

Auf Station findet am Nachmittag eine postoperative Visite und die Dokumentation der postoperativen Schmerztherapie statt. Die Kontrolle der kontinuierlichen Regionalverfahren erfolgt täglich.

Blick hinter die Kulissen

Das Anästhesieteam setzt sich aus Oberärzten mit zum Teil "jahrzehntelanger" Erfahrung mit Kindern und Assistenten mit zusätzlicher Spezialisierung im Bereich der Kinderanästhesie sowie dem speziell ausgebildetem Pflegepersonal zusammen.

Anästhesietechniken

Alle modernen Anästhesietechniken sind auch bei Kindern und Säuglingen, Neu- und Frühgeborenen anwendbar. Es gibt keine prinzipiellen Einschränkungen der "Narkosefähigkeit".

Je nach Eingriff, Operationsdauer und bestehenden Vorerkrankungen wird ein individuelles Anästhesiekonzept mit allen eventuellen Risiken mit den Eltern im Vorfeld besprochen.

Manche Eingriffe können mit Sedierung unter Spontanatmung durchgeführt werden. Masken oder Larynxmasken und

selbstverständlich die Intubation mit kontrollierter Beatmung sind Routine. Aber auch spezielle Techniken, wie die Jetbeatmung bei Eingriffen an den Atemwegen oder die Einlungenventilation bei Thoraxoperationen kommen zur Anwendung.

Bei modernen Respiratoren kann zwischen volumen- und druckkontrollierter Beatmungsform gewählt werden. Je nach Gewicht des Säuglings oder des Kindes können Atemzüge von minimal 0,02 l oder über 1,0 l und Beatmungsfrequenzen zwischen 5 und 60 l/min eingestellt werden.

Zur Wahl stehen bei entsprechender Anamnese die total intravenöse Anästhesie oder die balancierte Anästhesie mit Narkosegas. Die Atemgaszusammensetzung (Sauerstoff, Kohlendioxid und Anästhesiegase in Inspiration und Expiration) werden kontinuierlich gemessen.



Neugeborensaal

Arbeitsplatz

Je nach Alter des Kindes kann eine Anpassung der Umgebungsbedingungen mit höheren Raumtemperaturen und höherer Luftfeuchtigkeit erfolgen. Im Neugeborensaal kann eine Raumtemperatur von 30°C und eine Luftfeuchtigkeit bis zu 75% gewählt werden.

Bei allen Kindern werden als Basismonitoring das Herz-Kreislaufsystem mittels EKG, Blutdruck und Herztönen, der Gasaustausch über die Sauerstoffsättigung, Kapnographie und Blutgasanalysen überwacht, sowie die Temperatur und die Ausscheidung kontinuierlich gemessen.

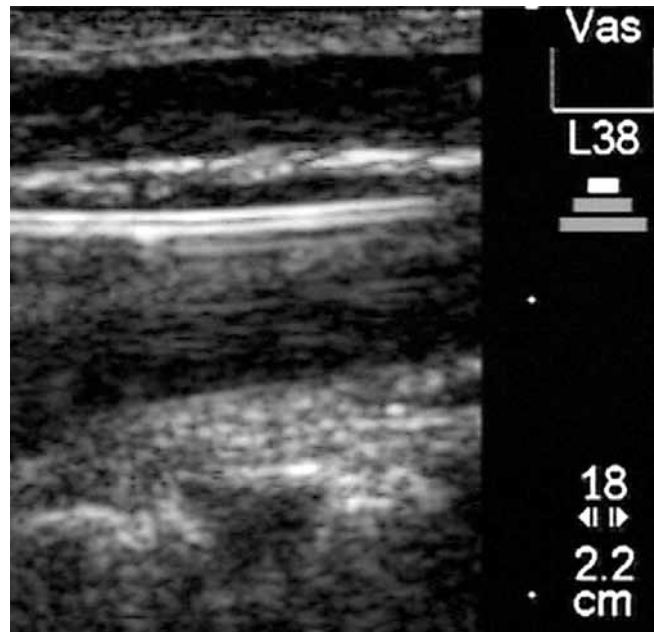
Als erweitertes Monitoring werden zentralvenöse Zugänge unter sonographischer Kontrolle punktiert und zur invasiven Druckmessung arterielle Katheter gelegt.





V. jugularis mit
Nadelspitze im
Längsschnitt

Überwachung der
Kleinen



Bei größeren operativen Eingriffen kommen fremdblutsparende Maßnahmen, wie der Cellsaver oder die normovolämische Hämodilution, zum Einsatz.

In den letzten Jahren werden Anästhesisten zunehmend auch außerhalb des Operationstraktes bei der medizinischen Versorgung der Kinder hinzugezogen.

Beispiele sind Analgosedierungen bei Verbandswechseln und Wundversorgungen oder auch Narkosen bei diagnostischen Verfahren und schmerzhaften Therapien.

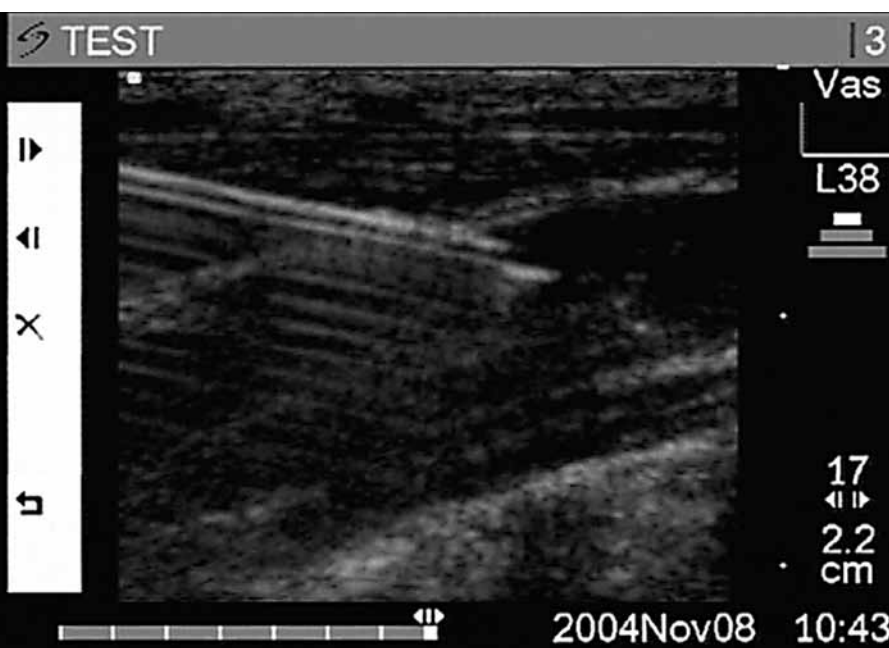
Die immer größer werdende Anzahl von Anästhesien bei MRT, CT und Herzkatheter-Untersuchungen, aber auch zu Bronchoskopien, Gastro- und Koloskopien oder Knochenmarks- und Lumbalpunktionen sowie Botulinuminjektionen bei cerebraler Pare-



Vögel und Mobile an der Decke des Einleitungsraums
aus der Sicht des einschlafenden Kindes

Ultraschall gestützte ZVK- Anlage bei einem Säugling mit 5 kg Körpergewicht

V. jugularis mit Seldingerdraht



tischen Kindern mit Spastik ist Ausdruck des zunehmenden Bedarfs an Anästhesieleistungen. Diese Eingriffe können für die Kinder und deren Eltern, aber auch für die behandelnden Ärzte stressfrei in Sedierung oder in Narkose durchgeführt werden.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die Aufgaben des Anästhesieteams im Dr. von Haunerschen Kinderspital beinhaltet auch die Durchführung von Intubationen und die ZVK-Anlage und die Mitbehandlung bei respiratorischen und kardiozirkulatorischen Problemen auf den Intensivstationen, die Hilfe bei schwierigen Gefäßzugängen auf der Normalstation oder der konsiliarische Rat bei schwierigen schmerztherapeutischen Problemen, sowie die Besetzung des Kindernotarztes in München.

Fazit

Das übergeordnete Ziel ist es moderne Anästhesie kindgerecht anzubieten und einen wichtigen Beitrag zum unbelasteten Krankenhausaufenthalt unserer kleinen Patienten zu leisten.

S. Pallivathukal

Hans-Georg Dietz

Dokumente der Enuresis in Geschichte, Kunst und Literatur

Der ägyptische Papyrus von Eber von 1552 vor Christus ist das Älteste erhaltene medizinische Dokument. Der Problematik der Enuresis wird hier bereits in einem Therapieansatz gewidmet (Abb. 1), dass Wacholderbeeren in warmem Bier aufzulösen seien und dann dem Patienten zu trinken zu geben sei. Plinius der Ältere kümmert sich ebenfalls um die Probleme von Harninkontinenz und empfiehlt lebendig gekochte Mäuse zur Verhinderung derselben. Paul von Ägina empfiehlt im 7. Jahrhundert gegen Harninkontinenz Getränke wie heißen Wein mit Öl oder der Kopf eines Hahns in lauwarmem Wasser, die Blüten der weißen Chrysantheme in Wasser oder Hasenhoden in Süßwein.

Das wohl erste Buch der Pädiatrie von Paulus Bagellardus 1472 widmet ein ganzes Kapitel der Harninkontinenz und der Enuresis (Abb. 2).

Auch Thomas Phaer schreibt 1554 in seinem Therapiebuch von pulverisierten Hühnertracheen, getrockneten pulverisierten Igel und gemahlene Geißklauen, die als Getränk positives bewirken sollen. Im 18. und 19. Jahrhundert dann waren medizinische Grundlagenforscher am Werk und versuchten durch Stimulation die Harninkontinenz zu heilen. Eine interessante Beobachtung stammt von Simmons und Baruch, die Ende des 19. Jahrhunderts in der Zirkumzision die kausale Therapie sahen, da in einer jüdischen Asylpopulation die Enuresis um den Faktor 10 vermindert zu beobachten war.

Im 19. Jahrhundert wurden auch eine Reihe von operativen Maßnahmen empfohlen, die zum Teil sehr radikale Problemlösungen beinhalteten (Abb. 3). Sehr interessant sind dann die Berichte von Naturvölkern, wo zum einen die Alarmtherapie in West-Nigeria empfohlen wird (Abb. 4) oder wie bei den Navajo-Indianern, wo letztendlich eine mystische Kulthandlung Erfolg bringen sollte.

Zu Zeiten Königin Victorias in England wurde Erfolg per Bestrafung versucht (Abb. 5) und ähnliches Vorgehen im Kaiserreich in Deutschland. Eine interessante Therapieform wurde auch von Erich Maria Remarque im Film "Im Westen nichts Neues" empfohlen, wo bei jungen Erwachsenen durch gegenseitige "Belästigung" (Wechsel des Stockbettes) eine Konditionierung erreicht werden sollte.

Hoch interessant ist auch dann die Verarbeitung der Problematik der Enuresis durch weltberühmte Literaten. James Joyce berichtet über die Bestrafung durch die Mutter (Abb. 6), George Orwell erinnert sich an die Schläge, und Thomas Bernhard an die Demütigungen im Kinderheim (Abb. 7). John Osborne hat sogar einen Limerick seiner Problematik gewidmet (Abb. 8). Aber auch berühmte Schauspieler, wie der Weltstar Barbara Streisand, litten unter dieser Problematik (Abb. 9).

Der Ur-Vater der Psychoanalyse sah in der Enuresis eine Neurose oder den Ausdruck einer Persönlichkeitsstörung, eine Einschätzung, die heute nicht unbedingt von jedem geteilt wird. Wenn auch viele Therapieversuche (Alarmtherapie, medikamentöse Therapie) nicht reichen, so hilft heutzutage auch noch ein Stoßgebet, um hier Abhilfe zu schaffen (Abb. 10).

