

Redaktion

Prof. Dr. K. von Schnakenburg, St Augustin
Univ. Doz. Dr. A. Zoubek, Wien



Nachruf für Prof. em. Dr. med. habil. Wolfgang Plenert

Am 25. Oktober 2000, ein Vierteljahr vor seinem 80. Geburtstag, ist Prof. Dr. Plenert, Direktor der Universitäts-Kinderklinik Jena von 1965 bis 1986, einer schweren Erkrankung zum Opfer gefallen.



Geboren 1921, waren Studium und Jugend durch den Wehrmachtdienst im 2. Weltkrieg bestimmt. Erst nach der Heimkehr aus sowjetischer Kriegsgefangenschaft 1948 konnte er sein Studium fortsetzen. An der Universitäts-Kinderklinik Greifswald erfolgten Habilitation und Ernennung zum Hochschuldozenten. Ab 1961 arbeitete er als 1. Oberarzt an der Universitäts-Kinderklinik Rostock. 1965 folgte er dem Ruf auf den Lehrstuhl für Kinderheilkunde an der Friedrich-Schiller-Universität Jena.

Sein wissenschaftliches Interesse, das er mit großem Engagement verfolgte, galt zwei Arbeitsgebieten: der Hämatologie/Onkologie und dem Gebiet des Stoffwechsels und der Ernährung.

Er verfaßte weit über 200 wissenschaftliche Publikationen, mehrere Monographien und war Herausgeber der Zeitschrift "Kinderärztliche Praxis" von 1970 bis 1992. Sein Buch "Normalwerte" wurde in ganz Deutschland und darüber hinaus verwendet. Er legte mit der Arbeitsgruppe "Leukämie im Kindesalter" im Jahre 1965 den Grundstein für eine wissenschaftlich fundierte Therapie von Krebserkrankungen im Kindesalter in der DDR.

Wolfgang Plenert war Gründungsmitglied von zwei internationalen wissenschaftlichen Gesellschaften, der European Society of Paediatric Gastroenterology and Nutrition (ESPGAN) und der European Society of Paediatric Haematology and Immunology (ESPHI). Von 1969 bis 1976 war er Vorsitzender der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR. Im wiedervereinten Deutschland wurde er Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, der Gesellschaft für pädiatrische Onkologie und Hämatologie, der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin.

Wolfgang Plenert war ein Arzt, Wissenschaftler und Hochschullehrer, der uns durch seine Ideen, seine Zielstrebigkeit, seinen Fleiß und seine disziplinierte Art der Arbeit immer Vorbild war. Wenn wir die für uns wesentlichsten

Züge seiner Leistungen und seiner Vorbildwirkung in der Arbeit würdigen, dann vor allem auch das Vorbild an menschlicher Grundhaltung und an emotionaler Intelligenz, die sich vor allem im Umgang und dem Dialog mit den ihm anvertrauten Patienten zeigten.

Er verstand es, mit viel Geschick die wissenschaftliche Arbeit seiner jungen wissenschaftlichen Mitarbeiter zu stimulieren. Jeglicher Ansatz von Forschungsaktivitäten wurde von ihm vorbehaltlos unterstützt. In diesen Zusammenhang gehört es auch, daß er es verstanden hat, in dem damaligen System der DDR viele unsinnige Dinge von unserer Klinik fernzuhalten, um mehr Zeit für die eigentlichen Aufgaben der Ärzte zu sichern. Dafür waren wir ihm dankbar. Wer damals hier lebte, weiß, was dies bedeutete und weiß auch, daß dies nicht lückenlos möglich war. Er war auch unter diesem System ein aufrechter Mann geblieben. Wolfgang Plenert war kein Chef der lauten Worte. Er hatte Autorität auch ohne diese.

Visionär und frühzeitig hat Wolfgang Plenert die Jenaer Kinderklinik nach modernen fachlichen Gesichtspunkten neu strukturiert und seit 1968 erstmals in Jena ein System relativ selbständiger Fachabteilungen geschaffen.

Er konnte angesichts des nahenden Todes auf ein erfülltes Leben zurückblicken. Das Schicksal wollte es, daß gerade eine Krankheit, mit der er sich so intensiv befaßte, sein Leben beendete.

Er bleibt als Mensch, Arzt und Hochschullehrer unvergessen.

Prof. Dr. F. Zintl

Eine Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie und ein Kommentar der Schriftleitung folgen im nächsten Heft.

Prävention der Respiratory Syncytial Virus (RSV) Infektion bei Frühgeborenen mit Palivizumab (Synagis®)

Empfehlungen der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde.
Ergebnisse einer Konsensus-Konferenz vom 9. Juni 2000 in Wien*

Zusammenfassung:

RSV (Respiratory Syncytial Virus) sind die wichtigsten Erreger von Infektionen der oberen und unteren Luftwege in den ersten beiden Lebensjahren. Die Erkrankung weist eine ausgeprägte saisonale Häufung mit einem Gipfel während der Monate November bis April auf. Typische klinische Erscheinungsbilder bei jungen Säuglingen sind oft bedrohliche RSV-Bronchiolitiden und -Pneumonien, und daraus resultierende Komplikationen. Ein besonderes Risiko für schwere Infektionen der unteren Luftwege haben Frühgeborene mit oder ohne chronischer Lungenerkrankung. Erst kürzlich wurden in diesem Zusammenhang mögliche Spätfolgen wie eine erhöhte Asthmainzidenz beschrieben. Die Wirksamkeit von Palivizumab (Synagis), einem humanisierten monoklonalen Antikörper, wurde in einer multizentrischen plazebokontrollierten Doppelblindstudie in den USA und Europa untersucht und ergab bei Frühgeborenen und Kindern mit chronischer Lungenerkrankung eine 55% Reduktionsrate an RSV-Hospitalisierungen. Palivizumab (Synagis) ist nunmehr seit 1999 in Österreich als Arzneimittelspezialität registriert und zugelassen.

Umfassende Aufklärungen der Eltern im Krankenhaus sowie durch den betreuenden Kinderfacharzt werden als wichtige Faktoren in der Infektionsprophylaxe empfohlen.

In einem Konsensusmeeting, das am 9. Juni 2000 in Wien stattfand, wurden Richtlinien zur RSV-Prophylaxe für Hochrisikokinder in Österreich diskutiert und in einem einheitlichen Beschluß festgelegt.

„Die Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde stellt bezüglich der RSV-Prophylaxe fest, dass die generelle Umsetzung des Österreichischen Konsensuspapiers auf Grund der hohen Kosten in Österreich teilweise in Frage gestellt sein wird, zumal diesbezügliche Richtlinien auch in anderen Ländern kontrovers diskutiert werden.“

Schlüsselwörter:

Respiratory Syncytial Virus – Frühgeborene - Risikofaktoren - Palivizumab (Synagis.)

Zur Problematik der RSV-Erkrankung

Epidemiologie:

Respiratory syncytial virus (RSV) ist weltweit die häufigste Ursache für Bronchiolitis und Bronchopneumonie im Säuglings- und frühen Kleinkindesalter (1). Frühgeborene stellen aufgrund der Unreife ihrer zellulären Immunabwehr und möglicher pulmonaler Vorschäden eine spezielle Risikogruppe dar. So fand man in einer großen kanadischen Untersuchung unter 1000 wegen RSV hospitalisierten Säuglingen 22% Frühgeborene. 42% dieser Frühgeborenen wurden an einer Intensivstation behandelt, von diesen mußten wiederum 53% beatmet werden (2). In der selben Studie fand man eine höhere Inzidenz an RSV bedingten Rehospitalisierungen bei Frühgeborenen als bei Termingeborenen.

Länderübergreifende europaweite epidemiologische Daten sind derzeit noch nicht ausreichend vorhanden. Einzelberichte aus einigen EU Staaten bestätigen jedoch die amerikanischen Studien (3,4) und auch österreichische Daten zeigen die saisonale Häufigkeit an RSV-Infektion zwischen den Monaten November bis April (5) [Abbildung 1]. Ebenso sind auch in Österreich besonders Frühgeborene betroffen, die während der Wintermonate geboren und in dieser Zeit in häusliche Pflege entlassen werden (6).

Pathogenese:

Man unterscheidet zwei RSV-Subtypen A und B und zwei Oberflächenglykoproteine, von denen das G-Glykoprotein für die RSV-Bindung an die Epithelzellen des Respirationstraktes und das F-Glykoprotein für die Zellfusionierung (Syncytia-Bildung) und Ausbreitung von Zelle zu Zelle verantwortlich ist. Letzteres ist zwischen den beiden RSV-Subtypen zu 95% identisch.

Heterogene Faktoren spielen bei der Entstehung der schweren RSV Infektion Frühgeborener eine Rolle. Mütterliche Antikörper, die während der letzten Schwangerschaftswochen die Plazenta passieren und so das Neugeborene schützen, können bei Frühgeborenen, besonders vor der 32. SSW, keine ausreichend protektiven Spiegel erreichen (7). Häufige Komplikationen wie die chronische Lungenerkrankung des Frühgeborenen (bronchopulmonale Dysplasie) resultieren in einer erhöhten Empfindlichkeit des Lungengewebes gegenüber RSV. Als Folge sieht man bei den betroffenen Patienten schwere und zum Teil beatmungspflichtige RSV bedingte Bronchiolitiden und Pneumonien.

Patienten, die während der ersten Lebensmonate an einer schweren RSV Infektion erkrankt waren, dürften ein erhöhtes Risiko haben in späteren Jahren an Asthma zu erkranken (8). So fand man bei diesen Kindern im Alter von 6 Jahren eine signifikant erhöhte Inzidenz an „wheezing“, das sich durch chronische Viruspräsenz im Alveolar-

*Zaknun D, Resch B, Jürgenssen O, Sterniste W, Kaulfersch W, Schweintzger G, Trawöger R, Piberhofer R, Weissensteiner M, Schmitzberger R, Berger J, Müller W und Pollak A.

