

ESPED-Jahresbericht 1995*

G. Giani, H. Helwig, P. Herzig, R. von Kries, M. Melter, R. Noack, W. Nürnberger, St. Wirth im Auftrag des ESPED-Beirates**
Zusammengestellt durch R. von Kries, Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München

Im Jahr 1995 wurden von 5.712 ausgesandten ESPED-Meldekarten 5.418 zurückgeschickt: Der Rücklauf der ESPED-Meldekarten ist damit im Jahre 1995 auf 94,85 % gestiegen. In allen Bundesländern war die Rücklaufquote fast 90 % und darüber, mit Ausnahme der Freien und Hansestadt Hamburg (65,8 %) (Abb.1). Nur 6 Kollegen beteiligten sich während des Jahres 1995 konstant nicht an der Erhebung. Die Rücklaufquoten waren somit ebenso hoch wie in den ähnlich arbeitenden aktiven Erhebungseinheiten in Großbritannien, den Niederlanden und der Schweiz.

Auch die Rücksendung (Tabelle 1) der Fragebögen, die für die wissenschaftlichen Auswertungen notwendig sind, war für die meisten Erkrankungen mit über 90 % zufriedenstellend. Unter 90 % waren die Rücksenderaten bezüglich der Meningokokken-Infektionen (88 %) und des akuten Leberversagens (60 %) – in beiden Fällen handelt es sich um Erkrankungen, die in Spezialabteilungen bzw. Intensivstationen betreut werden, in denen „spektakuläre Fälle“ nichts Außergewöhnliches darstellen. Möglicherweise ist es sinnvoll,

wenn für die Detailerfragungen bei Erkrankungen, die in Spezialabteilungen betreut werden, die Möglichkeit einer vor-Ort-Datenerhebung durch die Studiengruppe bei der Planung der Erhebung mitberücksichtigt wird. Ebenfalls niedrig war der Rücklauf der Erhebungsbögen bezüglich der Autoimmunhepatitis (66 %). Eine mögliche Ursache hierfür könnte darin liegen, daß sowohl prävalente als auch inzidente Fälle erfragt wurden: Einige Kollegen hatten mehrere prävalente Fälle gemeldet, so daß sich für diese Kollegen eine erhebliche Arbeitsbelastung ergeben hat. In der Zukunft sollten deshalb Erhebungen, bei denen auch prävalente Fälle erfaßt werden sollen, so konzipiert sein, daß nach Anonymisierung der Akten die Möglichkeit einer vor-Ort-Akteneinsicht durch die Leiter der Studiengruppe oder deren Vertreter eingeplant wird.

Die Arbeitslast (Abb.2) für die melden den Kollegen mit durchschnittlich 2,06 auszufüllenden Fragebögen pro Jahr war ähnlich wie im Vorjahr (2,32): durchschnittlich wurde jeder meldende Kollege alle 6 Monate gebeten, einen Erhebungsbogen zu beantworten. Nur 7 in den Verteiler aufgenommene Kollegen meldeten 12 und mehr Fälle pro Jahr, so daß monatlich 1, z.T. sogar 2 Fragebögen zu beantworten waren.

An dieser Stelle sei allen Kollegen gedankt, die durch ihre regelmäßige Mitarbeit ermöglicht haben, daß diese Datenerfassung möglich geworden ist. Ihre Arbeit war die Grundlage für die in 1995 gehaltenen Vorträge und die Publikationen zu ESPED-Themen:

3 Vorträge (Nierenvenenthrombosen, Pertussis-Komplikationen und akutes Nierenversagen im Kindesalter) wurden auf der 91. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde in Krefeld, 4 weitere Vorträge auf nationalen Fachtagungen (Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie, Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Nephrologie, Jahrestagung der ständigen Kommission „Pädiatrie“ der Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung) und 2 weitere Vorträge (Systemische Haemophilus influenzae-Erkrankungen) wurden auf internationalen Kongressen (13th Meeting of European Society for paediatric infectious diseases, Birmingham; 19th International Chemotherapy Congress, Montreal) gehalten.