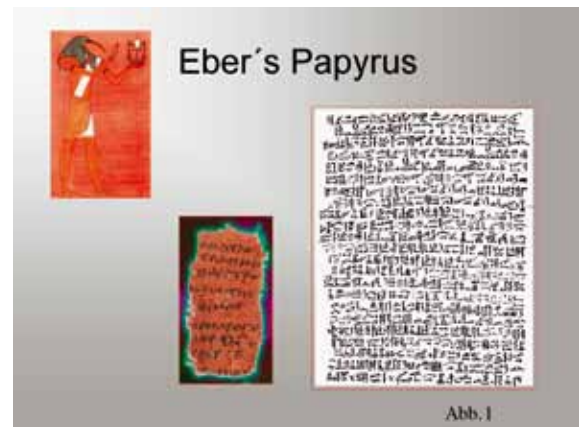


Abb. 1



Kapitel 20

– Harninkontinenz und Enuresis

Abb. 2

West-Nigeria

- Bei kleinen Jungen wird eine Kröte an den Penis gebunden.
- Beim Einnässen quakt die Kröte und der Knabe erwacht.



Abb.4

Thomas Bernhard 1931-1989

- Mit 11 Jahren im Erziehungshaus
BESTRAFUNG UND ZURSCHAUSTELLUNG



Abb.7

Victorianische Zeit

- „Erfolg“ durch Bestrafung:
 - Stahlnägel wurden in das Bett des Kindes gelegt, um die Masturbation zu verhindern.
 - kalte und heiße Bäder
 - Enema....



Abb.5

John Osborne 1929-1994

*There was a young lad called Ted
Who perpetually wet his bed
So hard did he try
To be nightly dry
That he tied his willie with thread*



Abb.8

James Joyce 1882-1942

- Portrait of the Artist as a young man
 - ...when you first wet the bed it is warm and then it gets cold...
 - Er bekam dann von seiner Mutter das Ölzeug angezogen!



Abb.6

„The Singer and the Actress“ Barbara Streisand

.....I remember going to this camp with my brown rubber sheet, I was a bed wetter until I was seven. I was so embarrassed at that camp.



Abb.9

operative Maßnahmen im 19. Jahrhundert

- **Jacobi**
 - Strychnininjektionen ins Perineum
- **Ruddock**
 - Verätzung des Meatus
- **Thompson**
 - Cauterisierung der Prostata
- **Corrigan**
 - Verplomben der Urethra
- **Slade**
 - Ballontamponade in der Vagina
- **Rex**
 - Epidurale Injektionen von Salzlösungen



Abb.3

Hl. Vitus (St.Veit) (einer der 14 Nothelfer)



*„ Heiliger Sant Vit,
Weck mich zuor Zit
Weck mich nit z'früh
Und nit z'spot
daß es ins Bett nit got.“*

Abb.10

Robert-Koch-Institut warnt - Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA) nicht nur im Krankenhaus

Methicillin-resistente Staph. aureus (MRSA) haben sich weltweit und auch in Deutschland (Abb. 1) zu einem der wichtigsten nosokomialen Erreger entwickelt. Invasive Infektionen mit MRSA sind mit erhöhter Morbidität und Mortalität verbunden und führen zu beträchtlichen Mehrkosten. Das Robert-Koch-Institut weist im Epidemiologischen Bulletin Nr.5 (Januar 2004) jedoch ausdrücklich darauf hin, dass cMRSA (community acquired MRSA) vermehrt außerhalb von Krankenhäusern auftreten.

...und fordert: MRSA rechtzeitig erkennen und handeln

S. aureus ist ein bemerkenswert vielseitiger Mikroorganismus, nicht nur was das breite Spektrum von Infektionen – vom Furunkel bis zur Sepsis – angeht, sondern auch hinsichtlich seiner enormen Anpassungsfähigkeit an Antibiotika, was die schnelle globale Ausbreitung von MRSA erleichtert hat. Die Ausbreitung hat das Spektrum geeigneter Wirtsorganismen von vormals schwerkranken Hospitalpatienten auf jüngere Altersgruppen und Patienten außerhalb des Krankenhauses ausgeweitet.

Das neue Oxazolidinon-Antibiotikum Linezolid (Zyvoxid®) hat sich in zwei klinischen Studien bei Patienten mit nosokomialer Pneumonie durch gram-positive Bakterien als mindestens gleichwertig zu Vancomycin erwiesen, jedoch einen Trend zu höheren Überlebensraten gezeigt. In einer gepoolten Analyse von 160 Patienten mit dokumentiert MRSA-bedingter Pneumonie ergab sich für die Behandlung mit 2x 600 mg/Tag Linezolid 12-28 Tage nach Therapieende eine signifikant höhere Heilungsrate (59 vs. 35%) und eine signifikant höhere Überlebensrate (80 vs. 64%) als für Vancomycin (2x 1 g/Tag). Eine Multivariatanalyse (Wunderink, Chest 2003) erwies die Vancomycin-Behandlung als einen unabhängigen Risikofaktor ($p < 0,01$) für Therapieversagen. Die Überlebenschance war unter Linezolid doppelt so hoch wie unter Vancomycin.

Methicillin-Resistenz bei Staph. aureus in Deutschland (PEG)

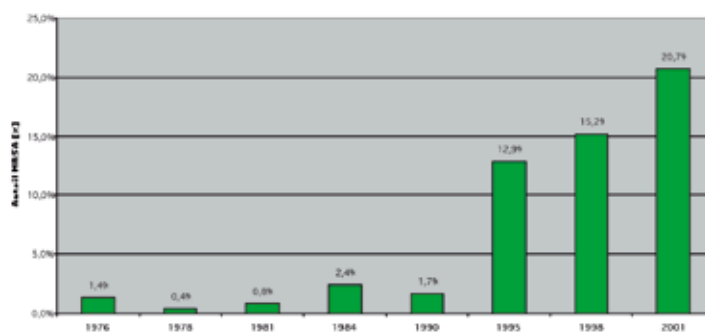


Abb. 1



Galenus-von-Pergamon-Medaille

Gegen schwere Infektionen gibt es ein "ausgezeichnetes" Antibiotikum

Arzneimittel-Oscar (Galenus-von-Pergamon-Preis) 2003 für Zyvoxid® von Pfizer

Für die Behandlung von bakteriellen Infektionen stehen seit der segensreichen Entdeckung des Penicillins mittlerweile eine Vielzahl von Antibiotika zu Verfügung. Im Bedarfsfall eingesetzt sind diese Substanzen gegen die hierzulande bekannten bakteriellen Erkrankungen gut wirksam. Aber nicht gegen jeden Erreger ist ein Kraut gewachsen und auch die so oft diskutierte Resistenz der Bakterien auf ihre Angreifer spielt eine Rolle. So hat im klinischen Infektionsgeschehen in den letzten Jahren der Methicillin-resistente Staphylococcus aureus erheblich an Bedeutung gewonnen. Er tritt vermehrt bei schwerkranken Patienten, die intensivmedizinisch behandelt werden auf und lässt sich auch von dem hochwirksamen Antibiotikum Vancomycin mittlerweile nicht immer "beeindrucken". Das Robert-Koch-Institut in Berlin weist in seinem regelmäßig erscheinenden Epidemiologischen Bulletin immer wieder auf diese wachsende MRSA-Problematik hin und empfiehlt neben der adäquaten Therapie zur Vermeidung bzw. weiteren Verbreitung der Infektion strikte Hygienemaßnahmen.

Eine große Bereicherung für die Behandlung derartig schwerer Infektionen hervorgerufen durch MRSA stellt das neue Antibiotikum ZYVOXID® (Linezolid) dar. Zyvoxid® wurde von der Firma Pfizer entwickelt und im Jahr 2001 in Deutschland eingeführt. Seither hat es sich bei MRSA-Infektionen gut bewährt und wird von wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Experten als hochwirksam und verträglich (auch für Kinder) empfohlen.

Maximilian Stehr, Hans-Georg Dietz

2. Münchner Kinderurologie Workshop in der Kinderchirurgischen Klinik vom 22.09.04 – 24.09.04



Vom 22.09. – 24.09.04 fand unter der wissenschaftlichen Leitung von Herrn Prof. Dr. H.G. Dietz und Herrn OA Dr. M. Stehr der 2. Münchner Kinderurologie Workshop statt. Hauptthemen waren dieses Jahr die Behandlung des vesikorenenal Refluxes und die Korrektur der Hypospadie. Wie im vergangenen Jahr konnten die Teilnehmer direkt im Operationssaal die einzelnen operativen Schritte verfolgen. "State of the art lectures" der geladenen Referenten mit den anschließenden sehr lebhaften und kompetenten Diskussionen aller Anwesenden machten diesen Workshop wieder zu einer sehr wertvollen Veranstaltung.

Referenten und Operateure bei diesem Workshop waren:
Prof. Dr. H.G. Dietz und Dr. M. Stehr,
Univ.-Doz. Dr. M. Riccabona (Linz)
Dr. Tobias Schuster (Augsburg),
PD Dr. R. Gobet (Zürich),
Dr. Maria Bürst (Deggenorf)

Am Freitag abend endete der "2. Münchener Kinderurologische Workshop" traditionsgemäß auf der Wies'n bei Brotzeit und Bier.

Ein "3. Münchener Kinderurologie Workshop" ist für September 2005 in Planung.



Vorträge von den geladenen Referenten mit anschließender Diskussion im Seminarraum des Dr. v. Haunerschen Kinderspitals bilden den theoretischen Teil des Kinderurologischen Symposions



Im praktischen Teil des Symposions wird im Operationssaal an 2 Tischen gleichzeitig operiert. Die Teilnehmer können die Operationen aus nächster Nähe beobachten und Fragen direkt mit den Operateuren diskutieren.

Bei dem Symposium wurden neue Entwicklungen vorgestellt: So z.B. die neusten Trends in der Hypospadiekorrekture mit postoperativer Harnableitung direkt in die Windel. Die Kinder sind so ab dem ersten Tag nach Operation mobil ohne strenge Bettruhe und können nach 2-3 Tagen nach Hause entlassen werden.



Dr. Maximilian Stehr

Spezialprechstunden im Dr. von Haunerschen Kinderspital

Kinderchirurgische Klinik: Terminvereinbarungen nach telefonischer Anmeldung

Allgemeine Privatsprechstunde	Prof. Dr. med. D. v. Schweinitz 089-5160-3101
Pädiatrisch-Plastische Sprechstunde	Prof. Dr. med. R. Grantzow OA Dr. med. P. Knorr 089-5160-3145
Kinderurologische Sprechstunde	Prof. Dr. med. H.G. Dietz OA Dr. med. M. Stehr 089-5160-3145
Frakturprechstunde	Prof. Dr. med. H.G. Dietz, OA Dr. med. P. Knorr 089-5160-3145
Hydrozephalus/Spina bifida <i>prä-mature Nahtsynostosen</i>	Dr. med. H. Lochbihler Dr. M. Lehner 089-5160-3145
Minimal invasive Kinderchirurgie <i>Viszeralchirurgie</i>	PD Dr. med. H. Till 089-5160-3145
Trichterbrust	PD Dr. med. H. Till Dr. Böhm 089-5160-3145
Funktionsdiagnostik von Blase und Enddarm	OA Dr. med. M. Stehr PD Dr. med. H. Till 089-5160-3113

Kinderklinik u. Kinderpoliklinik:

Allgemeine Privatsprechstunde <i>einschließlich Allergologie und Pneumologie</i>	Prof. Dr. med. D. Reinhardt 089-5160-7700
Asthma u. Allergie / Christiane Herzog Ambulanz	PD Dr. med. Erika von Mutius 089-5160-2709/7877 <i>Ambulante und stationäre Betreuung,</i>
Prof. Dr. med. Matthias Griese <i>Allergietestung, Lungenfunktion, Schulung</i>	089-5160-7870 / 77 / 78
Bronchopulmonale Dysplasie <i>Ambulanz, Nachsorge Früh- und Neugeborener</i>	Dr. med. Joseph Rosenecker 089-5160-3163
Bronchoskopie und Kanülensprechstunde <i>Ambulante und stationäre Betreuung, Diagnostik, Therapieplanung</i>	Prof. Dr. med. Thomas Nicolai Dr. K. Reiter 089-5160-5397
Pneumologie / Christiane Herzog Ambulanz <i>Ambulante und stationäre Betreuung, Zilienfunktionsdiagnostik, Spiroergometrie, Impedanzmessung, Refluxdiagnostik, Surfactant</i>	Prof. Dr. med. Matthias Griese 089-5160-7870 / 7871
Mukoviszidose / Christiane Herzog Ambulanz <i>Stationäre intensivmedizinische Betreuung, Diagnostik, psychosoziale Betreuung</i>	Prof. Dr. med. Matthias Griese 089-5160-7870 / 7878 PD Dr. med. Thomas Lang Dr. M. Kappler
Diabeteszentrum (DDG) <i>Ambulante und stationäre Betreuung, Ersteinstellung, Psychosoziale Betreuung, Schulung</i>	Prof. Dr. med. Hans-Peter Schwarz 089-5160-3820
Endokrinologie <i>Ambulante und stationäre Betreuung, Labordiagnostik</i>	Prof. Dr. med. Hans-Peter Schwarz 089-5160-2991
Familiäre Erkrankungen und Genetik <i>Ambulanz</i>	Prof. Dr. med. J.U. Walther 089-5160-3178
Gastroenterologie <i>Ambulante und stationäre Betreuung, Gastroskopie, Biopsien, pH-Metrie, Labordiagnostik</i>	PD Dr. med. Sibylle Koletzko 089-5160-7855 / 7537 PD Dr. med. Thomas Lang 089-5160-7860 / 7871
Hepatology <i>Ambulante und stationäre Betreuung, Vor- und Nachbetreuung Lebertransplanterter, Biopsien, Labordiagnostik</i>	PD Dr. med. Thomas Lang 089-5160-7860 / 7871 PD Dr. med. Sibylle Koletzko 089-5160-7855 / 7537