Arbeitsgruppe Neonatologie der ÖGKJ

gewebe erklären läßt. In einer anderen kürzlich publizierten Studie wurden nach Bronchiolitiden keine erhöhten IgE-Werte gemessen (9), sodaß die Autoren eher mit einer pathologischen Form der zellulären Immunantwort spekulieren, wodurch es bei diesen Patienten zu einer Viruspersistenz im Gewebe und damit zu den schweren Formen der RSV Infektion kommt.

Klinik:

Typische klinische Erscheinungsbilder der RSV- Infektion sind, neben den häufigen Infekten der oberen Luftwege bei älteren Kindern und Erwachsenen, die Bronchiolitis und Pneumonie. Bei

sehr jungen Säuglingen stehen oft initial atypische Symptome wie Blässe, Trinkschwäche und Apnoen im Vordergrund. Schwere Komplikationen der RSV Erkrankung wie maschinelle Beatmung oder extrakorporale Membranoxygenierung beim kompletten respiratorischen Versagen, sind wegen der Unreife des zellulären wie humoralen Immunsystems bei Frühgeborenen beschrieben (1).

Daß sich das Immunsystem erst im Verlauf des ersten Jahres zur vollen Erwachsenenreife ausbildet, erklärt die besondere Anfälligkeit der Säuglinge vor dem 8. Lebensmonat und im speziellen der Frühgeborenen im Falle einer RSV-Exposition (10).

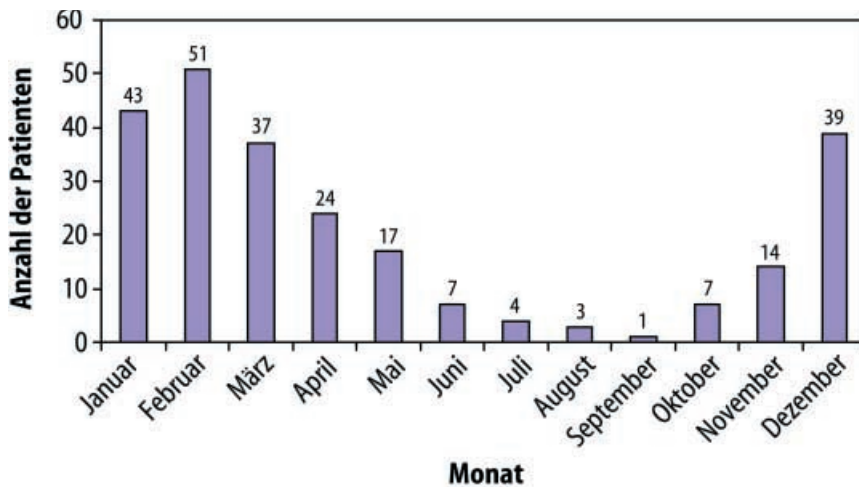


Abb. 1 ▲ Saisonale Verteilung der RSV-Hospitalisierungen an der Univ. Klinik f. Kinder- und Jugendheilkunde Graz 1994 – 1998

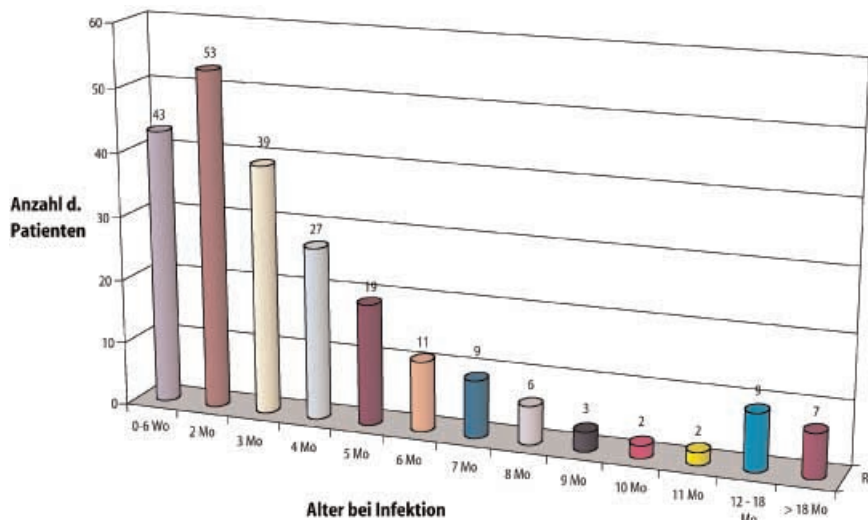


Abb. 2 ▲ Altersverteilung der RSV-Hospitalisierungen an der Univ. Klinik f. Kinder- und Jugendheilkunde Graz 1994 – 1998

Tabelle 1

Risikofaktoren, die zu einer vermehrten RSV Inzidenz bei Säuglingen und Kleinkindern führen können.

- ▶ Entlassung aus einer neonatologischen Intensivstation kurz vor oder während der RSV Saison
- ▶ Mehrkindfamilien in engen Wohnverhältnissen
- ▶ Säugling im selben Zimmer wie infizierte Geschwister
- ▶ Mehrlingsschwangerschaften
- ▶ frühe Unterbringung in Kindertagesstätten
- ▶ Geschwister im schulpflichtigen Alter
- ▶ schlechte Aufklärung der Familien in Bezug auf Infektionsverhütung
- ▶ Tabakrauchbelastung
- ▶ zusätzliche neurologische Erkrankungen

Weitere Risikogruppen sind Patienten mit angeborenen Herzfehlern, Patienten mit Immunsuppression oder -defizienz, mit cystischer Fibrose sowie neuromuskulären Erkrankungen. Tabelle 1 zeigt zusätzliche Risikofaktoren einzelner Patientengruppen.

In Abbildung 2 ist die Altersverteilung der RSV-Hospitalisierungen an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Graz im Zeitraum 1994-1998 dargestellt.

Palivizumab (Synagis®), ein humanisierter monoklonaler Antikörper gegen Respiratory Syncytial Virus

a) Aktive Immunisierung

Der Versuch einer aktiven formalinaktivierten Impfung gegen RSV führte zu besonders schweren Formen der RSV Infektion (12). Eine aktive Impfung, einmal entwickelt, müßte kurz nach der Geburt verabreicht werden, da während der ersten Lebensmonate das größte Infektionsrisiko besteht. Bei Frühgeborenen würde eine solche Impfung zu einem Zeitpunkt eines noch sehr unreifen Immunsystems verabreicht werden. F- und G-Antigen des Erregers sind Glykoproteine und hauptverantwortlich für die Virulenz des Erregers. Die Antikörperbildung gegenüber Glykoproteinen

ist bei Frühgeborenen reduziert. Eine entsprechende Immunogenität ist in den bisherigen Vakzinestudien somit noch nicht gegeben.

Eine natürliche Immunität ist bei RSV nur sehr kurzlebig, sodaß Säuglinge in kurzer Zeit mit RSV re-infiziert werden können. Dies kommt erfahrungsgemäß besonders häufig bei Patienten mit chronischer Lungenerkrankung vor (13).

b) Passive Immunisierung durch Hyperimmunglobulin:

1996 wurde in den USA ein Hyperimmunglobulin zur Prophylaxe der RSV Infektion bei Säuglingen erstmals zugelassen. In einer Publikation von Simoes et al. 1998 zeigte sich jedoch eine erhöhte Komplikationsrate bei Patienten mit zyanotischen Vitien nach Hyperimmunglobulingabe (13). Als weiterer Nachteil wurde die intravenöse Verabreichung und damit notwendige Hospitalisierung sowie das Risiko der Infektionsübertragung bei humanen Blutprodukten gesehen. Eine passive Immunisierung mit Hyperimmunglobulin wurde im Gegensatz zu den USA in Europa nie zugelassen.

c) Passive Immunisierung durch einen monoklonalen Antikörper:

Im Juni 1998 wurde von der FDA in den USA der monoklonale Antikörper Palivizumab (Synagis®) zur Prophylaxe der RSV- Infektion bei Frühgeborenen zugelassen (14). Palivizumab ist ein monoklonaler humanisierter Antikörper gegen das RSV F Glycoprotein, ein Antigen welches konstant an der Virusoberfläche nachweisbar und somit hauptverantwortlich für Pathogenität und Immunogenität ist.

In einer multizentrischen plazebo-kontrollierten Studie wurden 1502 Frühgeborene oder Kinder mit bronchopulmonaler Dysplasie untersucht (15). In dieser Studie zeigte sich Palivizumab als sicher und effektiv. Die Hospitalisierungsrate wegen einer RSV Infektion war in der Untersuchungsgruppe um 55% niedriger als in der Plazebogruppe (10,6% in der Plazebogruppe versus 4,8% in der Palivizumabgruppe). Bei Frühgeborenen ohne chronische Lungenerkrankung betrug die Reduktion der RSV-Hospitalisierung sogar 78%. Auf Basis dieser Ergebnisse erstellte die

American Academy of Pediatrics Richtlinien zur prophylaktischen Gabe von Palivizumab (Synagis,) (14). Diese wurden im letzten Jahr in Europa je nach den gesundheitspolitischen Situationen der einzelnen Länder individuell variiert, alle hielten jedoch eine Empfehlung für Kinder mit chronischer Lungenerkrankung oder Frühgeburtlichkeit £ 32 SSW aufrecht. RSV-Rehospitalisierungen variierten nach Einführung von Palivizumab bei Frühgeborenen zuletzt in USA und Europa zwischen 1,3% und 3,2% (Advancing Standards of Care in the Premature Infant, Paris, 8-9 September 2000).