Publikationen:
1. Helwig H, von Kries R, Lücking A. Epidemiologie und Therapie der Haemophilus influenzae-Meningitis 1992-1994: Ergebnisse der ESPED-Erhebungen in Deutschland. Pädiatr Grenzgeb, 1995;Vol. 34:247-256
2. von Kries R, Hachmeister A, Göbel U. Repeated oral vitamin K prophylaxis in West Germany: acceptance and efficacy. BMJ 1995;310:1097-8

Publikationen:

1. Helwig H, von Kries R, Lücking A. Epidemiologie und Therapie der Haemophilus influenzae-Meningitis 1992-1994: Ergebnisse der ESPED-Erhebungen in Deutschland. Pädiatr Grenzgeb, 1995;Vol. 34:247-256
2. von Kries R, Hachmeister A, Göbel U. Repeated oral vitamin K prophylaxis in West Germany: acceptance and efficacy. BMJ 1995;310:1097-8

Vollständige Fallerfassung: Notwendigkeiten – Möglichkeiten

Eine Vollerfassung aller beobachteten Fälle ist dann notwendig, wenn die Inzidenz bestimmter Erkrankungen genau beurteilt werden soll. Nur durch eine vollständige Erfassung aller Fälle können valide Inzidenzzahlen für den internationalen Vergleich erstellt werden. Ist eine Vollerfassung in einem Erhebungssystem nicht möglich, muß eine Inzidenzschätzung durch den Abgleich mit einem weiteren Erhebungssystem erfolgen.

Die Beantwortung spezifischer Fragestellungen zu Determinanten von Erkrankungsursachen und -verläufen kann auch anhand einer ausreichend großen Stichprobe beurteilbar sein. Hierbei muß es sich jedoch um eine Zufallsstichprobe handeln, bei der davon ausgegangen werden kann, daß die Aufnahme der Fälle in die Stichprobe gleichermaßen unabhängig von etwaigen Risikofaktoren für die Entstehung der Erkrankung wie von Determinanten des Erkrankungsabgangs ist. Selbst bei ei-

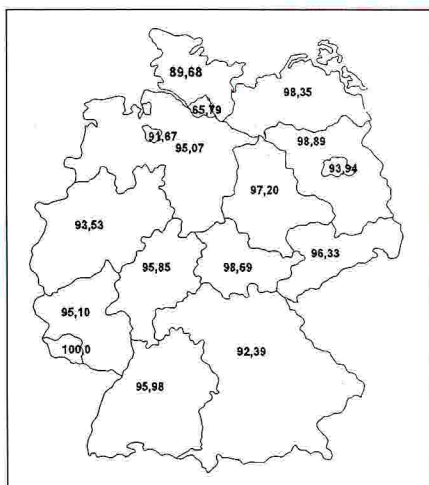


Abb. 1. Regionale Verteilung der Rücklaufquoten der ESPED-Karten

Tabelle 1
Rücklaufquoten der Erhebungsbögen

	Rücklaufquoten der Fragebögen (in %) für 1995
FSME-Erkrankungen	90
Hib-Infektionen	96
Diabetes bis 5. Geburtstag	97
akutes Leberversagen	60
Vitamin K-Mangelblutungen	100
Autoimmunhepatitis	66
Pertussis-Komplikationen	97
Neisseria-Meningokokken-Infektionen	88

* gefördert durch die Else Kröner-Fresenius-Stiftung

** Prof. Harms (Münster, Vorsitzender), Dr. Christoffel (Düsseldorf), Prof. Giani (Düsseldorf), Prof. Göbel (Düsseldorf), Prof. Laaser (Bielefeld), Frau Dr. Queißer-Luft (Mainz), Prof. Schmidt (Düsseldorf), Prof. Schulte-Wissermann (Krefeld), Dr. Schwartländer (Berlin)