Hämostaseologie (Gerinnung) <i>Ambulante und stationäre Betreuung, Diagnostik</i>	Dr. med. Karin Kurnik 089-5160-2853
Homöopathie <i>Ambulante und stationäre Betreuung</i>	Dr. med. Sigi Kruse 089-5160-7724
Immundefektambulanz, Infektionsimmunologie und antimikrobielle Therapie <i>Ambulante und stationäre Betreuung, Tagesklinik, Nachsorge, Labordiagnostik, psychosoziale Betreuung, Labor- und Mikrobiologische Diagnostik</i>	Prof. Dr. med. Bernd H. Belohradsky 089-5160-3931
Intensivmedizin <i>Stationäre intensivmedizinische Betreuung, Verbrennungszentrum, Giftmtruf</i>	Prof. Dr. med. Thomas Nicolai 089-5160-2841
Kardiologie <i>Ambulante und stationäre Betreuung, Herzecho, EKG, Herzkatheter</i> <i>Abt. für Kinderkardiologie-Grosshadern</i>	Prof. Dr. med. Christoph Döhlemann 089-5160-2837 Prof. Dr. med. Heinrich Netz 089-7095-3940 / 3941
Klinische Chemie <i>Laborchemische Diagnostik, in Zusammenarbeit mit dem Zentrallabor</i>	Prof. Dr. med. Adelbert Roscher 089-5160-3123
Monitorsprechstunde <i>Ambulante Betreuung, Nachsorge Früh- und Neugeborener</i>	Dr. med. Angelika Enders Dr. M. Bauer 089-5160-3163
Neonatologie <i>Stationäre intensivmedizinische Betreuung, Nachsorge Früh- und Neugeborener</i> <i>Kinderklinik</i> <i>I. Universitätsfrauenklinik Maistraße</i>	Dr. med. Georg Münch 089-5160-2865 PD Dr. med. O. Genzel-Boroviczeny 089-5160-4588
Nephrologie <i>Ambulante und stationäre Betreuung, Biopsien, Diagnostik</i>	Prof. Dr. med. Rudolph Eife 089-5160-2854
Zentrum Pädiatrische Neurologie und Entwicklungsneurologie <i>Ambulante und stationäre Betreuung, EEG, klinische Neuropsychologie, Nachsorge, interdisziplinäre und psychosoziale Betreuung, Krankengymnastik, Logopädie, Ergotherapie, Musiktherapie, psychosoziale Betreuung</i>	Prof. Dr. med. F. Heinen 089-5160-7851 / 50 Dr. med. Angelika Enders 089-5160-2881 Dr. med. St. Berweck Dr. M. Stehr 089-5160-2882
Onkologie und Hämatologie <i>Ambulante u. stationäre Betreuung, Tagesklinik, Nachsorge, Diagnostik, Psychosoziale Betreuung</i>	Prof. Dr. med. A. Borkhardt Dr. med. Irene Schmid Dr. med. Ulrike Graubner 089-5160-3689, -2759
Knochenmarktransplantation <i>Ambulante und stationäre Betreuung,</i>	Dr. med. Monika Führer 089-5160-3704
Psychosomatik <i>Ambulante und stationäre Betreuung</i>	Dr. med. Karl-Heinz Brisch 089-5160-3179
Radiologie <i>Röntgen, Angiographie, Ultraschall, Computertomographie</i>	Prof. Dr. med. Karl Schneider 089-5160-7823
Rheumatologie <i>Ambulante und stationäre Betreuung</i>	Prof. Dr. med. Bernd H. Belohradsky 089-5160-3931
Stoffwechszentrum <i>Ambulante und stationäre Betreuung, Schulung</i>	Stoffwechsel und Molekularbiologie Prof. Dr. med. Adelbert Roscher 089-5160-3123 Stoffwechsel und Ernährung Prof. Dr. med. Berthold Koletzko 089-5160-3967 Dr. med. Anja Muntau 089-5160-2746 Dr. med. W. Röschinger 089-5160-7714

Die Stationen des Dr. v. Haunerschen Kinderspitals der Universität München

Pädiatrische Klinik

I. Allgemeinstationen

Station Intern 1, Tel. 5160-2845

Allgemeine Pädiatrie

Schwerpunkt: *Infektiologie, Immunologie* 12 Betten

Oberärzte: Prof. B. H. Belohradsky, Prof. H. P. Schwarz

Stationsschwestern: 1. Sr.: Margret Kienzle, 2. Sr.: Judith Hülsen

Station Intern 2, Tel. 5160-2832

Allgemeine Pädiatrie

Schwerpunkt: *Neuropädiatrie, Nephrologie* 12 Betten

Oberärzte: Prof. R. Eife, Prof. F. Heinen, Prof. B. Koletzko

Stationsschwestern: 1. Sr.: Annett Hupfer, 2. Sr.: Heidi Kundler

Station Intern 3, Tel. 5160-2843

Schwerpunkt: *Onkologie/Hämatologie* 18 Betten

Oberärzte: Prof. A. Borkhardt, Fr. Dr. I. Schmid

Stationsschwestern: 1. Sr.: Viola Gerlich, 2. Sr.: Maria Worm

Station Intern 4, Tel. 5160-7770

Schwerpunkt: *Stoffwechsel / Psychosomatik*

16 Betten davon 4 psychosomat. Betten

Oberärzte: Prof. D. Reinhardt, OÄ Fr. Dr. A. Muntau-Heger

Stationsschwestern: 1. Sr.: Sonja Hahner, 2. Sr.: Britta Langer

Station Intern 5, Tel. 5160-2836

Schwerpunkt: *CF, respiratorische und gastrointestinale Erkrankungen* 12 Betten

Oberärzte: Prof. Dr. M. Griese, PD Dr. Th. Lang

Station Intern Sgl., Tel. 5160-2884

Schwerpunkt: *Allgemeine Pädiatrie* 21 Betten

Oberärzte: Prof. Dr. Ch. Döhlemann, OÄ Dr. K. Kurnik, Dr. J. Rosenecker

Stationsschwestern: 1. Sr.: Franziska Wimmer, 2. Sr.: Andrea Thieme

Station Allg. Päd. Kardiologie, GH, G 9 A, Tel. 7095-2493

Schwerpunkt: *Kinderkardiologie, Kardiochirurgie* 20 Betten

Leiter: Prof. Dr. H. Netz

Oberärzte: Dr. R. Kozlik-Feldmann, Dr. U. Römer

Stationsschwestern: 1. Sr.: Sabine Karni, 2. Sr.: Steffi Gstätzl

Station Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie, Tel. 5160-3656

Schwerpunkt: *Psychosomatik/Psychotherapie* 4 Betten

Oberarzt: Dr. med. Karl Heinz Brisch

Stationsschwestern: 1. Sr.: Ute Brunner, 2. Sr.: Beate Dillen

II. Intensivstationen:

Neonatologie, NIPS, Tel. 5160-3130

Oberarzt: Dr. G. Münch 12 Betten

Stationsschwestern: 1. Sr.: Claudia Wiesinger, 2. Sr.: Annette Faulhaber

Neonatologie, Maistr., Tel. 5160-4589

Oberärztin: Fr. PD Dr. O. Genzel-B. 12 Betten

Stationsschwestern: 1. Sr.: Helga Busl 2. Sr.: Johanna Winter

Neonatologie, GH, Tel. 7095-2802

Leiter: Prof. Dr. A. Schulze

Oberarzt: Dr. A. Flemmer 12 Betten

Stationsschwestern: 1. Sr.: Miriam Müller, 2. Sr.: Ute Böhme und Madeleine Kujawa

Intern Intensiv, PIPS, Tel. 5160-2841 und 2874

Leiter: Prof. Dr. T. Nicolai

Oberarzt: OA Dr. K. Reiter 10 Betten

Stationsschwestern: 1. Sr.: Susanne Wey, 2. Sr.: Petra Würth, Tanja Siegert

LAF, Tel. 5160-2852

Knochenmarktransplantation

Oberärztin: Fr. Dr. M. Führer 4 Betten

Stationsschwestern: 1. Sr.: Elsbeth Lorenz, 2. Sr.: Maria Fischer

Päd. Kardiologie, Intensivstation GH, G 9 B, Tel. 7095-2490

Oberärzte: Prof. Dr. H. Netz, Dr. R. Kozlik-Feldmann, Dr. U. Römer 6 Betten

Stationsschwestern: 1. Sr.: Andrea Rentz, 2. Sr.: Michaela Siebenmorgen

Kinderchirurgische Klinik

Kinderchirurgische Stationen:

Station Chirurgie 1 (privat), Tel.: 5160-3129

12 Betten

Oberarzt: Prof. v. Schweinitz, OA Dr. Stehr

Stationsschwestern: Sr. Johanna Nowack, Sr. Elke Schönhofer

Station Chirurgie 2, Telefon: 5160-3112

22 Betten

Oberarzt: Dr. Knorr

Stationsschwester: Sr. Anni Lohmeyer, Sr. Andrea Riedmann

Station Chirurgie 3, Telefon: 5160-3106

20 Betten

Oberarzt: PD Dr. Till

Stationsschwestern: Sr. Maria Irbitzeder, Sr. Corina Tuch

Chirurgische Intensivstation CHIPS, Telefon: 5160-3174

10 Betten

Oberärzte: Fr. OÄ Dr. Lochbühler, OA Dr. Heger

Stationsschwestern: Sr. Jutta v. Haxthausen, Sr. Beate Kleine

Tageschirurgie, Telefon: 5160-2913

6 Betten

Oberarzt: Dr. Knorr

Stationsschwester: Sr. Klara Senkel

Satzungsgemäß hat der Vorstand in seiner Sitzung vom 24.07.2004 in Kassel beschlossen, Herrn Professor Hecker zum Ehrenpräsidenten zu ernennen.



Ernennung von Prof. Dr. W. Ch. Hecker zum Ehrenpräsidenten

Laudatio des Präsidenten

Lieber Waldemar,

wenn man Deine charakteristischste Eigenschaft nennen will, dann bist Du immer ein Kämpfer gewesen. Und eines der großen Ziele, für die Du in Deinem Leben gekämpft hast, vielleicht mit das wichtigste, war, den Kinderchirurgen, uns Kinderchirurgen zur Facharztreihe zu führen und unsere Gesellschaft zu stärken, wo immer es ging und notwendig war.

Das ist ein Lebenswerk gewesen und Du hast auch ein ganzes Berufsleben dafür gebraucht. Trotz vieler Unkenrufe wusstest Du immer, dass man das nicht mit dem Kopf durch die Wand erreichen kann. Du hast bei aller Vehemenz strategischer und klüger gedacht als viele Andere. Du bist deshalb auch – wie man das damals nannte – den Weg oder den Marsch durch die Institutionen gegangen; die Institutionen, die auch über unsere Stellung zu befinden haben. Du musstest Präsident unserer Gesellschaft werden – Bad Pyrmont –, um legitim für sie sprechen zu können. Und diese Legitimierung hast Du Dir nie mehr nehmen lassen.