In einer Konsensuskonferenz am 9. Juni 2000 wurden von der Arbeitsgruppe für Neonatologie der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde einheitliche Richtlinien zur RSV-Prophylaxe bei Frühgeborenen erarbeitet.

Empfehlungen zur RSV-Prophylaxe mit Palivizumab (Synagis®) bei Frühgeborenen in Österreich

Primäre Prophylaxe der RSV Infektion bei Neugeborenen

Die primäre Prophylaxe spielt bei der Vermeidung einer RSV Infektion eine entscheidende Rolle. Als primäre Prophylaxe werden Vermeidung von Risikofaktoren wie Rauchen in der Familie, Expositionsprophylaxe und Hygienemaßnahmen im innerfamiliären Bereich definiert. Eine primäre, umfassende Aufklärung der betroffenen Familien im Hinblick auf Prophylaxe, sollte noch im betreuenden Krankenhaus begonnen und später vom niedergelassenen Kinderarzt weitergeführt werden. Weiters sollten Eltern über den Immunisierungsmodus ausreichend informiert werden. Die Kontaktaufnahme mit den Krankenkassen sollte noch vom entlassenden Krankenhaus initiiert werden.

Hygienemaßnahmen im Krankenhausbetrieb:

Nosokomiale RSV Infektionen stellen an pädiatrischen Intensivstationen eine besondere Herausforderung dar. Daher sind entsprechende Hygienemaßnahmen zur Infektionskontrolle strikt einzuhalten.

Folgende Patienten sollen Palivizumab (Synagis®) zur RSV-Infektions Prophylaxe erhalten:

- ▶ Frühgeborene mit einem Gestationsalter von 32 Schwangerschaftswochen oder weniger über die erste RSV-Saison.
- ▶ Frühgeborene mit chronischer Lungenerkrankung definiert als Sauerstoffbedarf nach der vollendeten 36. Schwangerschaftswoche. Schwere therapiebedürftige Formen auch über zwei RSV-Saisonen.
- ▶ Azyanotische Herzfehler stellen keine Kontraindikation dar.

Zu welchem Zeitpunkt sollte Palivizumab (Synagis®) verabreicht werden?

- ▶ Die Verabreichung erfolgt in 5 monatlichen Abständen über die RSV-Saison .
- ▶ Die RSV-Saison beginnt mit 1. November des jeweiligen Jahres und endet mit 31. März des folgenden Jahres.
- ▶ Es sollte darauf geachtet werden, daß die erste Impfung Anfang November und die letzte Verabreichung Ende März erfolgt, um einen möglichen Inzidenzanstieg im April abzudecken.
- ▶ Eine einmal begonnene Behandlung sollte unbedingt vollständig durchgeführt werden.
- ▶ Bei Entlassung von der neonatologischen Intensivstation während der RSV-Saison erfolgt die erste Impfung 3-5 Tage vor der Entlassung

Wie sollte die Palivizumab (Synagis®) Verabreichung erfolgen?

- ▶ Nach Indikationsstellung durch die Klinik sollten die Synagis, Gaben nach entsprechender Information im Mutter/Kindpass beim niedergelassenen Kinderarzt erfolgen.
- ▶ Der Antikörper sollte intramuskulär an den Streckseiten der unteren Extremität – M. vastus lateralis (genau wie vom Impfausschuß empfohlen) appliziert werden.
- ▶ Eine Koordination mit anderen Impfungen sollte angestrebt werden. Es gibt keine negativen Wechselwirkungen mit den üblichen Kinderimpfungen.
- ▶ Die Dosierung pro Verabreichung beträgt 15mg/Kg KG intramuskulär.

Literatur

- Hall CB. Respiratory syncytial virus. In Feigen RD, Cherry JD, eds. Textbook of Pediatric Infectious Diseases. Philadelphia: Saunders; 1998:2084-2110.
- Law BJ, MacDonald N, Langley J, et al. Severe respiratory syncytial virus infection among otherwise healthy premature born infants: what are we trying to prevent? *Pediatr Child Health* 1998; 3:402-404.
- Giovanni M, Giuffrè L, Marini A et al. Le infezioni da virus respiratorio sinciziale in età pediatrica. *Stato dell'arte. Neonatologica* 1999; 13; 2:89-92.
- Carbonell-Estrany X, Giuffrè L, Kimpfern J L, et al. Guidelines for the use of synagis, (Palivizumab), a humanized monoclonal antibody for the prevention of respiratory syncytial virus (RSV) disease in high Risk infants: A consensus opinion. *Suppl to Infections in Medicine* 1999; 16: 29-33.
- Resch B, Gusenleiter W, Mandl C and Müller W. Epidemiology of Respiratory Syncytial Virus Infection in Southern Austria. *Pediatr Infect Dis*. 2000; 19: 587-588.
- Imaizumi S, DeLauter M, Pereira GR, Hurt H, Fernandes M and Goldsmith L. Seasonal respiratory syncytial virus (RSV) infection post immune prophylaxis: Compliance and patient characteristics. *Pediatr. Research* 2000; 47: 341.
- DeSierra TM, Kumar ML, Wasser TE, et al. Respiratory syncytial virus-specific immunoglobulins in preterm infants. *J Pediatr* 1993; 122:787-791.
- Stein RT, Sherill D, Morgan W, et al. Respiratory syncytial virus in early life and risk of wheeze and allergy by 13 years. *The Lancet* 1999; 354, 541-545.
- Welliver RC, Shuff C, Alessi K and Hintz K. Bronchiolitis and eosinophilia at the time of respiratory syncytial virus infection are associated with a shift away from Th2 cytokines. *Pediatr Research* 2000; 47: 280.
- Kemp AS and Campell DE. The neonatal immune system. *Semin Neonatol* 1996;1:67-75.
- Kapikian AZ, Mitchell RH, Channock RM et al. An epidemiological study of altered clinical reactivity to respiratory syncytial virus infection in children previously vaccinated with inactivated RSV virus vaccine. *Am J Epidemiol* 1969; 89:405-421.
- Groothuis JR, Gutierrez KM, Lauer BA. Respiratory syncytial virus infection in children with bronchopulmonary dysplasia. *Pediatr* 1988; :82:199-203.
- Simoes EAF, Sondheimer H, Top FH Jr, et al. Respiratory syncytial virus immune globulin for prophylaxis against respiratory syncytial virus disease in infants and children with congenital heart disease. *J Pediatr*. 1998; 133:492-499.
- American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases. Prevention of respiratory syncytial virus infections: indications for use of palivizumab and update on the use of RSV-IVIG. *Pediatrics* 1998; 121:1216.
- The IMPACT Study Group. Reduction of respiratory syncytial virus hospitalization among premature infants and infants with bronchopulmonary dysplasia using respiratory syncytial virus monoclonal antibody prophylaxis. *Pediatrics* 1998; 102:537.

Borrelientestung in Zecken

Stellungnahme der Landesarbeitsgruppe Borreliose und FSME Baden-Württemberg e.V.

Kimmig, P., Hassler, D., Braun, R.W.

Wir beziehen uns auf den Beitrag von Herrn Dr. Hobusch und Herrn Dr. Noack in der Monatsschrift für Kinderheilkunde 1/2000, Seite 82. Der dort geäußerten Ansicht „Sucht ein Patient wegen eines Zeckenstiches den Arzt auf, sind Entfernung der Zecke und ein Aufklärungsgespräch über das Erkrankungsrisiko nach wie vor die einzigen medizinischen Maßnahmen“, können wir uns nicht anschließen. Wir halten diese Aussage angesichts neuer Erkenntnisse zur Epidemiologie und Klinik der Borreliose für nicht mehr vertretbar. Diese Ansicht beruht auf folgenden Fakten:

- Amerikanische Daten können nicht auf die Situation in Süddeutschland übertragen werden, da sowohl die Vektoren (in USA v.a. I. scapularis und I. dammini, in Deutschland I. ricinus), als auch die Erreger unterschiedlich sind (in USA hauptsächlich B. burgdorferi sensu strictu, in Deutschland B. garinii, B. afzelii, B. burgdorferi sensu strictu, B. valerisiana und 10 % untypisierte Stämme). Auch das klinische Spektrum ist unterschiedlich.
- Bei Zecken findet sich in Baden-Württemberg eine Borreliendurchseuchung von durchschnittlich bei 10-40 % (bei adulten Zecken 10-40 %, bei Nymphen 5-10 % und bei Larven 1 %).
- Bei einer Untersuchung von insgesamt 730 Patienten wurde gezeigt, dass das Übertragungsrisiko bei Stich durch eine Borrelien-positive Zecke (Nachweis durch PCR) bei 27 % liegt.
- Nach einer Übertragung von Borrelien tritt ein Erythema chronicum migrans (ECM) nur in ca. 50-70 % aller Fälle auf, bei 30-50 % der Infektionen bleibt ein ECM aus.
- Bei ca. der Hälfte aller Patienten mit einer Borreliose im Stadium zwei oder drei ist anamnestisch kein ECM aufgetreten.
- In manchen Gegenden Süddeutschlands überschreitet die Borrelien-Antikörperprävalenz 40 %. Da bei ausgeheilten Infektion die Antikörperspiegel im Laufe der Jahre unter die Nachweisgrenze absinken, ist von einer hohen Zahl persistierender Infektionen auszugehen.
- Eine europäische und eine amerikanische Langzeitstudie legen nahe, dass die überwiegende Mehrzahl aller unbehandelten borrelieninfierten Patienten klinisch erkrankt, wenn teilweise auch erst nach Jahren.
- Es gibt keine Belege dafür, dass eine unbehandelte Borrelieninfektion spontan ausheilt. In einer amerikanischen Studie entwickelten alleine 50 % der Patienten ohne Therapie eine Lyme-Arthritis. Auch bei asymptomatischen seropositiven Patienten können Borrelien häufig nachgewiesen werden, was ebenfalls auf die Persistenz des Erregers hinweist.
- Man schätzt, dass in Deutschland jährlich zwischen 40.000 und 80.000 neue Fälle von Borrelieninfektionen auftreten. Unerkannt und unbehandelt kommt es alleine zu ca. 5.000-8.000 Fällen akuter Neuroborreliose pro Jahr, nicht eingerechnet die sonstigen Phase zwei und drei Manifestationen, wie Lyme-Arthritis oder Akrodermatitis atrophicans, die sich in Abhängigkeit vom infizierenden Borrelien-Subtyp manifestieren.
- Eine Antibiotika-Prophylaxe nach Stich einer Borrelien-positiven Zecke wird in der neueren Literatur diskutiert bzw. empfohlen. Selbst die von den Autoren der DGPI-Stellungnahme zitierte Arbeit von Magid et al. empfiehlt eine antibiotische Prophylaxe, wenn das Infektionsrisiko (nicht etwa der Manifestationsindex) über 3,6 % liegt.