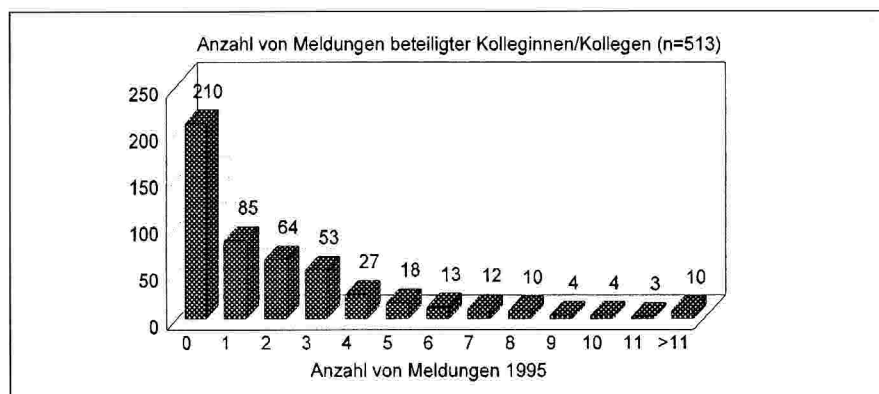


Abb.2. Aufwandsverteilung der Kliniken für ESPED-Meldungen 1995

nem Meldekartenrücklauf von 95 % und einer Rücksendung von 95 % aller ausgesandten Fragebögen, kann nur eine Vollständigkeit der Erfassung von 90 % erwartet werden. Dabei muß berücksichtigt werden, daß nicht für alle Erkrankungen ein so hoher Fragebogenrücklauf erreicht wird und deshalb die Rate der Erfassung verringert sein kann. Hieraus folgt, daß bei allen Fragen zu Ursachen von Erkrankungen und zu spezifischen Determinanten besonderer Krankungsausgänge jeweils im Einzelfall entschieden werden muß, ob die vorhandenen Daten eine valide Aussage erlauben.

Für die Beurteilung von Erkrankungsinzidenzen ist es bei nicht ganz vollständiger Erfassung in einem Erhebungssystem wesentlich zu wissen, welcher Anteil der tatsächlich aufgetretenen Erkrankungen mit dem Meldesystem erfaßt worden ist. Bezüglich der Diabeteserkrankungen und der Haemophilus-Meningitiden in den neuen Bundesländern wurde dies durch den Vergleich der ESPED-Meldungen mit der Erfassung in einem weiteren unabhängigen Meldesystem überprüft. Hierbei zeigte sich, daß mit der ESPED-Erhebung etwa 60–80 % aller tatsächlichen Fälle erfaßt werden können. Dies entspricht auch den Erfahrungen in Großbritannien.

Für eine valide Schätzung der Inzidenz systemischer bakterieller Infektionen, die im Rahmen des ESPED-Systems erfaßt werden, wird ab Herbst d.J. ein paralleles Erfassungssystem zur Verfügung stehen. In Zusammenarbeit mit dem Robert Koch-Institut Berlin wird ein Labor-ESPED-System etabliert: Die Einsendelabors, in denen die mikrobiologische Diagnostik der deutschen Kinderkliniken erfolgt, erhalten ebenfalls monatliche Meldekarten für die im ESPED-System erfaßten systemischen bakteriellen Infektionen. Durch diesen primären Zugang zu den Laboratorien wird es erleichtert, spezifische Fragen bezüglich der Erreger (Kapseltyp etc.) zu erfragen und ggf. eine Einsendung der Isolate an Referenzlaboratorien zu veranlassen. Darüber hinaus wird durch ein solches zweites, unabhängiges Erhebungssystem zur Erfassung

der gleichen Erkrankung eine Abschätzung der tatsächlichen Erkrankungsinzidenz mit Capture-/Recapture-Methoden möglich. Durch eine Identifikation und Differenzierung von in beiden bzw. nur in einem Erhebungssystem erfaßten Fälle, kann aufgrund statistischer Methoden die Vollständigkeit der Erfassung jedes einzelnen Systems, wie auch für beide Systeme zusammen, berechnet werden.

Zukunftsperspektiven

Für die deutsche Kinderheilkunde steht bereits jetzt ein flächendeckendes System zur Erfassung verschiedenster seltener Erkrankungen im Kindesalter zur Verfügung. Bezüglich der systemischen bakteriellen Infektionen wird durch ein zweites, unabhängiges Erhebungssystem die Vollständigkeit der ESPED-Erfassung jederzeit überprüfbar werden, so daß erstmalig in Deutschland valide Inzidenzzahlen für lebensbedrohliche bakterielle Infektionserkrankungen geliefert werden können.