Und Du hast gleichzeitig den Weg durch die gewählten Vertretungen der Berufspolitik gemacht: Delegierter des Bayerischen Ärztetages, Mitglied des Kammervorstandes, über viele Jahre Delegierter des Deutschen Ärztetages. Du wusstest, wo die berufspolitische Musik spielt. Du hast wie ein Löwe für die Kinderchirurgen gekämpft, aber Gott sei Dank auch schlau oder – wie es in der Bibel heißt – klug wie die Schlange. Über die entsprechenden Auftritte bei Ärztetagen gibt es viele Erzählungen, viele schmunzelnde, aber mehr bewundernde.

Heute hat die Gesellschaft die Gelegenheit, nach ihren Möglichkeiten dieses lebenslange Engagement zu würdigen und plakativ zu dokumentieren. Lieber Waldemar, wir wollen Dich ehren, aber Du ehrst damit auch uns, wenn Du Dich ohne Wenn und Aber zu dieser Deiner Gesellschaft weiterhin bekennt. Für einen Ehrenpräsidenten gibt es keinen Vorbehalt. Du hast die Gesellschaft jahrzehntelang mitgeformt, jetzt musst Du ihre Galionsfigur sein.

Und auch für mich ganz persönlich als Dein Schüler ist es eine große Ehre, dass ich Dir diese Urkunde überreichen kann.

Herzlichen Glückwunsch, lieber Waldemar.

F.-J. Helmig, Präsident
Mitgliederversammlung Berlin, 11.09.2004
München, den 12.10.2004 / JA

Dankesrede zur Verleihung der Ehrenpräsidentschaft

Herr Präsident,
meine Damen und Herren des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

ehe ich mein Danksprüchlein aufsage, will ich Ihnen doch meine Verwunderung mitteilen, dass der sehr ehrenwerte Vorstand unserer Gesellschaft mich mit der höchsten Auszeichnung, die wir vergeben können, geehrt hat. Mein Erstaunen deswegen, weil ich ja seinerzeit das *efant terrible* unserer Gesellschaft war und zwar gleich zweimal. Das kam so: Nachdem ich auf den damals einzigen Lehrstuhl für Kinderchirurgie in der Bundesrepublik Deutschland in München berufen wurde, hielt ich mich für *potent*, mich für die anstehende Wahl unseres Präsidenten nach Oberniedermayr, Rehbein und von Ekesparre zu bewerben und tat es auch. Helles Entsetzen bei den Altherwürdigen unserer Gesellschaft, mein Vorgänger, Professor Oberniedermayr sagte zu mir: "Oh Hecker, Hecker, um so ein Amt bewirbt man sich nicht, man wird berufen." Meine tiefe Zerknirschung und ehrliches Entsetzen bemerkte die damalige Leiterin der plastisch-chirurgischen Abteilung in der Kinderchirurgie des Dr. von Haunerschen Kinderspitals, Frau Dr. Ilse Coerdt und sagte zu mir: "Lassen Sie man Herr Hecker, das bekommen wir schon hin". Und sie bekam es hin. Die Mitgliederversammlung damals fand in Bad Pyrmont statt und Frau Coerdt organisierte, dass alle gestandenen Mitglieder der Münchner Kinderchirurgie nach Bad Pyrmont fuhren. Für einige Stunden übernahm ein Pädiateer, der bei uns gearbeitet hatte, den kinderchirurgischen Dienst. Ich war gut gerüstet, ich hatte ja ein Programm, nämlich, dass die Deutsche Kinderchirurgie eigenes Fachgebiet werden sollte, was ich auch kund tat. Die Wahl, auf dem Wahlzettel stand meine Bewerbung und der Wahlvorschlag des Präsidiums, Professor Flach, Tübingen, ging mit 16 zu 15 Stimmen für mich positiv aus.

Der zweite Grund, warum ich als *efant terrible* unserer Gesellschaft bezeichnet wurde war die Tatsache, dass ich schon in Heidelberg das ambulante, oder besser ausgedrückt, kurzstationäre Operieren eingeführt hatte, dass in München nachher 32% aller aseptischen Eingriffe im OP umfasste. Leistenhernien und Hodenhochstände wurden früher etwa 1 Woche stationär behandelt und bei der kurzstationären Betreuung ging den sehr verehrten Herren Chefärzten das Honorar für ihre Visiten bei stationärer Behandlung verloren.

Dass Kameradschaft, Freundschaft und Kollegenschaft, von Mitgliedern einer Gesellschaft untereinander auch etwas mit dem Geldbeutel zu tun haben, habe ich damals kennenlernen müssen.

Meine Erfolge während 20-jähriger Mitgliedschaft im Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer, im Bayerischen Ärztetag und vor allen Dingen im Deutschen Ärztetag mit der Propagandamöglichkeit: "Wir brauchen ein eigenständiges Gebiet Kinderchirurgie!" mit dem Gipfel, dass dieses beim Deutschen Ärztetag 1992 in Köln auch erreicht wurde, machten mich dann aber doch wohl wieder zur *persona grata*.

Das Schicksal hat es gut mit mir gemeint, ich durfte so manche Auszeichnung erleben wie vor dem Kriege im Sport in der Leichtathletik. Meine Mannschaft war zweimal deutscher Jugendmeister. Im Kriege durch Orden und vor allem durch die Tatsache, dass seinerzeit von 29 Besatzungen, die 1943 als Aufklärungsstaffel in den Süden der Ostfront verlegt wurden, meine Besatzung die einzige war, die vollständig, wenn auch zum Teil schwer verwundet, den Krieg überlebte, woran ich als Flugzeugführer nicht ganz unbeteiligt war.

Und nun die höchste Auszeichnung, die alles, was ich bisher erreicht hatte übersteigt, Ehrenpräsident unserer Gesellschaft zu werden, Positionen, die solche Männer wie Oberniedermayr, Rehbein und Meissner ausfüllten, fortsetzen zu dürfen. "Wem das Herz voll ist, dem geht der Mund über" könnte ich sagen und mir ist auch danach, aber lassen wir es bei dem schönen deutschen Wort "danke und dem Versprechen, ich werde weiter treu dienen!"

Waldemar Hecker, September 2004
München, den 12.10.2004 / JA

(Er)bauliches

R. Grantzow

Dem Schreiber fällt es nicht schwer über eine neue Baustelle im Haunerschen zu berichten, da er momentan quasi ohrnah mit Presslufthämmern über sich in seinem Zimmer sitzt, diesen Artikel schreibt und in stetiger Sorge ist, ob und wann der erste Deckenbrocken zu Boden geht. Es geht um das Hope Center, der neuen Knochenmarkstransplantationseinheit, die durch Spendengelder der Elterninitiative Intern 3 möglich wurde. Errichtet wird das Projekt im vierten Stock des Gebäudes Lindwurmstr. 2a (ehem. 2. Frauenklinik), also auf gleicher Höhe, auf der schon die onkologische Tagesklinik gebaut wurde.

Nun waren hier vorher nicht gerade leere Räume, so dass wieder einmal ein Aus- Um- Wegzugkonzept nötig war, das manche alteingesessenen Einwohnern ein neues Arbeitsdomizil bescherte. Die lobenswerte Kooperation der Kinderchirurgie und Kieferchirurgie schuf Platz und allem Wehklagen zum Trotz wurde für jeden doch noch ein trockenes Plätzchen gefunden.

Da auch indirekt als Folge des Projektes die Spülküche der Klinik saniert werden musste, ergab sich eine zeitliche Verzögerung, die aber von den Bauleuten, dem Krach nach zu urteilen, versucht wird, wieder einzuholen.

Die *Abbildung 1* zeigt den derzeitigen Stand, alle Trennwände sind herausgebrochen und der Estrich eingerissen. Insgesamt werden rund 120 Tonnen Abrissmaterial über einen Außenaufzug entsorgt, bevor die rekonstruktive Phase beginnen kann. Leider kam es inzwischen auch zu ungewollten und nicht vorhersehba-

ren Kleinkatastrophen in Form einsturzgefährdeter Decken und einem Wasserrohbruch.

Es wird mit Fassung getragen, insbesondere vom Team der darunter liegenden Station Chirurgie 2, das hier besonders leiden muss (mal laut, mal naß, mal staubig, mal ohne Strom) und dessen Geduld einmal hier lobend erwähnt werden muß.

Aber das sind eben Probleme, die auftreten, wenn ein altes Haus bei laufendem Betrieb umgebaut wird. Da auch das Dach saniert wird, ist fast der gesamte Flügel eingerüstet (*Abb. 2*).

Pünktlich mit Herbstbeginn ist die "Kältezentrale" auf dem Dach des Neubaus in Betrieb gegangen. Die Gerüste sind weg und eine Lärmquelle weniger, das Op-Personal ist froh (Op liegt direkt darunter) und der nächste heiße Sommer kann kommen.

Die im gleichen Gebäude liegende Kinderchirurgische Privatstation Chirurgie 1 bekam in den Ferienmonaten mit Hilfe von Spendengeldern ein neues out fit und strahlt jetzt wieder in neuer Frische. (*Abb. 3*)

Weiterhin konnte in der Zwischenzeit die Sanierung des Pfortenbereichs abgeschlossen werden, so dass der erste Kontakt der Patienten bzw. ihrer Eltern mit der Klinik jetzt in einem ansprechenden Ambiente erfolgen kann und die alte Schalteratmosphäre nun mehr der Vergangenheit angehört. Auch hier hat unübersehbar Orange als die Farbe der Kinderklinik im Klinikum Innenstadt einen farblichen Akzent gesetzt. (*Abb. 4*)

Mehr unsichtbar und leise schreiten hingegen die Arbeiten im Erdgeschoß für die Röntgenabteilung voran. Hier ist ja die Fertigstellung im Frühjahr 2005 geplant und wohl auch zu realisieren. Die alte denkmalgeschützte Eingangshalle mit ihren Gewölbedecken ist jedenfalls inzwischen wieder freigelegt. (*Abb. 5*)

Dies war es zur Zeit von der Ewigkeitsbaustelle "Hauner" und im Sommerheft 2005 geht es dann wieder weiter.



Abb.1: eingerüsteter Westflügel des Gebäudes Lindwurmstr. 2a mit der Baustelle im Dachgeschoß für das Hope-Center



Abb.3: Flur der renovierten Station Chirurgie 1 (Privatstation)

Abb.2:
Baustelle im
Dachgeschoß. Alle
Trennwände sind
entfernt.



Abb.4: Die neue Pforte mit Orange als Klinikfarbe

Abb.5: Baustelle im Erdgeschoß Altbau. Wieder freigelegte alte Eingangshalle



Neue Studie zeigt:**Montelukast bei Kindern ebenso effektiv wie inhalative Kortikosteroide**

Für Schulkinder mit einem leichten persistierenden Asthma kann Montelukast eine gut verträgliche und einfach einzunehmende Alternative zu inhalativen Kortikosteroiden sein. In einer aktuellen Studie hat sich der einmal täglich einzunehmende Leukotrienrezeptor-Antagonist als ebenso effektiv wie die mehrmals täglichen Inhalationen von Kortikosteroiden erwiesen. Montelukast führte zu Verbesserungen der Atemwegsobstruktion, der Tagessymptomatik sowie des Bedarfs an Bronchodilatoren. Nächtliches Erwachen und Asthma-Exazerbationen konnten mit Montelukast ebenfalls reduziert werden.

Deutliche Verbesserung

In der Studie wurde die Effektivität von Montelukast im Vergleich zu einer inhalativen Kortikosteroid-Therapie bei Kindern im Alter von 8 bis 14 Jahren untersucht (1). Aufgenommen wurden 63 Kinder, die seit mindestens 1 Jahr an einem leichten persistierenden Asthma litten und eine Einsekundenkapazität (FEV1) über 80% aufwiesen. Nach einer zweiwöchigen Vorlaufphase wurden sie randomisiert für weitere 12 Wochen einer von drei Therapiegruppen zugeteilt: Die erste Gruppe erhielt einmal täglich am Abend eine 5-mg-Kautablette Montelukast (SINGULAIR junior®, MSD), die zweite Gruppe inhalierte zweimal täglich 400 Mikrogramm Budesonid, und die dritte Gruppe wurde sowohl mit Montelukast als auch mit inhalativem Budesonid behandelt.