11. Aufgrund dieser Fakten und um die hohe Zahl von Spätkomplikationen zu reduzieren, führt der schweizerische Gesundheitsdienst den Borreliennachweis in der Zecke durch. Der Baden-Württembergische Gesundheitsdienst hat sich dem angeschlossen und bietet den Borreliennachweis in der Zecke durch PCR zum Selbstkostenpreis (DM 40,-) an. In Übereinstimmung mit der Literatur wird bei positivem Borreliennachweis eine geeignete Antibiotika Prophylaxe empfohlen.
12. In den entsprechenden Merkblättern der Landesarbeitsgruppe Borreliose und FSME Baden-Württemberg e. V. wird auf die Indikation und die Limitationen dieser Untersuchung jeweils hingewiesen.

Stuttgart, den 18.02.2000

Literatur bei:

Prof. Dr. med. R. W. Braun
Landesarbeitsgruppe Borreliose und FSME
Baden-Württemberg e.V.
c/o Landesgesundheitsamt, Wiederholdstr. 15,
70174 Stuttgart

Abschließende Erwidern der DGPI

Hobusch, D. und R. Noack
(für die DGPI)

Erkrankungen an einer Borrelia burgdorferi-Infektion verlaufen lokalisiert, disseminiert oder spät-persistierend mit den bevorzugten Manifestationen an Haut, Nervensystem, Gelenken und Herz weltweit gleich. In Europa können 3 humanpathogene Spezies von Borrelia identische Erkrankung hervorrufen, in den USA ist dafür nur eine Genospezies verantwortlich. Für den Patienten und den behandelnden Arzt ist das nebensächlich. Wichtig ist dieser Unterschied für Impfstoffhersteller und auch für Epidemiologen, da die verschiedenen Borrelienspezies mit bestimmten klinischen Manifestationen korrelieren. Der die Borrelien übertragende Vektor – ob diese oder jene Schildzeckenart – kann für den Patienten sicher ganz vernachlässigt werden. Insofern sind das klinische Bild und die Therapie einer Lyme-Borreliose natürlich international vergleichbar.

Die Autoren der Landesarbeitsgruppe verteidigen ihre inaugurierte „Zecken-PCR“ mit der Konsequenz, dass bei positivem Borreliennachweis eine Antibiotikaprophylaxe des möglicherweise Infizierten erfolgen sollte, „um die hohe Zahl der Spätkomplikationen zu senken“. In ihrer Begründung wird u. a. der US-Borreliose-Experte Steere zitiert. Steere lehnt aber weiterhin eine generelle Antibiotika-Prophylaxe nach Zeckenstich ab. Sie sei höchstens bei besonders ängstlichen Personen oder bei „schwierigen Verlaufskontrollen“ zu überdenken. Warshafsky et al. haben zu dieser Fragestellung eine umfangreiche Metaanalyse publizierter Studien erarbeitet. Sie kamen zu dem Schluss, dass auch in endemischen Regionen eine prophylaktische Antibiotikatherapie nicht zu rechtfertigen sei. Mehrheitlich wird – auch nach Kenntnis der Zecken-PCR-Untersuchung – die Antibiotikaprophylaxe nach Zeckenstich abgelehnt. Die „American Academy of Pediatrics Com-

mittee on Infectious Diseases“ und die „Infectious Diseases Society of America“ lehnen allein schon die Untersuchung der Zecken ab, da „der prädiktive Wert solcher Tests für Erkrankungen beim Menschen unbekannt ist“.

Zahlreiche unspezifische Symptome werden bei einer Seropositivität wahrscheinlich unberechtigt als Lyme-Borreliose diagnostiziert und behandelt. Auch hier ist ein Meinungsstreit zu beobachten.

Bei der Antibiotika-Prophylaxe nach Stich einer infizierten Zecke werden aufgrund der niedrigen Manifestationsrate zahlreiche Personen grundlos mit Antibiotika behandelt. Neben den Kosten ist dabei u. a. auch an eine Selektion resistenter Bakterienstämme zu denken. Die wirksamsten Maßnahmen zur Verhinderung von Spätkomplikationen sind die rasche und korrekte Entfernung der Zecke, die Beobachtung der Stichstelle sowie die frühzeitige Antibiotikatherapie bei Auftreten borreliosespezifischer Symptome.

Wir schließen uns der von Wilske et al. erneut formulierten Empfehlung an: „Verstärkt daran denken und bei Verdacht sofort handeln...“. Die von uns in dieser Zeitschrift publizierten Argumente gegen die Bestimmung einer „Zecken-PCR“ bleiben nach dem gegenwärtig vorliegenden Kenntnisstand aufrechterhalten.

Literatur bei:

Dr. D. Hobusch
Univ.-Kinder- und -Jugendklinik,
Rembrandtstraße 16/17, 18057 Rostock

Neue ESPED-Studie:

Intersexualität und schwere Genital-Fehlbildungen

Seit dem 1. September 2000 führt die Erhebungsstelle für seltene pädiatrische Erkrankungen (ESPED) zusammen mit der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Endokrinologie (APE) eine Studie zur Inzidenz von Intersexualität und schweren Genitalfehlbildungen bei Neugeborenen durch.

Die Häufigkeit der Intersexualität ist wegen der großen klinischer Heterogenität, Vielfalt ätiologischer Ursachen und Betreuung durch unterschiedliche Fachdisziplinen weitgehend unbekannt. Nach vorsichtigen Schätzungen rechnen wir mit einer Inzidenz zwischen 100 und 200 für alle Formen der Intersexualität bei Neugeborenen in Deutschland. Die Geburt eines solchen Kindes löst sehr häufig diagnostische und therapeutische Unsicherheit aus. Aus klinischer Sicht ergeben sich dringende Fragen nach Evidenzbasierten und Lebensqualität-orientierten Behandlungsstrategien, die optimale medizinische Ergebnisse und eine gelungene psychosoziale Adaptation der Betroffenen und ihrer Familien ermöglichen. Voraussetzung klinischer Studien zur Ätiologie, Diagnostik und Therapie setzen die Kenntnis der Häufigkeit und typischer Konstellationen für Phänotyp, Genotyp, Hormonstatus und Geschlechtszuweisung des Kindes voraus, um später die Entwicklung von Leitlinien zu ermöglichen.

Wesentliche Fragestellungen lauten:

- ▶ Wie häufig führt ein uneindeutiger Phänotyp der äußeren Geschlechtsmerkmale bei einem Neugeborenen zur stationären (oder ambulanten) Abklärung in einer Kinderklinik?
- ▶ Welches diagnostische und therapeutische Vorgehen wird initial gewählt und welche Fachleute werden im Rahmen eines interdisziplinären Management hinzugezogen?
- ▶ Welche Geschlechtszuweisung erfolgt bei Neugeborenen und aufgrund welcher phänotypischen, chromosomalen, hormonellen oder sozialen Konstellationen erfolgt sie?

Wie häufig und aus welchen Gründen wird die Geschlechtszuweisung in den ersten Lebensmonaten geändert?

Folgende Fälle sollten an ESPED gemeldet werden:

- ▶ Neugeborene mit uneindeutigem Phänotyp der äußeren Geschlechtsmerkmale, d.h. die primäre Geschlechtszuweisung erscheint schwierig (einschließlich sehr schwere Hypospadie, auch im Rahmen syndromaler Erkrankungen, manifeste hormonelle Erkrankungen wie Adrenogenitales Syndrom u.a.)
- ▶ Neugeborene mit eindeutigem Phänotyp bei abweichendem bekanntem Genotyp (z.B. nach pränataler Diagnostik: XY Status bekannt, Phänotyp weiblich).

Es erfolgt keine Kontaktaufnahme mit Patienten oder Angehörigen, die erhobenen Daten werden anonym ausgewertet. Die Studie und Vorgehensweise wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Universität zu Lübeck geprüft und gebilligt. Die Dauer der Erhebung beträgt zunächst ein Jahr, bei weniger als 100 Fällen wird eine Verlängerung für ein Jahr angestrebt.

Koordinierung:

PD Dr. med. Ute Thyen
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, UKL,
Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck,
Tel 0451/ 5002615/ -2605, Fax -6064,
thyen@paedia.ukl.mu-luebeck.de

Aus Zwei mach Eins

Zusammenlegung der Kinderkliniken in Hamm

Der Weg ist das Ziel

Anfang der 80er Jahre wurden Gespräche darüber begonnen, ob es sinnvoll ist, beide Kinderkliniken in Hamm zu einer einzigen zusammenzufassen. Damals bestanden unüberwindliche Schwierigkeiten in den unterschiedlichen konfessionellen Trägerschaften.