Dieser Erfolg kann nur durch Ihre Hilfe weiter gesichert werden. Daneben muß aber auch langfristig eine Finanzierung der Personal- und Sachmittelkosten für die ESPED-Erhebung angestrebt werden. Bislang wurde die Arbeit durch eine Anschubfinanzierung der Else Kröner-Fresenius-Stiftung und Einzelspenden der Industrie, hier insbesondere der Impfstoffhersteller, möglich. Mit dem Auslaufen der Anschubfinanzierung müssen nun jedoch weitere Donatoren gesucht werden. Sollte diese Suche nicht erfolgreich sein, müßte möglicherweise die ESPED-Nutzungsgebühr von derzeit 5.000,- DM auf 10.000,- DM pro Jahr erhöht werden. Ähnlich hohe Nutzungsgebühren werden derzeit z.B. in den Niederlanden für das dortige aktive Erhebungssystem erhoben, das langfristig ausschließlich über die Nutzungsgebühren finanziert werden soll.

Tabelle 2

Systemische Haemophilus influenzae-Erkrankungen in Deutschland

	1993	1994	1995
Epiglottitis	19	9	9
Meningitis	83	39	35
andere Lokalisationen	19	17	10
Summe	121	65	54

Frühsommer-Meningoencephalitis (FSME) (1.1.1995–31.12.1995)

An die ESPED-Zentrale in Düsseldorf erfolgten 1995 30 Meldungen aus 22 Einrichtungen. Darunter waren 4 Fehlmeldungen – retrospektiv nicht bestätigte FSME-Virusinfektionen sowie 2 Doppelmeldungen. Von 3 Einrichtungen mit je 1 gemeldeten Erkrankung stehen Rückantworten aus. Eine Klinik meldete zusätzlich eine Erkrankung an FSME. So verbleiben in der Auswertung 22 Kinder im Alter von 3–14 Jahren, davon 16 Jungen.

Ein oder mehrere Zeckenstiche in den bekannten Endemiegebieten von Baden-Württemberg und Bayern wurden bei 15 Kindern beobachtet. Ein Mädchen infizierte sich in Tschechien. Von den übrigen 6 Kindern ohne erinnerlichen Zeckenstich wohnten oder weilten kurz vor ihrer Erkrankung 5 in den Endemiegebieten Süddeutschlands. Ein Junge habe den Marburger Raum (Hessen) nicht verlassen. Eine in den neuen Bundesländern erworbene Infektion wurde uns – im Gegensatz zum Vorjahr – nicht bekannt.

Die jahreszeitlich früheste Infektion wurde Ende März bei einem 10-jährigen Jungen aus Bayern nachgewiesen. Ein Zeckenstich erfolgte Anfang März, wobei vermutet wird, daß die Zecke von der Hauskatze übertragen wurde. Da Warmblütler zum Reservoir der FSME-Viren gehören, ist dieser Übertragungsweg über eine „aktivierte“ Zecke zwar sehr ungewöhnlich, jedoch denkbar. 17 der 22 Kinder erkrankten von Juni bis September.

Klinisch boten 50 % der Patienten den klassischen, zweiphasigen Krankheitsverlauf: 1–6 Tage nach dem Zeckenstich „grippale“ Symptome, dann nach einem 5–14-tägigen beschwerdefreien Intervall eine „meningitische“ Symptomatik. Hohes Fieber, Kopfschmerzen, Übelkeit und Erbrechen, Schwächegefühl sowie bei Kleinkindern zusätzlich Bauchschmerzen – alles zu meist intensiver als in der ersten Krankheitsphase – standen im Vordergrund.