Der Symptomenscore konnte in allen drei Therapiegruppen bereits im ersten Monat der Therapiephase signifikant gebessert werden, wobei zwischen den Gruppen keine signifikanten Unterschiede festzustellen waren.

Parallel dazu besserte sich auch die Lungenfunktion: Sowohl unter Montelukast als auch unter Budesonid nahm die Einsekundenkapazität im Vergleich zum Ausgangswert in einem vergleichbaren Ausmaß zu. In allen drei Gruppen war während der zwölfwöchigen Therapiephase eine signifikante Verbesserung des Peak-flow zu verzeichnen, wobei auch hier keine signifikanten Unterschiede zwischen den Therapiegruppen auftraten.

Weiterhin nahm in allen Gruppen der Bedarf an kurzwirksamen Betamimetika signifikant ab. In dieser Hinsicht wird Montelukast als Controller auch der Forderung gerecht, den bedarfsweisen Einsatz an Betamimetika möglichst niedrig zu halten.

Antientzündliche Wirksamkeit

Auch die Forderung nach einer antientzündlichen Wirksamkeit der Langzeittherapie wird nach den Daten dieser Studie durch Montelukast erfüllt. Gemessen wurde dazu die Urinausscheidung von Leukotrien E4 (LTE4) als Marker für die Atemwegsentszündung bei einem chronischen Asthma. Während die LTE4-Urinwerte vor Therapiebeginn über den Normbereich erhöht waren, kam es unter der Therapie in allen drei Gruppen zu einer signifikanten Abnahme. Nach Einschätzung der Autoren ist dies ein weiterer Hinweis, dass Montelukast, ebenso wie inhalative Kortikosteroide, eine ausgeprägte Wirksamkeit auf die Entzündungsprozesse bei Asthmatikern besitzt.

Fazit der Autoren: "In dieser Studie wurde gezeigt, dass die Anwendung von Montelukast bei leichtem persistierendem Asthma eine einfache und verträgliche Therapie darstellt, die ebenso effektiv ist wie inhalative Kortikosteroide oder wie die Kombinationstherapie aus inhalativen Kortikosteroiden und Montelukast."

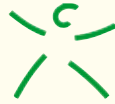
Einfachheit der Anwendung

Bezüglich der oft geforderten Einfachheit der Anwendung bietet der Leukotrienrezeptor-Antagonist Montelukast ebenfalls entscheidende Vorteile: Die Substanz muss nur einmal täglich als Tablette (SINGULAIR®) eingenommen werden, für Kinder stehen die Formulierungen als fruchtig schmeckende Kautablette zur Verfügung: SINGULAIR junior® mit 5 mg Montelukast für Kinder von 6 bis 14 Jahren, SINGULAIR® mini mit 4 mg Montelukast für Kinder von 2 bis 5 Jahren. Zudem erleichtert das neue Granulat (SINGULAIR® mini 4 mg Granulat), welches auf weiche Nahrung aufgestreut werden kann, die Medikamentengabe bei Säuglingen ab 6 Monaten.

SINGULAIR® ist zur Prophylaxe des Belastungsasthmas sowie als Zusatztherapie zu inhalierbaren Kortikoiden des leichten bis mittelgradigen Asthmas zugelassen, welches durch die bedarfsweise Anwendung von kurz wirksamen -Sympathomimetika nicht ausreichend kontrolliert werden kann.

Literatur:

(1) Karaman Ö, Sünneli L et al: Evaluation of montelukast in 8 to 14 year old children with mild persistent asthma and compared with inhaled corticosteroids. *Allergol et Immunopathol* 2004; 32(1): 21-27



Hauner Verein

Verein zur Unterstützung des Dr. von Haunerschen Kinderspitals e. V.
 Sekretariat Schatzmeister
 Dr. Kleeberg & Partner GmbH
 Augustenstrasse 10, 80333 München

München,
 November 2004

Liebe Freunde und Gönner,

auch im Jahre 2004 konnte das Haunersche Kinderspital ambulant und stationär viele kleine Patienten behandeln, so viele, dass man eine Kleinstadt damit füllen könnte - eine große Leistung und Sie waren uns eine tatkräftige Hilfe. Dafür möchten wir Ihnen an dieser Stelle wieder sehr herzlich danken.

Gewiss, die Universität und damit der Freistaat Bayern sind dafür verantwortlich, die Kosten für Untersuchung und Behandlung zu sichern; der finanzielle Rahmen aber ist außerordentlich eng und wird immer enger. Deshalb bleiben auch für die notwendige ärztliche Betreuung der kleinen Patienten viele Wünsche offen, wie nach erfahrenen Ärzten, die auch die nötige Zeit für die Behandlung komplexer Krankheitsbilder aufbringen können. So sammeln wir in diesem Jahr insbesondere für die Finanzierung einer Arztstelle in der Lebertransplantation, die eine kompetente und liebevolle Betreuung dieser chronisch kranken Leberpatienten und schwerstkranken Kinder nach einer Lebertransplantation ermöglicht.

Unsere Aufgabe ist es hier zu handeln. Nicht allein aus Kinderfreundlichkeit, sondern auch aus der Erkenntnis, dass ein liebevoll behandeltes Kind in einem positiven Umfeld schneller gesund wird.

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

Mit Ihrer Zuwendung können wir spontan, wirkungsvoll und schnell helfen. Ihre Spende kommt in voller Höhe und unmittelbar 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
 Apo-Bank München Nr. 26 59 999, BLZ 700 906 06

Ihre Zuwendung ist steuerlich abzugsfähig!

Bei Spenden bis EURO 50,00 und Verwendung unseres vorgedruckten Einzahlungsbeleges können Sie sich der Zuwendungsbescheinigung auf beiliegendem Beleg bedienen. Auf Anforderung oder bei einem höheren Betrag übersenden wir Ihnen gerne eine gesonderte Bescheinigung. Bitte geben Sie deshalb Ihren Namen und Ihre Anschrift an.

Im Namen der kranken Kinder, die alle unserer Hilfe und unseres Mitgeföhls bedürfen, ein herzliches "Vergelt's Gott"

Ihr

Wolfgang Wieninger

VORTEX® - die Inhalierhilfe mit Wirbel

Applikations- und Koordinationsfehler bei der Anwendung von Dosieraerosolen führen zu einer verminderten Deposition des Wirkstoffes in den peripheren Bronchien und zu einer hohen Mund- und Rachenbelastung. Aus diesem Grund fordern Lungenfachärzte bereits seit langem, Dosieraerosole nur mit einer Inhalationshilfe zu verabreichen.

Spiral-Rotationsbewegung

Die Inhalationskammern, auch Spacer genannt, sind bisher aus Kunststoff hergestellt. Leider hat dieses Material die Eigenschaft, sich durch die Reibung bei der Benutzung elektrostatisch aufzuladen. Ein Teil des Aerosols schlägt sich an der Wand der Kammer nieder, was zu Aerosolverlusten führt. VORTEX® - eine Neuentwicklung aus der PARI Forschung – ist die erste Inhalationshilfe, deren Kammer aus Aluminium hergestellt ist. In der Metallröhre kommt es zu keiner elektrostatischen Aufladung und damit zu einer Minimierung des Aerosolverlustes. Das Gerät funktioniert nach dem einzigartigen Zyklon-Wirbel-Prinzip. Nach Auslösen des Sprühstoßes wird das Aerosol in der Kammer in eine Spiral-Rotationsbewegung gebracht. Bei der Inhalation wird die Kammer vollständig entleert; dies bedeutet eine sehr gute Medikamentenausnutzung. Ein optimiertes Mundstück und patentiertes Ventilsystem bewirken ein sehr geringes Totraumvolumen.

Zuberbuhler et al.

In einer Untersuchung konnte gezeigt werden, dass der respirable Anteil gängiger Medikamente bei VORTEX® deutlich höher als bei dem Aerochamber oder einem Dosieraerosol allein lag.

Die hohe Effizienz der ausgebrachten Medikamentenmenge (Delivered Dose) konnte in einer Studie von Zuberbuhler et al. auch bei Kindern mit niedrigen Atemflüssen nachgewiesen werden. Dabei zeigte VORTEX einen deutlichen Vorteil im Vergleich zum Aerochamber selbst bei mangelnder Kooperation des Patienten auf.

Die Mundstücke aller gängigen Dosieraerosole können auf VORTEX® aufgesteckt werden. Dies ist vor allem für die Patienten wichtig, die verschiedene Dosieraerosole verwenden. Die VORTEX® Inhalierhilfe ist leicht zu reinigen, spülmaschinenfest und auskochbar. Damit entspricht sie den hygienischen Anforderungen für den Einsatz in Praxis, Klinik und zu Hause.

Latexfrei

Wie bei vielen Produkten des Hauses, bietet PARI auch bei der VORTEX® für jedes Alter die passende Ausstattung an. Das Standardmodell mit oder ohne Maske kann von Erwachsenen oder Kindern ab 4 Jahren benutzt werden. Für kleine Kinder unter 4 Jahren gibt es die Inhalationshilfe zusammen mit einer lustigen Kindermaske in Form eines Entenkopfes. Für die Anwendung bei Erwachsenen steht die Smartmask zur Verfügung. Die Masken, sowie alle Kunststoffteile sind aus latexfreiem Material hergestellt.

Erstattungsfähig

Die VORTEX® Inhalierhilfe ist als Hilfsmittel zu rezeptieren und ist erstattungsfähig. In der aktuellen Produktübersicht von PARI finden Sie zu diesem und auch allen anderen Produkten des Hauses die Bestell- bzw. Pharmazentralnummer zur eindeutigen, namentlichen Verordnung des Hilfsmittels.



Die Jeffrey Modell Foundation

Kristina Schmid

Die Jeffrey Modell Foundation (JMF; www.info4pi.org) wurde von Vicki und Fred Modell gegründet, nachdem ihr Sohn Jeffrey im Alter von 15 Jahren an einem angeborenem Immundefekt verstarb. Bei Jeffrey wurde ein primärer Immundefekt zu einer Zeit diagnostiziert, in der die Möglichkeiten der Therapie noch sehr beschränkt und wenig erprobt waren. Inspiriert durch den Mut und den Optimismus, den der Junge trotz seines Leidens stets ausstrahlte, gründeten seine Eltern die Stiftung, die seinen Namen trägt.

Das Ehepaar Modell lebt in Amerika und begann dort 1988 die Stiftungsarbeit mit der finanziellen Unterstützung eines einzelnen Arztes, der speziell in der Diagnostik und Therapie angeborener Immundefekte geschult wurde. Seitdem wurden zahlreiche Ärzte durch die Unterstützung der JMF im Bereich der Immunologie mit dem Schwerpunkt primärer Immundefekte ausgebildet.

Die Stiftung etablierte seit 1990 an verschiedenen Universitätskrankenhäusern JMF-Zentren und investierte Geld in den Ausbau von Laboratorien und die Durchführung verschiedener wissenschaftlicher Projekte.

Im Jahr 2000 wurde in Paris die erste europäische Kooperation mit dem Ziel, die experimentelle Gen-Therapie als Möglichkeit der Heilung angeborener Immundefekte zu unterstützen, gegründet. Seitdem wurden mehr und mehr Zentren der Zusammenarbeit auch außerhalb der Vereinigten Staaten Amerikas eröffnet: in Kanada, Israel, Schweden, Österreich und Deutschland.

Einen besonderen Schwerpunkt der Stiftungsarbeit bildet die Aufklärungsarbeit über angeborene Immundefekte. Eltern, Ärzte und all jene, die Kinder täglich sehen und betreuen, sollen über mögliche Krankheitszeichen bei Vorliegen eines angeborenen Immundefektes (**10 Warnsignale**) informiert werden, damit Patienten mit angeborenen Immundefekten frühzeitig erkannt, diagnostiziert und einer angemessenen Therapie zugeführt werden können.

Die JMF hat es sich zur Aufgabe gemacht, in allen für Patienten mit angeborenen Immundefekten wichtigen Bereichen unterstützend tätig zu werden, ganzheitlich zu wirken und allgemeine Verbesserung zu bewirken. Die Öffentlichkeitsarbeit mit dem Ziel der Aufklärung, die Hilfestellung für Betroffene durch die enge Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen der Länder ist dabei ebenso wichtig wie die Unterstützung bei der Erforschung von Ursachen und therapeutischen Möglichkeiten und die Ausbildung von medizinischem und betreuendem Personal.