Die Diskussion über eine Zusammenlegung wurde seit dieser Zeit immer wieder angeregt, ohne daß man weiterführende Ergebnisse erzielte. Den ärztlichen Beteiligten an dieser Diskussion war allerdings von Anfang an klar, daß die Zusammenlegung beider Kinderkliniken der einzig vernünftige Weg für die Zukunft wäre. An der Verfolgung dieses Zieles hielten die Chefarzte und die Verantwortlichen des Evang. Krankenhauses daher auch beharrlich fest.

Mit der Einrichtung eines Perinatalzentrums Mitte der 80er Jahre am Evangelischen Krankenhaus in Hamm wurde allerdings ein erster wegweisender Schritt getan. Damit war zu diesem Zeitpunkt klar, daß die Bildung einer Kinderklinik unter der Trägerschaft des Evang. Krankenhauses Hamm geschehen würde.

Endlich wurden nach langen Verhandlungen unter Einbeziehung des Landes NRW ab dem 01.07.1999 beide Kinderkliniken unter der Trägerschaft des Evang. Krankenhauses Hamm zusammengeführt. Ab dem 01.10.1999 nahmen wir die gemeinsame Arbeit im Gebäude der ehemaligen Kinderklinik St. Elisabeth auf.

Ehemals 185 pädiatrische Betten wurden zurückgeführt auf 120, davon 18 intensiv-neonatologische Plätze innerhalb des Perinatalzentrums. Die vorhandenen 23 kinderchirurgischen Betten blieben unverändert, so daß die

gesamte Klinik für Kinder- und Jugendmedizin über 143 Plätze verfügt.

Vorbereitend zu der Zusammenführung beider Teams hatten wir in beiden Kinderkliniken ab Herbst 1998 nur befristete Arbeitsverträge ausgesprochen. Dies erleichterte uns den relativ schnellen Ausgleich personeller Überkapazitäten. So war es möglich, ohne betriebsbedingte Kündigungen, ein Team mit gleicher Zielrichtung und Zielsetzung zu formieren. Es soll nicht unerwähnt bleiben, daß dies für alle Beteiligten ein besonders hohes Maß an organisatorischer und emotionaler Arbeit beinhaltete.

Probleme auf dem Weg

Neben der "inneren Umstellung" galt es auch, die Umstellung für unsere Kunden, besonders die Eltern, zu gestalten.

Plötzlich gab es keine Möglichkeit mehr für das Kinderklinik-Hopping in Hamm, plötzlich galt es für die Eltern, sich zum Teil umzustellen auf einen anderen Standort und aufgrund der größeren Zahlen in der Notfallambulanz sich auf längere Wartezeiten einzustellen. Ein übriges zur Unzufriedenheit trug und trägt die relative Enge in der alten Klinik bei. Dies führte verständlicherweise nicht immer zu freudvollen Gesprächen, sondern darüber hinaus auch zu Beschwerden, bis hin zu Artikeln in der Lokalpresse.

Immer wieder waren hier persönliche sowie telefonische Kontaktaufnahmen und auch schriftliche Erklärungen notwendig.

Zudem sind die Erwartungen und Ansprüche der Eltern, trotz der erkennbaren Beeinträchtigungen der klinischen und auch niedergelassenen Pädiatrie, so groß geworden wie niemals zuvor. Dieser Umstand aggravierte unsere bestehenden Probleme beträchtlich.

All diese Schwierigkeiten zeigten uns aber auch, daß die Zusammenführung beider Kinderkliniken zu einem viel zu späten Zeitpunkt erfolgte. Weder die gesellschaftlichen, noch die finanziellen Rahmenbedingungen waren zum Zeitpunkt 1999 optimal.

Daher hat unser gesamtes Team und dies beinhaltet auch die Geschäftsführung des Evang. Krankenhauses, unter Restriktionen sehr zu leiden und es ist bewundernswert, mit welcher Kraft und welch hohem persönlichen Einsatz alle Mitarbeiter das Ziel einer gemeinsamen Klinik für Kinder- und Jugendmedizin in Hamm verfolgten.

Wie geht es weiter

Mit Unterstützung des Landes NRW wird die am Evang. Krankenhaus Hamm gelegene, z.Zt. nicht genutzte ehemalige Märkische Kinderklinik umgebaut und durch einen Neubau ergänzt. Gemeinsam haben wir diese Änderungen geplant, so daß wir 2003-2004 die neuen Räumlichkeiten beziehen können. Eine große Zahl von Problemen im Bereich der Ablauforganisation, des Rooming-in Angebotes für Eltern und der räumlichen Enge in einem alten Gebäude, wird sich dann lösen.

Auch wissen wir, daß wir durch die Abbildung unserer Leistungen mit Hilfe der DRG's unsere Arbeit deutlicher als bisher sichtbar machen können. Daher sind wir sicher, mit der Einführung dieses Systems Vorteile gegenüber dem jetzigen Vergütungssystem zu erhalten.

Empfehlung für „Nachahmer“

Die Zusammenlegung zweier Kinderkliniken in einer Stadt mittlerer Größe stellt ein äußerst wirksames Instrument zur Erhaltung der klinischen Kinderheil-

kunde dar. Überflüssige Kapazitäten und Vorhaltungen werden abgebaut, Konzentrationen dadurch erzielt, unnötige konkurrierende Verhaltensmaßnahmen zwischen den einzelnen Kliniken vermieden.

Allerdings muß jedem Nachahmer bewußt sein, daß der Weg dorthin gespickt ist mit Fußangeln und Fallen, die nicht alle frühzeitig zu erkennen sind. Auch bedarf es, besonders bei der Frage des Personals, vorbereitender Aktionen, um nicht mit Überkapazitäten über einen zu langen Zeitraum arbeiten zu müssen. Die mentale und psychische Umstellung aller Mitarbeiter auf ein neues zu vereinbarendes Ziel, bedarf der permanenten Hinführung und des "Vorlebens". Es ist besonders wichtig, durch das Festlegen von Vereinbarungen, Klarheit in die inneren Abläufe zu bringen.

Vorzubereiten sind auch die Eltern unserer Patienten. Sie müssen wissen, was sich wann wo ändert und worauf sie sich evtl. einzustellen haben.

Wegen der engen finanziellen Mittel im Gesundheitswesen muß frühzeitig die Möglichkeit einer finanziellen Unterstützung durch das jeweilige Bundesland gegeben sein. Ansonsten gestalten sich Um- bzw. Neubaumaßnahmen gerade in der jetzigen Zeit als beinahe unmöglich.

Zusammenfassend können wir sagen, daß wir diesen Weg trotz aller Schwierigkeiten und Probleme empfehlen und, daß wir ihn selbst noch einmal gehen würden.

Prof. Dr. med. Lothar Reinken
Geschäftsführender ärztlicher Leiter
der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
am Evang. Krankenhaus Hamm

Neue Hilfsorganisation für Kinder gegründet

In Berlin engagiert sich eine neue Hilfsorganisation für kranke, behinderte und benachteiligte Kinder. Die gemeinnützige Deutsche Kinderhilfe Direkt e.V. wurde im Januar 2000 von ostwestfälischen Unternehmern gegründet. Marktwirtschaftliche Expertise und moderne Marketingstrategien sollen für einen guten Zweck eingesetzt werden. Seit Juni residiert die Bundesgeschäftsstelle in Berlin. Bundesweit soll ein Netz von Landes- und Ortsverbänden entstehen. In Thüringen, Nordrhein-Westfalen und Berlin haben sich bereits Mitgliedsverbände zusammenschlossen. Die Deutsche Kinderhilfe Direkt e.V. handelt nach dem Leitsatz, nur dort eigene Projekte zu initiieren, wo Themenbereiche nicht schon hinlänglich durch andere Organisationen bearbeitet werden. So fließen die Spendengelder vorwiegend an bestehende Einrichtungen, Vereine und Selbsthilfegruppen, die für ihre Projekte dringend Hilfe benötigen. Die Organisation hat ihren Arbeitsschwerpunkt auf die Verbesserung der Situation von Kindern bei Krankenhausaufenthalten gelegt. Die kinderfreundliche Raum- und Flurgestaltung sowie kreative Beschäftigungs- und Spielmöglichkeiten sollen für eine Umgebung sorgen, die den Bedürfnissen der kleinen Patienten angemessen ist. Für Spaß sorgt auch eine eigene Clown- und Theatergruppe, die bereits in Jena, Berlin und Potsdam für Abwechslung vom Krankenhausalltag sorgte. Langfristig hat die Deutsche Kinderhilfe Direkt das Ziel, neue Forschungs- und Therapieansätze zu fördern. Für direkte Anregungen und Anträge an den Kreis der Kinderkliniken ist der Vorstand dankbar. Beraten lässt sich das Berliner Team von einem Sachverständigenrat. Prof. Blanz, Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Prof. Grauel, Leiter der Neonatologie der Charité Berlin, Prof. Hofmann von Kap-Herr, stellvertretender Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie und Prof. Mau, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, stehen dem Verein und seinen Belangen mit Rat und Tat zur Seite. Auskünfte über Projektförderungen und weitere Informationen:

Deutsche Kinderhilfe Direkt e.V.
Märkisches Ufer 28, 10179 Berlin,
Tel. 030-2434294-0, Fax 030-2434294-9

Preisausschreibung

Adalbert-Czerny-Preis 2001

Die Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin wird auf ihrer Jahrestagung in Freiburg (13.-16.09.2001) den **Adalbert-Czerny-Preis 2001** verleihen.