Die Diagnose wurde serologisch durch Bestimmung der spezifischen IgG-/IgM-

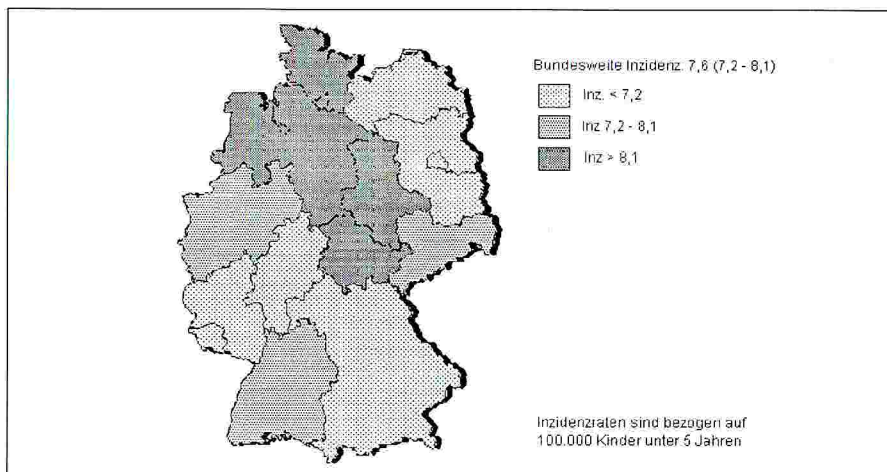


Abb 3. Regionale Unterschiede der Inzidenz von Diabetes bei Kindern unter 5 Jahren

Tabelle 3
Diabetesinzidenz in den Jahren 1993–1995

Basis	1993	1994	1995
Meldungen an ESPED	6,2 ⁽¹⁾ (5,4–6,9)	6,8 (6,0–7,6)	8,4 (7,5–9,3)
ESPED + Zusatzumfrage	6,5 ⁽¹⁾ (5,8–7,3) ⁽²⁾	7,4 (6,6–8,2)	9,1 (8,2–10,0)

⁽¹⁾ Erkrankungen pro 100.000 Kinder unter 5 Jahren

⁽²⁾ CI_{0,95}

Antikörper im Serum und/oder Liquor gestellt. Bei 2 Kindern wurde die FSME-PCR im Liquor mit negativem Ergebnis durchgeführt. Bei einem Kind wurde trotz typischem Verlauf und positiver FSME-Serologie keine Liquoruntersuchung vorgenommen. Alle übrigen Kinder wiesen eine Liquorpleozytose von 50–600 Zellen/mm³ mit einem zumeist mäßigen Granulozytenanteil und einer leichten Eiweißhöhung auf.

Der Krankheitsverlauf war unter dem klinischen Bild der Meningitis oder leichten Meningoencephalitis bei 19 Kindern unkompliziert. Bei einem 7-jährigen Jungen wurde am 5. stationären Tag bei 40°C Körpertemperatur ein generalisierter Krampfanfall beobachtet. Dieses Kind hatte neben der meningitischen Symptomatik auch eine akute einseitige periphere Facialisparesie.

2 Jungen – 7 und 8 Jahre alt – entwickelten einen schweren Krankheitsverlauf mit Symptomen einer Meningoencephalomyelitis. Beide erhielten postexpositionell innerhalb von 24 Stunden nach Zeckenstich im Bayrischen Wald FSME-Immunoglobulin. Bei einem Jungen besserte sich der Zustand zusehends nach einer Therapie unter anderem mit Beta-Interferon und Acyclovir. Er konnte nach knapp 4wöchiger stationärer Behandlung bei klinisch weitgehend unauffälligem neurologischen Status mit weiterhin auffälligen EEG-Befunden

nach Hause entlassen werden. Das Schädel-MRT war unauffällig. Die Diagnose wurde nur durch positive FSME-IgM-/IgG-Antikörper im Serum bei serologischen Ausschluß zahlreicher anderer Enzephalitisserreger gestützt. Für die FSME-Liquordiagnostik war zu wenig Material vorhanden. Bei dem zweiten Jungen bildete sich im Verlauf ein apallisches Syndrom heraus; er wird 6 Monate nach Erkrankungsbeginn immer noch beatmet. Die Diagnose FSME wurde durch Blut- und Liquoruntersuchungen gesichert.

Schlußbemerkungen

1. Die Epidemiologie der FSME zeigt – auch mit der einen in Hessen erworbenen Infektion – keine neuen Aspekte.
2. Die postexpositionelle Immunprophylaxe begünstigt möglicherweise schwere Verläufe und kann deshalb derzeit nicht empfohlen werden. Wie bereits 1994 kam es auch im Berichtszeitraum zu schweren bzw. schwersten Verläufen der FSME nur bei Kindern, die diese Prophylaxe erhielten. Für die Frühsommer-Meningoencephalitis im Kindesalter ist das ausgesprochen ungewöhnlich.
3. Den einzigen wirksamen Schutz vor einer FSME bietet nur die aktive Immunisierung. Bis auf 1 Kind, das nur die erste Teilimpfung

ein Jahr vor der Erkrankung appliziert bekam, hatte keines der erkrankten Kinder eine Schutzimpfung erhalten. Aufgrund der guten Verträglichkeit und Wirksamkeit ist die FSME-Schutzimpfung vorbehaltlos zu empfehlen.