Die immunologische Tagesklinik und Ambulanz (IDA) des Dr. von Haunerschen Kinderspitals wurde als zweites, deutsches und bereits gut etabliertes diagnostisches Zentrum neben der Berliner Charité ausgesucht, um in Kooperation mit der JMF und mittlereiner großzügigen Spende über angeborene Immundefekte aufzuklären. Dies geschieht seit September 2003 in enger Zusammenarbeit mit den ehrenamtlichen Mitarbeitern der DSAI. Bereits seit über zehn Jahren besteht eine enge Beziehung zwischen der Kinderklinik und der DSAI.

Gemeinsam wurde ein Konzept entwickelt, bei dem zunächst der Aufklärung der Ärzte und der Stärkung der DSAI sowie der Zusammenarbeit von Ärzten und der DSAI eine grundlegende Bedeutung zukommt. Grundlegende Bedeutung insofern, dass

zunächst eine Grundlage geschaffen werden soll, um langfristig eine adäquate informative und handelnde Versorgung beeinträchtigter oder betroffener Menschen garantieren zu können.

Viele niedergelassene Kinderärzte bekundeten bereits ihr Interesse an einer Zusammenarbeit und der weiteren Schulung bezüglich der vielen verschiedenen Krankheiten, die sich unter dem Sammelbegriff angeborene Immundefekte verbergen, und der damit individuell verbundenen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten.

Eines der naheliegenden Ziele ist die 'Krankheits-spezifische' Weiterbildung von Ärzten und Patienten in gemeinsamen Arbeitskreisen. Dabei steht das Zusammentreffen von Arzt und Patient im Vordergrund. Die Veranstaltungen könnten aber auch eine Hilfestellung bei der Etablierung von 'Krankheits-spezifischen' Subgruppen innerhalb der DSAI bieten. Sollten Sie Interesse an der aktiven Gestaltung einer solchen Fortbildung oder der Vorstellung Ihrer individuellen Krankheit oder der Krankheit Ihres Kindes im Rahmen einer solchen Veranstaltung haben, so möchten wir Sie herzlichst um Kontaktaufnahme mit uns oder Frau Gründl bitten.

Zu der feierlichen Eröffnung des Jeffrey Modell Diagnostic Center am 08. Mai diesen Jahres in München wurden zahlreiche bayerische Kinderärzte und Patienten zu einem Symposium mit dem Thema

"Angeborene Immundefekte – sind sie wirklich so selten?" begrüßt. Das Ehepaar Modell begleitete das Programm, und Fred



Modell hielt einen bewegenden Vortrag, in der er die Geschichte der Familie und damit der Gründung der Jeffrey Modell Foundation erzählte und die Ziele der Stiftungsarbeit ausführlich darlegte. Dank richtete sich vor allem an die bayerische Staatssekretärin Emilia Müller, die mit einleitenden



Worten ihrem Wunsch, sich für die Belange von Patienten mit angeborenen Immundefekten einzusetzen, Ausdruck verlieh. Die gefühlvollen Reden zweier Betroffener verliehen der Veranstaltung besondere Authentizität.

Kristina Schmid, geboren 1974 in Hannover, studierte Medizin in Erlangen und München und ist seit September 2003 als Assistenzärztin in der Abteilung für Infektionsimmunologie unter der Leitung von Herrn Prof. Belohradsky mit der Koordination von Aktivitäten in Zusammenarbeit mit der JMF betraut und in der immunologischen Tagesklinik und Ambulanz (IDA) tätig.

Simone Hofstetter, Anna-Franziska von Schweinitz

MUSIK AM BETT - EIN ENGAGEMENT VON LIVE MUSIC NOW

Theresa liegt nach einer Stammzelltransplantation seit Tagen teilnahmslos im Bett. Auch die Ankündigung, daß heute Mary Poppins zu Besuch auf die Station käme, kann sie nicht aus ihrem Bett locken. Sie hört, wie Stühle gerückt, Instrumente gestimmt werden und allmählich Kinder und Eltern der Station sich auf dem Flur vor ihrem Zimmer versammeln. Endlich wird es still und nundringenswingende Rhythmen und mitreißende Lieder bis an ihr Bett. Theresa summt leise mit und vergißt, wie schlapp sie sich eigentlich fühlt. Die Neugier läßt dem Mädchen keine Ruhe - vorsichtig steht Theresa auf und kommt mit dem Infusionsständer langsam an die Glastür, die das Zimmer vom Flur trennt. Fast erschrickt sie, als Mary Poppins mit ihrem Schirm dicht an ihr vorüberschwebt [Abb. 1]. In rasantem Tempo wird Theresa, genau wie alle anderen Kinder, Eltern und inzwischen auch die dazugekommenen Schwestern und Ärzte auf eine musikalische Reise mit Mary Poppins durch die Lüfte und unter Wasser mitgenommen [Abb. 2 und 3]. Da wird gesungen, am Klavier gejazzt, mit Bällen und Reifen jongliert [Abb. 4], getanzt und immerzu in neue Rollen geschlüpft [Abb. 5]. Genauso atemlos wie die Musiker landen die Kinder am Ende wieder auf ihrer Station und können nicht glauben, daß die Reise schon zu Ende sein soll. Noch spät abends hat Theresa zum ersten Mal nach ihrer Transplantation das Gefühl, daß heute ein richtig schöner Tag gewesen sei.

Ebenso geht es den Musikern: Die Konzerte im Krankenhaus, im Obdachlosenheim oder der Frauenhaftanstalt haben für die Musiker einen völlig anderen Stellenwert als ein Abend in einem großen Konzertsaal. Sie wurden wegen ihrer musikalischen Qualität von Live Music Now ausgewählt und gehören zu einer Gruppe hochbegabter Studenten der Musikhochschule, die mit diesen Engagements eine Förderung der besonderen Art erhalten.

Für die Stationen des Dr. v. Haunerschen Kinderspitals stellen sie besondere Programme zusammen, die auf die Situation der Kinder eingehen und sie für einen Nachmittag in eine andere Welt entführen. Als Yehudi Menuhin 1977 Live Music Now gründete, wollte er, daß hohe musikalische Qualität live an Orte gelangt, wo sie sonst nicht vorkommt, daß sie dort Ventile öffnet und Emotionen freisetzt. Andererseits soll die technische Perfektion junger Musiker durch die direkte Konfrontation mit Kranken, Vereinsamten und gesellschaftlichen Randgruppen eine Dimension entwickeln, die ihnen kein noch so gutes Studium eröffnen kann [Abb. 7]. Auch in einem Interview, das Menuhin anlässlich eines Live Music Now-Konzertes 1999 in München gab, sprach er von der Idee, die sein ganzes musikalisches Wirken trug: daß

Musik der Einheit von Leib und Seele diene, daß sie Therapie sei, wie schon Hippokrates gewußt habe, als er die Flöte als Heilmittel empfohlen hat.

Dieser Idee folgen die Ehrenamtlichen, die die Arbeit von Live Music Now in Deutschland tragen - verwirklichen läßt sich diese Arbeit aber nur durch reiche Spenden. Die monatlichen Konzerte im Dr. v. Haunerschen Kinderspital sind eines der größeren Engagements in München und werden gezielt durch einige Pharmakonzerne gefördert. Dafür bedanken sich an dieser Stelle die Patienten, ihre Geschwister und Eltern, das Pflege- und ärztliche Personal, deren Alltag durch diese Konzerte einen neuen Klang erhält.

Das Engagement von Live Music Now am Dr. v. Haunerschen Kinderspital wird durch Spenden ermöglicht, für die wir danken:

- Gilead Sciences GmbH
- Glaxo Smith Kline GmbH & Co. KG
- Nestlé Nutrition GmbH
- Novartis Consumer Health GmbH

Die nächsten Konzerte von Live Music Now:

Mo., 13.12. *Babar. Anne Schätz, Klavier und Monika Lachenmeir, Erzählerin*

Fr., 17.12. 16 Uhr *Weihnachtsfeier im Hörsaal mit Hänsel und Gretel. Anne Schätz, Klavier; Beate v. Hahn, Mezzosopran und Monika Lichtenegger, Sopran*

Mo., 10.1. *Konzert zum Mitsingen und Zuhören. Barbara Regnat, Harfe und Sabine Kühnl, Flöte*

Mo., 7.2. *Der Glöckner von Notre Dame. Nadine Germann, Mezzosopran; Uli Kirsch, Tenor und Florian Perfler, Gitarre*

Mo., 7.3. *Hahn im Korb. Kathrin Schiele, Violine; Florian Helgath und Anna Veit, Volksmusik*

Mo., 4.4. *Die fürchterlichen Fünf. Elisabeth Dufter, Flöte und Dimitri Telent, Fagott*

Mo., 2.5. *Percussionkonzert mit Alexander Glögger und Philipp Jungk*

Am Montag immer um 15 h auf der Intern 3 und um 16 h auf der Chirurgie 2.

Mehr Informationen: www.livemusicnow.de



Neuste Studie beim Anstrengungsasthma

Kombinationstherapie DNCG/Reproterol ist überlegene Therapie

Sport fördert Lebensqualität Asthmaerkrankter

Aachen – "Eine dauerhafte Befreiung vom Schulsport bei asthmatischen Kindern und Jugendlichen gehört heute der Vergangenheit an!" so Dr. Josef Lecheler (Berchtesgaden) auf dem diesjährigen Allergiekongress in Aachen. Die heutige Pharmakotherapie gewährleistet den Betroffenen, ein annähernd normales Leben führen zu können.

Lecheler berichtete von seiner neuesten Studie beim Anstrengungsasthma (EIA, Exercise Induced Asthma): Bei einem Vergleich der Therapie von Patienten mit EIA schnitt die Therapie mit der Kombination aus DNCG und Reproterol deutlich besser ab als die unter Montelukast.

Nur die Kombination aus DNCG/Reproterol (z.B. Allergospasmin®) konnte einen kompletten Schutz vor EIA gewährleisten. Prof. Karl-Christian Bergmann (Bad Lippspringe) wies auf den großen Einfluss allergischer Erkrankungen auf die Lebensqualität der Betroffenen hin.

Anstrengungsasthma ist Ausdruck der bronchialen Hyperreagibilität und typisch für Asthma bronchiale. Nahezu jeder Asthmatiker selbst bei leichten Formen leidet bei körperlicher Belastung unter Asthmaanfällen. Dies muss aber nicht bedeuten, dass sich Asthmatiker besonders schonen sollen. Die Pharmakotherapie ermöglicht einen sehr guten, kompletten Schutz vor anstrengungs-induzierter Bronchokonstriktion.

Josef Lecheler vom Asthmazentrum Berchtesgaden stellte auf dem von VIATRIS unterstützten Symposium beim diesjährigen Allergiekongress in Aachen seine neueste Studie zu diesem Thema vor.

Er verglich die protektive Wirkung der Arzneimittelkombination aus DNCG und Reproterol mit der von Montelukast. In dieser offenen randomisierten cross-over Studie mit 24 Patienten konnte er zeigen, dass die Kombination aus DNCG und Reproterol (z.B. Allergospasmin®) einen kompletten Schutz vor EIA bietet und klinisch gegenüber Montelukast überlegen ist.

Potente Therapiekonzepte für mehr Lebensqualität

In seinem Beitrag wies Prof. Bergmann darauf hin, dass Asthma einen großen Einfluss auf die Lebensqualität der Betroffenen hat und wie lebensbestimmend effektive Therapeutika für Asthmatiker sind. Moderne Therapiekonzepte haben daher im Sinne der Lebensqualität die Aufgabe möglichst rasch und effektiv die Symptombefreiheit herzustellen.

Er fügte hinzu: "Durch eine sachgerechte Patienteninformation, Schulung, Karenzmaßnahmen und eine optimale medikamentöse Therapie ist es möglich die Lebensqualität der Asthmatiker deutlich zu verbessern".