Dieser besteht aus der Adalbert-Czerny-Medaille, einer Urkunde und einem Geldpreis von DM 20.000,-.

Mit dem Preis sollen insbesondere wissenschaftliche Leistungen auf dem Gebiet der Kinderheilkunde mit Einschluss ihrer Grenzgebiete ausgezeichnet werden. Die Arbeiten brauchen noch nicht veröffentlicht zu sein, doch soll ihre Veröffentlichung noch möglichst im Bewerbungsjahr erfolgen. Um den Preis können sich nur Kinderärzte aus dem deutschen Sprachraum bewerben. Der Preis soll bevorzugt an den wissenschaftlichen Nachwuchs oder an Kinderärzte in freier Praxis vergeben werden. Auch Arbeiten mit mehreren Autoren kommen in Betracht. Bewerber um den Preis müssen bis spätestens

1. Mai 2001

fünf Exemplare ihrer Arbeit an den Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Prof. Dr. Günter Mau, Kinderklinik, Städt. Klinikum, Holwedestraße 16, 38118 Braunschweig, einreichen.

Helmut-Stickl-Preis 2001

Im Jahr 2001 wird der **Helmut-Stickl-Preis** zur Förderung des Impfgedankens zum neunten Mal vergeben. Er wird von der **Deutschen Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin** ausgeschrieben und verliehen und ist von dem Unternehmen Aventis-Pasteur MSD gestiftet.

Um den mit 20.000,- DM dotierten Preis können sich niedergelassene Ärzte, Medizinjournalisten oder andere engagierte Personen bewerben, die sich im Lauf der letzten fünf Jahre im Bereich des Impfwesens besondere Verdienste erworben und den Impfgedanken gefördert haben.

Weitere Informationen und Teilnahmebedingungen können bei der Deutschen Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin in Köln angefordert werden. Bewerbungen müssen bis zum

15. Mai 2001

dort eingegangen sein: Deutsche Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin e.V., Frau Monika Benigni, Mielenforster Straße 2, 51069 Köln, E-Mail: kontakt@kinderheilkunde.org

Wissenschaftspreis 2001 „Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin“

Die Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin wird anlässlich ihrer Jahrestagung in Lübeck vom 21.-23. Juni 2001 ihren Wissenschaftspreis verleihen.

Dieser besteht aus einer Urkunde und einem Geldpreis von 10.000 DM. Mit dem Preis soll eine hervorragende wissenschaftliche Arbeit mit klinisch bedeutsamer Fragestellung im Schwerpunkt Neonatologie oder Pädiatrischer Intensivmedizin ausgezeichnet werden. Die für den Preis einzureichende Arbeit kann in deutscher oder englischer Sprache abgefasst sein. Sie soll in den Jahren 1999-2001 in einer wissenschaftlichen Zeitschrift veröffentlicht oder zur Veröffentlichung angenommen sein. Vier Exemplare der Arbeit sind an den 1. Vorsitzenden der Gesellschaft bis zum

1. April 2001

einzureichen: Prof. Dr. G. Jorch, Univ.-Kinderklinik, Wiener Straße, 39112 Magdeburg

Die Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde gibt folgende Termine bekannt:

**Präsidiumssitzung am 16.03.2001
Vorstandssitzung am 17.03.2001**

Ort: Hotel Gerstberg Alm, Salzburg

Zum 60. Geburtstag



Prof. Dr. Detlef Kunze

Geburt am 12.2.1941 in Grevesmühlen/Mecklenburg, Volksschule in Lübeck, Gymnasium in Wiesbaden, vorklinisches Studium in Bonn und klinisches in München. 1969 Eintritt in die Kinderpoliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München (Prof. Dr. H. Spiess). 1975 Habilitation, 1976 Zusatzbezeichnung „Medizinische Genetik“, 1980 Ernennung zum Professor und 1989 Wechsel an die Kinderambulanz im Klinikum Großhadern bei Fusion der beiden pädiatrischen Lehrstühle an der MLU München.

Das Außergewöhnliche seines Werdeganges, seine berufs- und medizinpolitischen Aktivitäten können nur angedeutet dargestellt werden: Assistentenvertreter in der Medizinischen Fakultät von 1970-1978, Vertreter der Professoren im Fachbereichsrat der Fakultät und Mitglied zahlreicher Fakultätskommissionen seit 1980, auch seit 1980 Vorsitzender des Marburger Bundes in Bayern, seit 25 Jahren Mitglied des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer und von 1991-95 ihr Vizepräsident, Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, gewählter Delegierter auf 35 Bayerischen und 28 Deutschen Ärztetagen in Folge, in verantwortlichen Positionen der Bayerischen Ärzteversorgung und Versorgungskammer, darüber hinaus Mitglied in zahlreichen wissenschaftlichen Fachgesellschaften und deren Beiräten sowie von Berufsverbänden.

Diese zahlreichen Aktivitäten von Herrn Kunze verdienen höchste Anerkennung und lebhaften Dank, begleitet von herzlichen Glückwünschen.

KvS



Dr. Ursula Lübke

Frau Dr. Lübke sei zum 60. Geburtstag am 4. Februar herzlich gratuliert.

Gebürtig aus Taucha bei Leipzig, Studium an der Karl-Marx-Universität Leipzig, Beginn als Assistenzärztin am Kreiskrankenhaus Bitterfeld. 1973 Fachärztin nach einer Hospitation an der Kinderklinik der Martin-Luther-Universität Halle, 1978 Oberärztin, ab 1982 kommissarisch und ab 1988 definitiv Chefärztin der Klinik.

1995 Fusion des Kreiskrankenhauses Bitterfeld mit dem Kreiskrankenhaus Wolfen. Seit Juli 1999 ist Frau Lübke Ärztliche Direktorin dieses neuen Krankenhauses und betreut die Kinderklinik in Wolfen als Chefärztin mit, solange noch zwei Klinikstandorte erhalten werden. – Möge ihr Einsatz für die Kinderklinik, insbesondere mit den erheblichen Veränderungen seit der Wende von gutem Erfolg begleitet sein.

KvS



Univ. Prof. Dr. I. D. Mutz

Ingomar Mutz wurde am 1.2.1941 in Graz geboren und maturierte im Jahre 1959 in seiner Geburtsstadt. Das Studium an der Medizinischen Fakultät der Karl Franzens-Universität Graz schloß Ingomar Mutz sub auspiciis des Herrn Bundespräsidenten im Jahre 1965 ab. Ab 1967 Ausbildung zum Facharzt für Kinderheilkunde an der Univ. Kinderklinik Graz (Prof. Dr. Lorenz, Prof. Dr. Zweymüller) wobei Ingomar Mutz sich sehr bald auf die Behandlung von Kindern mit malignen Erkrankungen spezialisierte. Diesem Spezialfach waren auch seine wissenschaftlichen Leistungen gewidmet, wobei als Höhepunkt sicherlich im Jahre 1978 die Durchführung der ersten allogenen Knochenmarktransplantation in Österreich zu zählen ist. Nach 2 x einjährigen Studienaufenthalten in den USA (1972, 1967) übernahm Ingomar Mutz 1979 die Leitung der Kinderabteilung des LKH Leoben, kurz danach wurde ihm die Lehrbefugnis für das Fach Kinderheilkunde an der Karl Franzens-Universität Graz verliehen.

Ingomar Mutz ist Mitglied zahlreicher pädiatrischer Fachgesellschaften und fungiert seit 1.1.2000 als Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Kinderheilkunde. Darüber hinaus ist er Mitglied des obersten Sanitätsrates und Mitglied des Impfausschusses des obersten Sanitätsrates in Österreich.

Wer wie ich das Vergnügen hatte, seine Pädiatrieausbildung bei Ingomar Mutz zu erhalten, weiß, welchen begnadeten Lehrer und umfassenden Allgemeinpädiater wir in unseren Reihen haben. Congratulata!

Andreas Zoubek

Geburtstage

Die Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin gratuliert herzlich ihren Mitgliedern, die im nächsten Monat einen "besonderen" Geburtstag feiern:

80 Jahre und älter werden:

- Dr. Hugo Konrad, Augsburg, 02.03.1921
 Dr. Fritz Lamberti, Putzbrunn, 03.03.1920
 Dr. F.-X. Seibold, Schwäbisch Gmünd, 05.03.1919
 Dr. Marlene Caspers, Hannover, 06.03.1917
 Dr. Paula Maria Hölscher, Ludwigshafen, 07.03.1920
 Dr. Franz X. Schuier, A-5026 Salzburg, 08.03.1921
 Dr. Rosemarie Beckmann, Rastatt, 10.03.1921
 Dr. Anneliese Braun, Stuttgart, 13.03.1914
 Dr. Elisabeth Brauß, Schwetzingen, 13.03.1913
 MR Dr. Ernst Ruickoldt, Güstrow, 13.03.1921
 Dr. E. Ganse-Baranek, Maxsain, 16.03.1917
 Dr. Erhard Ruß, Gelsenkirchen, 17.03.1920
 Dr. Annemarie Fuhrmann-Rieger, Bad Nauheim, 20.03.1921
 Dr. Aenne Wetter, Stuttgart, 20.03.1906
 Dr. Max Koebbel, Bremen, 21.03.1917
 Dr. Ernst-Günther Schultze, Wyk, 25.03.1920
 Prof. Dr. Otto Hövels, Frankfurt, 26.03.1921
 Prof. Dr. Wilhelm Kosenow, Krefeld, 26.03.1920
 Dr. Helmut Nagel, Heidelberg, 29.03.1908

75 Jahre werden:

- Dr. Helmut Aengenendt, Bonn, 07.03.1926
 Dr. Elisabeth Schleiblinger, Offenbach, 10.03.1926