Studienleiter

Dr. R. Noack, Institut für Infektiologie, Mikrobiologie und Hygiene, Klinikum Berlin-Buch, Wiltbergstr. 50, D-13122 Berlin
Prof. Dr. H. G. Lenard, Medizinische Einrichtungen der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Kinderklinik, Postfach 10 10 07, D-40001 Düsseldorf

Systemische Haemophilus-influenzae-Infektionen (1.1.1995–31.12.1995)

1995 wurden 62 systemische Haemophilus-influenzae-Infektionen gemeldet. Für 60 Meldungen wurden Fragebögen zurückgesendet, so daß nach Abzug der Doppelmeldungen und von Meldungen, die die Falldefinition nicht erfüllten, 54 Fälle analysiert werden konnten. Die gesicherten Fälle von gemeldeten systemischen Haemophilus-influenzae-Infektionen in den Jahren 1993, 1994 und 1995 sind in Tabelle 2 gegenübergestellt.

Bei Kindern in den ersten 5 Lebensjahren, einer Altersgruppe für die üblicherweise internationale Vergleiche der Inzidenz systemischer Haemophilus-influenzae-Infektionen erfolgen, wurden 47 Fälle gemeldet. Die Erkrankungsinzidenz in dieser Altersgruppe nahm von 1,4 auf 1,1/100.000 (Meningitiden: 0,9 auf 0,7/100.000) ab.

Die Erkrankungsrate bei den nichtgeimpften, mehr als 3 Monate alten Kindern, die nach den STIKO-Empfehlungen geimpft sein könnten, nahm gegenüber dem Vorjahr von 23 auf 29 Fälle zu.

Wie im Vorjahr stellten Erkrankungen bei partiell geimpften Kindern, die zum Zeitpunkt der Erkrankung nach den STIKO-Empfehlungen bereits mindestens eine weitere Impfung erhalten haben sollten, einen erheblichen Anteil der Erkrankungsfälle dar (14 Fälle; 26 %).

Diese Daten unterstreichen die Notwendigkeit der Hib-Impfung für alle Kinder. Hierbei sollten die frühesten von der STIKO empfohlenen Impftermine eingehalten werden.

Studienleiter

Prof. Dr. H. Helwig, St.-Josefs-Krankenhaus, Fachabteilung für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Hermann-Herder-Straße 1, D-79104 Freiburg
Prof. Dr. R. von Kries, Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München, Heiglhofstr. 63, D-81377 München

Tabelle 4

Diabetesinzidenz in den Jahren 1993–1995 bei Kindern unter 15 Jahren

Studien-jahr	Inzidenz	95 %-Konf. Interv.
		[pro 100.000 Personenjahre]
1993	15,7	12,0–20,0
1994	12,2	9,0–16,1
1995	15,2	11,6–19,5
1993–1995	14,3	12,3–16,6

Tabelle 5

Vermutete Ursache des ALV

Vermutete Ursache	Anzahl (n = 27)
Virusinfektion	
Hepatitis B	3
hepatotrophe Viren	4
neonatale Riesenzellhepatitis	2
Reye-Syndrom	4
Intoxikation	
Paracetamol	3
Sedation (multitoxisch)	1
Knollenblätterpilz	1
Stoffwechselerkrankung	
Fruktoseintoleranz	1
SCHAD-Syndrom	1
nicht näher bezeichnet	1
neonatale Hämochromatose	1
Kreislaufschock	2
ungeklärt	3

Tabelle 6

Manifestationsalter bei ALV

Manifestationsalter (Jahre)	Anzahl (n = 27)	
0–1	17	63 %
1–5	6	22 %
> 5	4	15 %

Diabetes bei Kindern unter 5 Jahren (1.1.1995–31.12.1995)
Aktueller Stand

Die bundesweite Erfassung von Diabetes-Erstmanifestationen bei Kindern unter 5 Jahren wurde 1995 im dritten Jahr fortgeführt. Von 396 gemeldeten Fällen konnten für 383 ausreichende Basisdaten (Alter, Geschlecht, Zeitpunkt der Erstmanifestation) erhoben werden, so daß sie in der Auswertung berücksichtigt werden können.