Figure 1: Time course of mean FEV₁ (n=24)

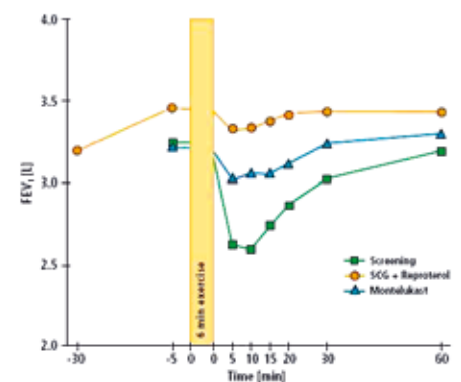
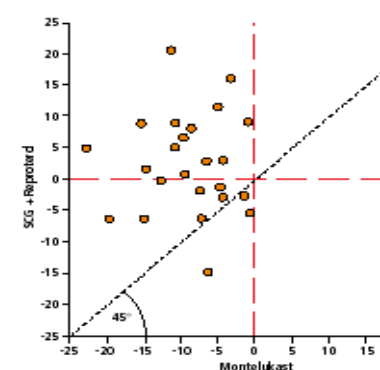


Figure 2: Scatter-plot of individual maximum % decrease in F compared to pre-dose levels (n=24)



Kinder sind therapeutische Waisen

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen – damit ist die Ursache des Dilemmas treffend beschrieben, in dem sich Ärzte und Apotheker bei der Arzneimittelbehandlung von Kindern und Jugendlichen befinden. Bei Fieber oder Husten stehen viele bekannte und für das Kindesalter geprüfte Arzneimittel zur Verfügung. Was aber ist mit Frühgeborenen, die ein Herzmedikament benötigen, Säuglingen mit Asthma oder Schulkindern mit Rheuma? Bei einer Veranstaltung der “HEXAL-Initiative Kinderarzneimittel” diskutierten Experten am Weltkindertag, dem 20. September 2004, in Tegernsee über Arzneimittelsicherheit für Kinder.

Zahlreiche Arzneimittel, die bei Erwachsenen gut wirken und nur wenige Nebenwirkungen zeigen, können – im Kindesalter gegeben – Einfluss auf Wachstum, geistige Entwicklung oder auch Fruchtbarkeit im späteren Leben haben. „Im Durchschnitt die Hälfte aller Arzneimittel, die zur Behandlung chronischer oder schwerwiegender Erkrankungen bei Kindern eingesetzt werden, ist nicht ausreichend untersucht“, so Prof. Hannsjörg W. Seyberth von der Universitäts-Kinderklinik in Marburg. Es ist nicht immer belegt, ob und wie sie im kindlichen Organismus wirken. In den meisten Fällen untersuchen Arzneimittelhersteller die Wirkung der Arzneimittel ausschließlich an Erwachsenen. Die Entwicklung kindgerechter Arzneiformen wie Saft oder Lutschtablette wird ebenfalls vernachlässigt. „Die Absicht von Gesetzgeber und Ärzten, das Kind besonders zu schützen, hat sie zu therapeutischen Waisen gemacht,“ so Prof. Dr. Dietrich Reinhardt, Direktor der Dr. von Haunerschen Kinderklinik in München. Hier ist insbesondere der Gesetzgeber gefordert.

Prof. Reinhardt berichtete in diesem Zusammenhang von den Erfahrungen aus den USA, wo man Mitte der 1990er feststellte, dass für dreiviertel aller in der Kinderheilkunde genutzten Arzneimittel keine Daten für die Anwendung bei Kindern vorlagen.

Eine Änderung im deutschen Arzneimittelgesetz im August 2004 erleichtert es, Studien mit Kindern durchzuführen. Nach wie vor dürfen nur kranke Kinder an einer Studie teilnehmen. Die Behandlung muss geeignet sein, das Leben des kranken Kindes zu retten, seine Gesundheit wiederherzustellen oder sein Leiden zu erleichtern. Neu ist, dass nun auch kranke Kinder an Studien teilnehmen dürfen, die möglicherweise keinen direkten Nutzen von der Teilnahme haben, die Ergebnisse jedoch anderen Kindern mit der gleichen Erkrankung zu Gute kommen können.

Die “HEXAL-Initiative Kinderarzneimittel” hat sich zum Ziel gesetzt, einen Beitrag zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung für Kinder und Jugendliche zu leisten. Die gemeinnützige GmbH, deren Arbeit durch einen Expertenbeirat begleitet wird, fördert Projekte zur Erhöhung der Arzneimittelsicherheit für Kinder, möchte vor allem aber die Öffentlichkeit umfassend und sachlich informieren. Wenn Kinder besser versorgt werden sollen, dürfen Studien mit Kindern kein Tabuthema bleiben. Damit Eltern und Kinderärzte im Einzelfall die Entscheidung für die Teilnahme eines Kindes an einer Studie treffen können, müssen sie über den Nutzen und das Risiko für das erkrankte Kind genau Bescheid wissen.



Karl Heinz Brisch bei Klett-Cotta



Karl Heinz Brisch
Bindungsstörungen
Von der Bindungstheorie
zur Therapie
€ 32,- (D) / sFr 56,-
ISBN 3-608-94184-3

Karl Heinz Brisch u. a. (Hrsg.)
Bindung und seelische
Entwicklungswege
Grundlagen, Prävention und
klinische Praxis.
€ 38,- (D) / sFr 66,-
ISBN 3-608-94353-6

Vorankündigung:
Karl Heinz Brisch/
Theodor Hellbrügge (Hrsg.)
Kinder ohne Bindung
Deprivation, Adoption und
Psychotherapie
erscheint Herbst 2005



**Karl Heinz Brisch/
Theodor Hellbrügge (Hrsg.)**
Bindung und Trauma
Risiken und Schutzfaktoren für die
Entwicklung von Kindern
€ 35,- (D) / sFr 59,-
ISBN 3-608-94061-8



Personalia Kinderklinik

PD Dr. Erika von Mutius wurde zur „außerplanmäßigen Professorin“ ernannt.

Dr. Carsten Rudolph hat den **BioFuture-Preis** des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (**BMBF**) erhalten. Herr Rudolph wird in den nächsten 5 Jahren mit insgesamt h 1,5 Mio. gefördert werden.

PD Dr. Ania Muntau hat den Nachwuchspreis der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, den Czerny-Preis, anlässlich der Jahrestagung der DGKJ in Berlin, erhalten.

Der Forschungsantrag der Arbeitsgruppen **Muntau, Rosenecker, Kabesch** an das Bayerische Genomforschungsnetzwerk (BayGene) wurde bewilligt. Frau **PD Dr. Ania Muntau** leitet das Forschungsprojekt, das über 7 Jahre laufen soll. Das Projekt wird mit einer **Fördersumme von 300.000 € p. a.** (insgesamt 2 Mio. h) gefördert.

Dr. Christian Mühe ist **Dr. Karl Kugler** in die Praxis gefolgt.

Zum 1. Oktober sind in den Ruhestand gegangen:

Prof. Dr. Christoph Döhlemann

Prof. Dr. Rudolf Eife

Prof. Dr. Michael Jensen

Prof. Dr. Carl-Ernst Pilars de Pilar

Im Rahmen der Weiterbildungsordnung erhielten folgende Mitarbeiter eine lehrfähige Zusatzbezeichnung:

Prof. Dr. Florian Heinen (Kinder-Neurologie)

Dr. Annette Jansson (Kinder-Rheumatologie)

PD Dr. Thomas Lang (Kinder-Gastroenterologie)
Prof. Dr. Thomas Nicolai (Kinder-Pneumologie)
Prof. Dr. Dietrich Reinhardt (Kinder-Pneumologie)

Personalia Kinderchirurgie

Als neue AIP bzw. ab 1.10.04 als Assistenzärzte haben an der Kinderchirurgischen Klinik *Frau Dr. Julia Höfele, Frau Dr. Danielle Wendling, Herr Dr. Florian Bergmann, Herr Dr. Jan Gödecke und Herr Dr. René Roeb* ihre Arbeit begonnen.

Herr Oberarzt Dr. Harald Lochbihler hat die Klinik verlassen und ist zum 1.11.2004 als Oberarzt nach Augsburg an die Kinderchirurgische Klinik zu *Herrn Dr. Tobias Schuster* gegangen.

Herr Priv. Doz. Dr. Holger Till ist am 1.10.2004 für ein Jahr als associated professor nach Hong Kong geflogen, um dort seine Kenntnisse in der minimal invasiven Chirurgie zu vertiefen.

Emeritierter Direktor der Kinderchirurgischen Klinik Prof. Dr. W. Ch. Hecker wird Ehrenpräsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie.

Auf der diesjährigen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie im September in Berlin ist der ehemalige Direktor Prof. Dr. W. Ch. Hecker der Kinderchirurgischen Klinik im Dr. v. Haunerschen Kinderspital zum Ehrenpräsident dieser Fachgesellschaft ernannt worden. Die anlässlich dieser Verleihung gehaltene Laudatio des derzeitigen Präsidenten Prof. Dr. F.J. Helmig (Regensburg) und die Dankesrede des neuen Ehrenpräsidenten veröffentlichen wir an dieser Stelle.

70 Jahre Nestlé Alete –

Kleine Chronik einer großen Marke

Babynahrung – ob Säuglingsmilch oder Gläschenkost – erfordert ein großes wissenschaftliches Entwicklungs- und Realisierungspotenzial. Denn die Ernährung in den ersten Lebensmonaten spielt für die gesunde Entwicklung und das spätere Wohlbefinden eine entscheidende Rolle. Den jungen Eltern bietet das Unternehmen ein umfassendes Fachsortiment von der Säuglingsmilch fürs erste Fläschchen bis zu vollwertigen und gesunden Mahlzeiten für Kleinkinder oder H.A.-Spezialnahrung für besonders allergiegefährdete Kinder. Neue medizinische Erkenntnisse, aber auch veränderte Konsumentenwünsche sorgen hier für laufende Innovationen. Der enge Dialog zwischen Hersteller, Wissenschaft, Klinik und Praxis ist deshalb Voraussetzung für erfolgreiche Produkte.

- 1934** Für die bekannte Marke Alete, die 2004 ihr 70-jähriges Bestehen feiert, gehörte die Wissenschaft von Anfang an dazu. In Zusammenarbeit mit **Prof. Dr. Günther Malyoth, Leiter der Forschungsabteilung der Haunerschen Universitäts-Kinderklinik in München** entwickelt die Allgäuer Alpenmilch einen neuartigen Säuglingsnährzucker. Diesem folgt wenig später die erste gebrauchsfertige Säuglings-Vollmilch. **Der Markenname "Alete" (lat. "gedeihet") wird geboren und die Alete GmbH in München gegründet.**
- 1950** Alete führt mit der Frühmilch das Zweistufen-System für Säuglingsnahrung ein.
- 1956** Unter dem Titel "Alete Kost fürs Kind" beginnt die Ausweitung des Sortiments auf Gemüse-Beikost, zunächst in Dosen, ab 1959 in Gläschen.
- 1958** Der Alete Mütterdienst bietet gezielte persönliche Beratung junger Eltern. Der daraus entstandene Nestlé Alete Babyservice beantwortet heute kostenfrei jährlich rund 70.000 telefonische Anfragen zu Ernährung und Pflege und allen anderen Aspekten rund um Babys Wohlergehen. Dazu kommen noch 50.000 individuelle Anfragen über e-mail und ca. 7.000 Briefe im Jahr.
- 1959** Beginn des kontrollierten Vertragsanbaues mit Gemüse für die Beikost-Produkte. Der eigene Agrar- und Ökoservice garantiert seither einen sorgsam überwachten Anbau, von der Aussaat bis zur Ernte. Laufende Laboruntersuchungen vor, während und nach der Herstellung sichern höchste Produktqualität.
- 1971** Fusion der Allgäuer Alpenmilch mit der Nestlé AG. Dadurch vor allem wichtige Ausweitung der Forschungs- und Entwicklungsmöglichkeiten.
- 1983** Einführung von Alete Säften aus 100% Frucht, ohne Zuckerzusatz.
- 1984** Erste Kleinkind-Menüs mit Fleischzubereitung.
- 1987** Einführung der hypoallergenen Säuglingsmilch Aletemil H.A. speziell für allergiegefährdete Babys.
- 1998** Nestlé Alete ist weltweit der erste Anbieter von probiotischen Säuglingsmilchprodukten. Die Zugabe natürlicher Bifiduskulturen fördert eine gesunde Darmflora und stärkt die Immunabwehr.
- 2000** Alete bringt die ersten ungekühlt haltbaren Produkte im Becher (Puddelino, Jogolino, Vollkorn-Früchtchen) frei von Konservierungsstoffen auf den Markt.
- 2003** Einführung des "Kleinen Ernährungs 1x1" von Nestlé Alete für die stufenweise, entwicklungsgerechte Ernährung vom Beikoststart bis zum Übergang zur Familienkost.
- 2004** Im neu geschaffenen "FORUM GESUND GROSS WERDEN" beantworten Fachleute Fragen zu aktuellen Ernährungs- und Entwicklungsfragen. Das Nestlé Alete Forum ist in allen Zeitschriften für junge Eltern zu finden.