- Dr. Johanna Wallrath, Köln, 17.03.1926
 Dr. Georg Slansky, Offenbach, 20.03.1926
 Dr. Otto Claßen, Winsen, 25.03.1926
 Prof. Dr. H. Heinisch, Münster, 27.03.1926

70 Jahre werden:

- Dr. Jamal Faridi, Remscheid, 14.03.1931
 Dr. Sieglinde Hostmann, Berlin, 26.03.1931
 Prof. Dr. Rudolf-A. Pfeiffer, Igeldorf/Stöckach, 30.03.1931

65 Jahre werden:

- Dr. Erich Thesen, Trier, 01.03.1936
 PD Dr. med. habil. Wolfgang Kotte, Promnitztal, 03.03.1936
 Dr. Claus Schmalz, Eschborn, 04.03.1936
 Dr. Venera Novatsek, Meschede, 08.03.1936
 Dr. Helmut Gramer, Bergheim, 09.03.1936
 Dr. Gerhard Kleinke, Hennigsdorf, 11.03.1936
 Dr. med. habil. H. Willgerodt, Leipzig, 11.03.1936
 Prof. Dr. Ulrich Wemmer, Darmstadt, 12.03.1936
 Dr. Godehard Seseke, Freiburg, 13.03.1936
 Dr. Anatol Kurme, Hamburg, 18.03.1936
 Dr. Adolf Rittmeier, Paderborn, 19.03.1936
 Prof. Dr. Joachim Bürsch, Göttingen, 19.03.1936

Sollte ein Mitglied nicht wünschen, dass sein Geburtstag in dieser Gratulationsliste erwähnt wird, bitten wir um rechtzeitige Nachricht (4 Monate vor dem Geburtstag) an die Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Johanniter-Kinderklinik, 53754 St. Augustin.

60 Jahre werden:

Dr. Wolfgang Buchkremer, Hofheim,
01.03.1941
SR Helga Hildebrandt, Söllichau,
01.03.1941
Dr. Elisabeth Hilgenfeld, Berlin,
01.03.1941
Dr. Rainer Noack, Berlin,
01.03.1941
Dr. Agnes Fischer, Hasbergen,
04.03.1941
Dr. Angelika Stendel-Wüstenfeld,
Hannover,
05.03.1941
Dr. Antje Bilke, Magdeburg,
05.03.1941
Dr. Uwe Jastram, Otterberg,
13.03.1941
Dr. Brigitte Görig, Dresden, 1
3.03.1941
Doz. Dr. Hans-Jürgen Nentwich, Zwickau,
28.03.1941
Dr. Jürgen Abel, Hanshagen,
28.03.1941
Dr. Roswitha Köhler, Bergisch Gladbach,
29.03.1941

Neue Mitgliedsbeiträge ab 2001

Wir machen noch einmal darauf aufmerksam, dass sich ab dem 1.1.2001 die Mitgliedsbeiträge der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin geändert haben (lt. Beschluss der Mitgliederversammlung vom 16.09.2000 in Stuttgart):

Mitglieder in selbständiger Position oder mit Einnahmen aus Privatliquidationen	210,- DM
Mitglieder in nicht selbständiger Position ohne Einnahmen aus Privatliquidationen	170,- DM
Mitglieder in den neuen Bundesländern	130,- DM

Zur Vorlage beim Finanzamt zwecks Abzug des Mitgliedsbeitrages als Werbungskosten ist Ihr Nachweis der Beitragszahlung (Kontoauszug bei Abbuchungsauftrag bzw. die Einzahlungsquittung/Überweisungsträger) ausreichend. Ggf. können Sie dem Beleg auch noch diese Notiz in Kopie beifügen.

Ankündigungen

2001

Februar

Marburg, 9.–10.02.01
Defizite bei Arzneimittelprüfungen in der Pädiatrie
Optionen für kindgerechte klinische Studien
Information: Tel. 06421/286 6229
od. 286 6228
E-Mail: brochhau@mail.uni-marburg.de

Recklinghausen, 08.–10.02.01
Dattelner Kinderschmerztag
Information: Fr. Henkel, Vestische Kinderklinik,
Tel. 02363-975180, Fax –64211

Würzburg, 10.02.2001
2. Würzburger Mukoviszidose Fortbildung
Information: Dr. A. Hebestreit,
Tel. 0931/201-3728, Fax -3798,
E-Mail: A.Hebestreit@mail.uni-wuerzburg.de

Landshut, 16.–17.02.2001
Spezialkurs Päd. Dopplersonographie, Periphere Gefäße und Bauchgefäße
Information: Dr. Herterich, Landshut,
Tel. 0871-8520, Fax -21230

Frankfurt/M., 22.–25.02.2001
Ultraschall-Diagnostik Abdomen/Hüfte
Interdisziplinärer Grundkurs für Pädiater
Information: M. Günther,
Tel./Fax 0221/378507

Blaubeuren, 22.–25.02.2001
Päd. Ultraschalldiagnostik, Grundkurs
Information: Dr. E. Leidig,
s. Termin 9.–12.11.00

Stuttgart, 23.–25.02.2001,
09.–11.03. und 26.–30.03.01
Kurs klinische Diabetologie mit pädiatrischem Schwerpunkt
Information: DDG, Bochum,
Tel. 0234/930958

Bremen, 24.–25.02.2001
25. Kinderverhaltenstherapie
Information: Zentrum für Rehabilitationsforschung der Universität Bremen,
Tel. 0421/218-7075, Fax 0421/218-4614

März

Fulda, 07.–09.03.2001
15. Jahrestagung der AG für Pädiatrische Stoffwechselstörungen (APS)
Angeborene Störungen der Glykosylierung /CDG), Homocystein und assoziierte Erkrankungen
Information: PD Dr. H.G. Koch, Münster,
Tel. 0251/8356494, Fax -8356085,
kochha@uni.muenster.de, www.aps-med.de

Homburg, 09.–10.03.2001
10. Saarländischen Syndromtag
Es werden Posterpreise vergeben von 2.500 DM, 1.000 DM und 500 DM:
Information: Prof. Mücke, St. Ingbert,
Tel. 06894/2092, Fax -383166,
E-Mail: JMuecke@t-online.de

Weimar, 09.–11.03.2001
7. Kongress für Jugendmedizin
des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte
Information: BV, Mielenforster Str. 2,
51069 Köln, Tel. 0221/6890915/16, Fax 78

Beziehen Sie Ihre Monatsschrift doch über eine Mitgliedschaft in der DGKJ!

Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin e.V.

Schatzmeister Prof.Dr. K.v.Schnakenburg

D - 53754 St. Augustin

Tel. 0 22 41 - 20 42 21

Fax 0 22 41 - 20 45 78

Aufnahmeantrag

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zur Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin e.V. und bestätige, dass ich approbierte/r Ärztin/Arzt bin.

Akadem.Grad, Name:

Vorname:

Straße, Nr.:

PLZ, Wohnort:

Telefon-Nr.:

Geburtsdatum:

Ich bin damit einverstanden, dass meine „besonderer“ Geburtstage (60, 65, 70 etc.) in der Gratulationsliste der Monatsschrift veröffentlicht werden.

Geschlecht: männlich weiblich

Die Mitgliedschaft schließt den Bezug der *MONATSSCHRIFT KINDERHEILKUNDE* ab Jahresbeginn ein (mit Nachlieferung). Die Kosten sind im Beitrag enthalten.

Mitgliedschaft noch für 2000 Mitgliedschaft ab 2001

Zutreffend für mich ist folgender Mitgliedsbeitrag pro *Kalenderjahr*:

- | | | |
|--------------------------|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | selbständig oder mit Einnahmen aus Privatliquidationen im Jahr 2000 | 160,-- DM |
| | ab 2001 | 210,-- DM |
| <input type="checkbox"/> | nicht selbständig ohne Einnahmen aus Privatliquidationen | in 2000 120,-- DM |
| | ab 2001 | 170,-- DM |
| <input type="checkbox"/> | für Mitglieder in den neuen Bundesländern | in 2000 80,-- DM |
| | ab 2001 | 130,-- DM |

Der Mitgliedsbeitrag soll bei Fälligkeit eingezogen werden zu Lasten meines

Kontos Nr.:

BLZ:

Bank:

Diese Einzugsermächtigung ist jederzeit widerruflich. Sollte das Konto die erforderliche Deckung nicht aufweisen, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Datum:

Unterschrift:

Bern, 15.–17.03.2001
5th Europ. Postgraduate Course in Neonatal and Pediatric Intensive Care
Information: Fr. Bühlmann,
Tel. +41-31/331 8275, Fax /332 9879,
E-mail: bbscongress@swissonline.ch

Rostock, 16.–18.03.2001
Pädiatrie zum Anfassen
des Berufsverbandes der Kinder- und
Jugendärzte, LV Mecklenburg-Vorpommern
Information: Dr. Richter/Dr. Sengbusch,
Tel. 038203/14787, Fax -14789

Salzburg/Berchtesgaden/Eschborn
16.-18.03.01 und 30.03.-01.04.
20.-22.04.01 und 11.-13.05.01
07.-11.05. (kompakt)
08.-12.10. (kompakt)
09.-11.11. und 23.-15.11.
Ausbildung zum Asthmatrainer
Theorieseminare
Information: Dr. Schauerer,
Tel. 08652/6000-141, Fax -274,
E-mail: ina@asthmazentrum.com

Gaißach, 17.–18.03.2001
12. Gaißacher Tage
Asthma bronchiale, atopische Dermatitis
Information: Dr. C.P. Bauer,
Tel. 08041/798221, Fax -78222

Altötting, 18.–21.03.2001
Entwicklungsneurologie, Entwicklungsdiagnostik
von Säuglingsalter bis zum Schulalter
Information: Prof. Schmid, Altötting,
Tel. 08671/509-0, Fax 08671/509-1244