Durch eine zusätzliche Umfrage an alle teilnehmenden Kliniken wurde die Vollständigkeit der Erfassung von Diabetes-Erkrankungen für die Jahre 1993–95 überprüft. Dabei wurden insgesamt 86 noch nicht an ESPED gemeldete Fälle identifiziert. Sowohl die allein auf den ESPED-Meldungen als auch die aufgrund der Nachfrage korrigierten Schätzungen weisen auf einen deutlichen jährlichen Anstieg der Inzidenz von Diabeteserkrankungen bei Kindern unter 5 Jahren hin (Tabelle 3). Bezogen auf die verschiedenen Bundesländer wurden deutliche Unterschiede der Inzidenz beobachtet. Während im Osten und Süden des Landes eher niedrige Erkrankungsraten beobachtet wurden, lag die Zahl der Neuerkrankungen im Nordwesten des Landes über dem Bundesdurchschnitt (Abb. 3).

Perspektiven

Inzidenzschätzung für das Bundesgebiet: Eine detaillierte Erarbeitung einer Inzidenzschätzung für das Bundesgebiet mit einer weitergehenden Analyse von Verteilungen und Trends wird zur Zeit durchgeführt. Zur Validierung der ESPED-Daten wären Vergleiche mit bereits vorhandenen (regionalen) Daten sinnvoll. Über Möglichkeiten einer Zusammenarbeit mit Kollegen, die über entsprechende Daten verfügen, würden wir uns freuen. Da steigende Erkrankungszahlen beim Diabetes der Unter-5-Jährigen ein Problem mit erheblicher 'Public Health'-Relevanz darstellen, wird die Verlaufsbeobachtung zur Inzidenz bis 1997 fortgesetzt.

Fall-Kontroll-Studie zu Risikofaktoren (1.7.1992–31.12.1995):

Die Datenerhebung für die Untersuchung nicht-genetischer Risikofaktoren für Diabeteserkrankungen bei Kindern unter 5 Jahren wurde zum 31.12.1995 abgeschlossen. Die Auswertung der Ergebnisse findet zur Zeit statt.

Wir möchten auf diesem Wege allen beteiligten Kolleginnen und Kollegen für Ihre engagierte Mitarbeit unseren Dank aussprechen.

Studienleiter:

Prof. Dr. G. Giani, Dr. P. Herzig, Diabetes-Forschungsinstitut, Abt. Biometrie und Epidemiologie, Auf'm Hennekamp 65, D-40225 Düsseldorf

Inzidenz des Typ 1-Diabetes bei Kindern unter 15 Jahren (1.1.1995–31.12.1995)

Im Erhebungszeitraum 1995 wurden in der EURODIAB ACE-Studienregion Düsseldorf von den Kliniken 61 Neuerkrankungen an Typ 1-Diabetes bei Kindern vor dem 15. Ge-

burtstag gemeldet. Bei 8 Fällen steht die Bestätigung des Manifestationsalters sowie des Wohnorts zum Zeitpunkt der Manifestation durch den Klinikbogen noch aus. Auf der Basis dieser Fallmeldungen ergibt sich für 1995 eine Inzidenzschätzung von $15,2 \cdot 10^{-5}$ (95 %-KI: 11,6–19,5; Populationsdaten vom 31.12.1993).

Zur Validierung der ESPED-Fallmeldungen im Erhebungszeitraum 1994 wurde wie bereits für den Erhebungszeitraum 1993 eine retrospektive Befragung niedergelassener Ärzte durchgeführt. Bei insgesamt 49 gesicherten Neuerkrankungen an Typ 1-Diabetes im Jahr 1994 (26 in beiden Systemen, 19 ausschließlich von ESPED und 4 ausschließlich von Praxen erfaßt) wurde nach der Capture-/Recapture-Methode für ESPED eine Erfassungsquote von 81 % und für die Praxisbefragung eine Erfassungsquote von 58 % geschätzt, die gemeinsame Erfassungsquote beider Datenquellen betrug 92 %. Somit konnten die Erfassungsquoten gegenüber 1993 leicht verbessert werden.