Seit siebzig Jahren ist der Name "Alete" Inbegriff für höchste Qualität und ständige Innovationen im Bereich der Ernährung für Säuglinge und Kleinkinder. **Prof. Günther Malyoth**, Initiator und Mitbegründer von Alete, war seinerzeit Leiter des Labors der **Haunerschen Kinderklinik in München**. Von ihm – der auch später noch in seinem Privatlabor weiterforschte – stammten übrigens nicht nur die neuartige Rezeptur, sondern auch der Name und sogar das erste Logo der jungen Marke.

Kein Wunder, dass die erste offizielle Präsentation des "Alete Nährzuckers nach Prof. Malyoth" vor medizinischem Fachpublikum erfolgte: im September des Jahres 1934 auf der "Tagung der deutschen Ärzte und Naturforscher" in Hannover. Von Anfang an hatte das neue Produkt namhafte Fürsprecher unter den Fachärzten. So unterstützte etwa **Prof. Meinhard von Pfaundler**, der legendäre Vater der modernen Pädiatrie, ausdrücklich die Erfindung seines Kollegen Malyoth. Dies war der Beginn der Empfehlungen ganzer Generationen von Kinderärzten bis heute. Häufig aus eigener Erfahrung: **Prof. Theodor Hellbrügge** erinnerte sich zum Beispiel daran, wie er als junger Vater während des Krieges selbst das Alete Fläschchen im Luftschuttkeller zubereitet hat.

Durch die Fusion mit Nestlé hat sich die traditionelle Innovationskraft von Alete noch weiter verstärkt. Forschungsabteilungen in aller Welt und das Nestlé Forschungszentrum für Grundlagenforschung garantieren ebenso wie die ständige enge Zusammenarbeit mit Ernährungswissenschaftlern und Ärzten ein Höchstmaß an Produktqualität und Sicherheit auf modernstem Stand. Mit dem eigenen Wissenschaftlichen Dienst steht für die Partner in Wissenschaft, Klinik und Praxis zudem ein umfassendes Serviceangebot an Informationsmitteln zur Verfügung (www.-wissdienst.de).

.....



GESUCHT: Das älteste Alete Baby!

Vor siebzig Jahren erblickte ein ganz besonderes "Baby" das Licht der Welt: "Alete". Der von Prof. Günther Malyoth entwickelte Nährzucker stellte die erste gebrauchsfertige Säuglingsnahrung in Deutschland dar. Mittlerweile ist daraus ein umfassendes Sortiment geworden – von Säuglingsmilchnahrung, Gemüse, Menüs und Früchten, bis zu Breien, Fruchtsäften und Tees für Babys und Kleinkinder. Und der Name Alete zählt heute zu den bekanntesten Marken in Deutschland.

Zu diesem Jubiläum sucht Nestlé Alete das älteste Alete Baby.

Denn häufig sind ja schon die Großmütter der heutigen Mütter "Alete Babys" gewesen! Wer also seinerzeit, vor rund 60 bis 70 Jahren, ein Alete Baby gewesen ist und sogar noch ein Dokument von damals (eine Kopie von Fotos, Briefe der Eltern, Familienaneddoten usw.) vorweisen kann, der sollte sich unbedingt unter Angabe seines Geburtsdatums melden.

Zu gewinnen gibt es einen Verwöhn-Kurzurlaub mit 3 Übernachtungen für 2 Personen im DZ, inklusive Halbpension, 1 Thalassobad und 1 Teilkörpermassage im Vier-Sterne-Hotel Adula in Flims in der Schweiz. Flims liegt oberhalb der wildromantischen Rheinschlucht auf einer Sonnenterrasse im Schweizer Kanton Graubünden.

Außerdem werden unter den Einsendern 10 lecker gefüllte Geburtstagskörbe mit Produkten aus dem großen Nestlé Sortiment verlost.

Einsendeschluss: 31.12.2004

Maßgeblich ist der Poststempel. Die Gewinner werden schriftlich benachrichtigt. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen. Eine Barauszahlung ist nicht möglich. Ihre Dokumente und Daten stehen zu einer Veröffentlichung zur Verfügung.

**Einsendeadresse:
Nestlé Alete Babyservice
– Stichwort: Geburtstagsbaby –
60523 Frankfurt**

90. Geburtstag von Herrn Prof. Dr. Dr. h. c. K. Betke

Dietrich Reinhardt

Bei bester Gesundheit feierte Prof. Betke, Direktor der Kinderklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital von 1967 bis 1983 seinen 90. Geburtstag im Kreise von Freunden sowie ehemaligen und jetzigen Mitarbeitern der Kinderklinik. Nach Laudationes der Professoren Kleihauer, Peter (Dekan), Adam, Reinhardt sowie dem Festvortrag von Prof. Dr. Dr. h. c. Brandis/Freiburg "Warum Kinderheilkunde?" hielt der Jubilar aus dem Stegreif eine unterhaltsame Replik auf die vorhergegangenen Ansprachen. Dem Phänomen Betke wünschen wir weiterhin viele Jahre in bester Gesundheit und hoffen, ihn auf zahlreichen "Hauner-Festen" wieder zu treffen.



Frau Eva Luise Köhler, Gattin unseres neuen Bundespräsidenten, zu Besuch im Dr. von Haunerschen Kinderspital



mit den Klinikdirektoren, Oberärzten und Assistenzärzten, vor allen Dingen aber auch mit einer Reihe von Patienten zu sprechen. Alle, die Frau Köhler bei ihrem Rundgang begleiteten, waren beeindruckt von ihrer Warmherzigkeit und ihrem aufrichtigen Engagement für die kranken Patienten.

Am 17. November nahm sich Frau Köhler 2 Std. Zeit verschiedene Einrichtungen des Dr. von Haunerschen Kinderspitals, so u.a. den Forschungstrakt mit den Christiane-Herzog-Labors sowie die Christiane-Herzog-Ambulanz für an Mukoviszidose erkrankte Kinder und Jugendliche, zu besuchen. Sie nahm sich viel Zeit, um



Antrittsvorlesung von Prof. Dr. D. v. Schweinitz am 17.11.2004

Zwar liegt der erste Arbeitstag von Prof. Dr. Dietrich von Schweinitz als neuer Direktor der Kinderchirurgischen Klinik im Dr. v. Haunerschen Kinderspital schon 18 Monate zurück, die ersten 100 Tage der Schonung und Rücksichtnahme sind längst vergangen und die ursprünglichen Visionen konkurrieren inzwischen vehement mit alltäglichen Realitäten und administrativen Zwängen, dennoch durfte die Zeremonie der "Antrittsvorlesung" nicht fehlen und fand nun am Abend des 17.11.2004 im Hörsaal des Dr. v. Haunerschen Kinderspitals statt. Der Ablauf ist bekanntlich als "social event" fast protokollarisch festgelegt und begann mit den einführenden Worten des Vorsitzenden des ärztlichen Vereins München, Prof. Dr. W. Locher ([Abb. Nr. 1](#)). Hier sei angemerkt, dass der ärztliche Verein ganz offiziell Veranstalter der Antrittsvorlesungen an der medizinischen Fakultät der LMU ist. Die Vorstellung des "Neuen" mit Lebenslauf, beruflichem Werdegang und akademischer Karriere übernahm in bekannt bewährter Weise der Dekan der Fakultät, Prof. Dr. K. Peter ([Abb. Nr. 2](#)). Ein protokollarisches Novum, wie er es auch selbst zu Beginn bemerkte, war der anschließende Auftritt des Vorgängers von Prof. v. Schweinitz, Prof. Dr. Waldemar Hecker ([Abb. Nr. 3](#)), Direktor der Kinderchirurgischen Klinik von 1969 - 1990. In kurzen und prägnanten Worten gab er seinem Nach-Nachfolger "Essentials" auf den Weg ([s. Kasten](#)), die das damalige Verhältnis zu seinen wichtigsten Arbeitspartnern, nämlich den Pädiatern, formten und sicherlich in heutiger Zeit zumindest in München nicht an Gültigkeit verloren haben.



Abb. 1: Prof. Dr. W. Locher, Vorsitzender des Ärztlichen Vereins München

Das eigentliche Thema der Antrittsvorlesung, entsprechend dem Spezialgebiet von Prof. v. Schweinitz ([Abb. Nr. 4](#)), war die "Onkologische Chirurgie im Kindesalter" mit ihren äußerst positiven Entwicklungen in den letzten Jahrzehnten ([Abb. Nr. 5](#)), dem jetzigen Stand chirurgischer Möglichkeiten und den derzeitigen Zukunftsperspektiven. Dabei sei in diesem Zusammenhang die interdisziplinäre Ergänzung einer pädiatrischen Onkologie und onkologischen Kinderchirurgie, wie sie in der Haunerschen Kinderklinik seit langem beheimatet ist und praktiziert wird, erwähnt. Der Hörsaal war voll und viele Mitglieder der Fakultät waren erschienen ([Abb. Nr. 6](#)).

Das ein derartiges Ereignis nicht ohne einen adäquaten kulinarischen Abschluss mit Stern verdächtigem Buffet unserer Küche stattfinden kann, ist schon fast selbstverständlich, sollte aber dennoch einmal wieder an dieser Stelle lobend betont werden. Das anschließende Defilé vor kalten Platten ergab wieder schöne Möglichkeiten mit den Kollegen der Nachbardisziplinen, früheren Mitarbeitern der Klinik und niedergelassenen Kollegen ins Gespräch zu kommen ([Abb. Nr. 7](#)).



Abb. 2: Prof. Dr. K. Peter, Dekan der medizinischen Fakultät



Abb. 3: Prof. Dr. W. Ch. Hecker, emeritierter Ordinarius der Kinderchirurgischen Klinik



Abb. 4: Prof. Dr. D. v. Schweinitz während seiner Antrittsvorlesung

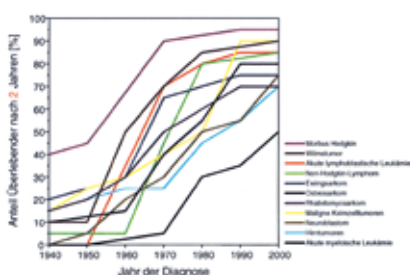


Abb. 5: Verbesserung der Überlebensraten von Kindern mit bösartigen Tumoren seit 1940



Abb. 6: Der Hörsaal während der Antrittsvorlesung



Abb. 7: Der Kampf am Buffet

Lieber Herr v. Schweinitz!

Einige Essentials für sie als neuer Chef der Hauerschen Kinderchirurgie am Tage Ihrer Antrittsvorlesung:

1. Wo Pädiatrie und Kinderchirurgie einvernehmlich Kinderheilkunde betreiben, Pädiatrie mit den Mitteln der Inneren Medizin, Kinderchirurgie mit den Mitteln der Allgemeinen Chirurgie, blüht die Kinderchirurgie.
2. Wo die Kinderchirurgie im Dissens mit der Pädiatrie lebt, welkt sie dahin.
3. Die Kinderchirurgie im Hauerschen Kinderspital verdankt ihre Existenz ihren eigenen Pädiatern:
 - a. bei ihrer Gründung vor über 160 Jahren August von Hauner.
 - b. in den zwanziger Jahren des letzten Jahrhunderts durch Meinhard von Pfandler in der Abwehr der Begehrlichkeiten der Chirurgen, die die Kinderchirurgie in die Nussbaumstrasse holen wollten.
 - c. durch Klaus Betke in ihrer jetzigen Form.
4. Deswegen, lieber Herr v. Schweinitz: Sie können sich mit allen verkrachen, nur nicht mit Ihrem Pädiater!

Glück auf!

Ihr
Waldemar Hecker