Wien, 23.-24.03.01
Hüftsonographiekurs
(Grund-, Aufbau- od. Abschlusskurs)
Information: Dr. A., Klabuschnigg,
Tel. 0043(0)2682/61300 od. (0)2622/77902,
Fax (0)2682/66550 od. (0)2622/77902-25

Davos, 23.-25.3.2001
1. Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Sportmedizin
Auskunft: Dr. Keller, Tel. +41 81 415 7070,
E-mail: therapieleitung@kinderklinik-davos.org, www.kindersportmedizin.com

Tübingen, 23.-25.03.01
DGPI-Infektiologischer Intensivkurs
Information: Futuramed Verlag, Tel.
08974047, Fax 089/6701434,
E-mail: futuramed@algora.de

Blaubeuren, 23.-25.03.01
6. Entwicklungsneurologischer Workshop
Thema: Motorische Entwicklung – Motorisches Lernen – Lernen durch Motorik
Information: PD Dr. G.Niemann,
Univ.-Kinderklinik Tübingen,
Tel.- 07071-29 87169, Fax 29 4448

Frankfurt/M., 24.–25.03.2001
Aufbaukurs Hüftsonographie
Information: M. Günther,
Tel./Fax 0221/378507

Eilat/Israel, 26.-28.03.01
19th Annual Meeting of the European Society for Paediatric Infectious Diseases – ESPID
Information: ESPID Secretariat, Tel Aviv,
Tel. +972 3 5140000,
Fax +972 3 5175674/5140077

Recklinghausen, 29.–31.03.2001
27. Jahrestagung der Gesellschaft für Neuropädiatrie
Themen: Neurogenetik, mentale Retardierungssyndrome, neue Trends in der Therapie der neurometabolischen Erkrankungen und Entwicklungsneurologie
Information: Prof. Dr. Fuat Aksu, Datteln,
Tel. 02363/975230, Fax 02363/975393,
E-mail: aksu-fuat@t-online.de,
Internet: <http://neuropaediatric.com>

April

Prag, 01.–04.04.2001
Intern. Paediatric Respiratory and Allergy Congress
Information: Congress Secretariat,
Helena Loneková, Prague,
Tel. +420 296889, Fax +294610,
E-Mail: lonekova@cls.cz,
Internet:<http://www.lf2.cuni.cz/pppp/ipraf.htm>

Duisburg, 07.–08.04.2001
Sonographie Pädiatrie Echokardiographie Teil II
Information: www.sonopaed.de

Brixen, 08.–13.04.2001
Oster-Seminar-Kongress
Information: Akademie für Entwicklungsrehabilitation, München,
Tel. 089/71009 239/7, Fax -719 2827

Halle/Saale, 20.–21.04.2001
Jahrestagung der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
Themen: Hämatologie, Onkologie, Impfungen und freie Themen.
Fortbildungsveranstaltung am 20.4. mit dem
Thema: Immunologie im Kindesalter
Information: Prof. Dr. U. Sitka, Univ.-
Kinderklinik, Tel. 0345/557-2489, Fax -2389,
E-Mail: uwe.sitka@medizin.uni-halle.de

Wien, 20.-22.04.01
Hüftsonographie
(Aufbaukurs)
Information: Dr. A., Klabuschnigg,
Tel. 0043(0)2682/61300 od. (0)2622/77902,
Fax (0)2682/66550 od. (0)2622/77902-25

Wien, 22.-23.06.01
Hüftsonographiekurs
(Grund-, Aufbau- od. Abschlusskurs)
Information: Dr. A., Klabuschnigg,
Tel. 0043(0)2682/61300 od. (0)2622/77902,
Fax (0)2682/66550 od. (0)2622/77902-25

Düsseldorf, 28.04.2001
Pädiatref 2001
des Berufsverbandes der Kinder- und
Jugendärzte, LV Nordrhein
Information: Dr. Kahl, Düsseldorf,
Tel. 0211/672222, Fax -682429

Frankfurt/M., 28.–29.04.2001
Pädiatrische Echokardiographie
Information: M. Günther,
Tel./Fax 0221/378507

Mai

Frankfurt/M., 10.–13.05.2001
Ultraschall-Diagnostik Abdomen
Aufbaukurs für Pädiater
Information: M. Günther,
Tel./Fax 0221/378507

Erfurt, 12.–13.05.2001
Pädiatrie zum Anfassen
des Berufsverbandes der Kinder- und
Jugendärzte, LV Thüringen
Information: Dr. Scheuch, Erfurt,
Tel. 0361/3465771, Fax -7969024

Ostseebad Wustrow, 18.–20.05.2001
11. Jahrestagung der AG Pädiatrische Pneumologie und Allergologie (APPA)
Information: Frau Dr. J. Hein,
Tel. 038220/62-115 od. -345,
www.ostseekurklinik-fischland.de

Duisburg, 19.–20.05.2001
Sonographie Pädiatrie
Schädelsonographie Aufbaukurs
Information: www.sonopaed.de

Aachen, 24.05.2001
Jahrestagung der AG Pädiatrische Diabetologie
Information: Prof. R.W. Holl, Ulm,
 Tel. 0731/50-25301, Fax -25309

Graz, 24.–27.05.2001
26. Kongress der Österreichischen Gesellschaft für Lungenerkrankungen und Tuberkulose
Thema: Die Lunge in der Transition vom Kind zum Erwachsenen
Information: Frau Prednik, Graz,
 Tel. +43 316/385-2620, Fax +43 316/385-3275,
 E-Mail: maximilian.zach@kfunigraz.ac.at

Juni

Wien, 06.–09.06.2001
25th European Cystic Fibrosis Conference
Information: Mondial Kongress,
 Tel. +431/588 040, Fax -586 9185,
 E-Mail: congress@mondial.at

Frankfurt/M., 07.–10.06.2001
Ultraschall-Diagnostik Abdomen/Schädel
 Interdisziplinärer Grundkurs für Pädiater
Information: M. Günther,
 Tel./Fax 0221/378507

Karlsruhe, 08.–10.06.2001
Kinder- und Jugendärztetag 2001
 31. Jahrestagung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte
Information: BV,
 Mielenforster Str. 2, 51069 Köln,
 Tel. 0221/68909-15/16, Fax -78

Reinischkogel/Leoben/Österreich,
 14.–17.06.2001
Pädiatrische Ultraschalldiagnostik, Grundkurs
Information: OA Dr. G. Schweintzger,
 Kinderabteilung,
 Tel. +43(0)3842 401-2342, Fax -2738,
 E-Mail: gerolf.schweintzger@lkh-leoben.at

Lübeck, 21.–13.06.2001
12. Annual Conference of the European Society for Pediatric and Neonatal Intensive Care
Joint Meeting GNPI and ESPIC
Information: meet ideas, Mannheim,
 Tel. 0621/4106-152/153, Fax -202

August

Marburg, 25.–26.08.2001
5. Seminartagung Hessen des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte, LV Hessen
Information: Dr. Nolte, Marburg,
 Tel. 06421/162266, Fax -162366

September

Duisburg, 08.–09.09.2001
Sonographie Pädiatrie Echokardiographie Teil I
Information: www.sonopaed.de

08.–09.09.2001
Pädiatrie zum Anfassen
 des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte, LV Hamburg, Bremen und Schleswig-Holstein
Information: Dr. Zinke, HH, Tel. 040/53046-60,
 Fax -666, Dr. Fröhlingsdorf, Bremen,
 Tel. 0421/38-09691, Fax -2581, Dr. Kinet,
 Rendsburg Tel. 04331/24911, Fax -55567

Freiburg, 13.–16.09.2001
97. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin
Leitung: Prof. Dr. M. Brandis,
 Tel. 0761/270-4306, Fax 0761/270-4454
Information: HVK, Tel. 0451/7031-252,
 Fax 0451/7031-231

Wien, 14.-15.09.01
Hüftsonographiekurs
 (Grund-, Aufbau- od. Abschlusskurs)
Information: Dr. A., Klabuschnigg,
 Tel. 0043(0)2682/61300 od. (0)2622/77902,
 Fax (0)2682/66550 od. (0)2622/77902-25

Telgte, 22.–23.09.2001
Pädiatrie zum Anfassen
 des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte, LV Westfalen-Lippe
Information: Dr. Nienaber, Telgte,
 Tel. 02504/2236, Fax -737648

Oktober

Kreta, 06.-13.10.01
Hüftsonographiekurs
 (Grund- + Aufbau- + Abschlusskurs)
Information: Dr. A., Klabuschnigg,
 Tel. 0043(0)2682/61300 od. (0)2622/77902,
 Fax (0)2682/66550 od. (0)2622/77902-25

Bad Orb, 14.–20.10.2001
29. Herbst-Seminar-Kongress
 des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte
Information: BV, Mielenforster Str. 2,
 51069 Köln, Tel. 0221/6890915/16, Fax -78

Duisburg, 27.–28.10.2001
Sonographie Pädiatrie
 Schädelsonographie Abschlusskurs
Information: www.sonopaed.de

November

Wien, 16.-18.11.01
Hüftsonographie
 (Grundkurs)
Information: Dr. A., Klabuschnigg,
 Tel. 0043(0)2682/61300 od. (0)2622/77902,
 Fax (0)2682/66550 od. (0)2622/77902-25

Duisburg, 24.–25.11.2001
Sonographie Pädiatrie
 Echokardiographie Teil II
Information: www.sonopaed.de

Dezember

Duisburg, 08.–09.12.2001
Sonographie Pädiatrie
 Abdominelle Dopplersonographie
Information: www.sonopaed.de