Wie aus anderen Ländern bekannt, zeigt auch die Diabetesinzidenz in der Düsseldorfer Studienregion zeitliche Schwankungen (Tabelle 4). Für eine verlässliche Beurteilung eines zeitlichen Trends sowie der räumlichen Verteilung der Diabetesinzidenz ist die weitere kontinuierliche Erfassung der Diabetesneuerkrankungen erforderlich.

Als Pilotstudie wurde 1995 eine Nachbefragung der bis 1994 durch eine Diabetesneuerkrankung betroffenen Familien sowie entsprechender Kontrollfamilien zur Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten durchgeführt. Die Rücklaufquote der Fragebögen (n = 180) betrug 80 %. Der Beginn der Auswertung dieser Pilotstudie steht an. Folgen soll eine regelmäßige Nachbefragung der diabetischen Kinder.

Studienleiter:

Prof. Dr. G. Giani, J. Rosenbauer (Dipl.-Math., Arzt), Dr. A. Icks (M. san.), Diabetes-Forschungsinstitut, Abt. Biometrie und Epidemiologie, Auf'm Hennekamp 65, D-40225 Düsseldorf

Akutes Leberversagen im Kindesalter (1.1.1995–31.12.1995)

Systematische epidemiologische Untersuchungen zum akuten Leberversagen (ALV) im Kindesalter liegen nicht vor. Bis zum 31.12.1995 wurden der ESPED-Zentrale von 48 Kinderkliniken 64 Kinder mit ALV gemeldet. 36 von 60 versandten Fragebögen (60 %) wurden bis zum 31.1.1996 an den Studienleiter zurückgesandt. 9 dieser Fälle konnten in die Auswertung nicht aufgenommen werden, weil bei 4 das ALV

Tabelle 7

Zuordnung der Meldungen vermuteter Vitamin K-Mangelblutungen

Zuordnung der überprüfbaren Meldungen	Anzahl (n)	
	1994	1995
Keine Blutung	2	0
Blutung in der ersten Lebenswoche	9	9
Keine gesicherte Vitamin-K-Mangelblutung	6	8
Gesicherte Vitamin K-Mangelblutung	3	1
Blutung nach erster Lebenswoche	33	11
Keine gesicherte Vitamin K-Mangelblutung	12	1
Vitamin K-Mangelblutung nach 12. Woche	5	3
späte Vitamin K-Mangelblutung (8. Lebenstag bis vollendete 12. Lebenswoche)	16	7

Tabelle 8

Alter bei Diagnose der Autoimmunhepatitis (gesamt)

Alter bei Diagnose (Jahre)	n (gesamt)	n (1995)
0-3	2	1
3-6	6	1
6-9	4	1
9-12	17	6
12-15	21	4
1-16 (Mittelwert: 9,9)	50	13

vor dem 1.1.1995 auftrat, ein Patient doppelt gemeldet wurde und 4 Patienten die Kriterien der Definition eines ALV nicht erfüllten. Somit verblieben im Jahre 1995 27 auswertbare Fälle mit ALV. Zur Erfüllung der Definition eines ALV war eine Erhöhung der Leberenzyme, eine Erniedrigung des Quick-Wertes auf $< 40\%$ und eine Erniedrigung der Cholinesterase (ChE) auf $< 2,5 \text{ kU/l}$ gefordert. Eine hepatische Encephalopathie war fakultativer Bestandteil der Definition. Alle in die Auswertung aufgenommenen Patienten erfüllten die Definition des ALV bezüglich der Erniedrigung des Quick-Wertes (Tabelle 5). Bei einem Neonaten kam es zu einem ALV ohne postpartal evaluierte Erhöhung der Transaminasen. Bezüglich der ChE wurde in 12 Fällen die Definition erfüllt, in 10 Fällen keine Angabe gemacht und bei 7 Patienten eine minimale beziehungsweise initiale ChE von $> 2,5 \text{ kU/l}$ angegeben. Bei 4 dieser Patienten wurde allerdings offensichtlich vor der Erhebung der ChE gefrorenes Frischplasma (FFP) verabreicht und in 2 Fällen zur Verabreichung von Gerinnungsfaktoren keine oder unklare Angaben gemacht. Da mit Plasmaprodukten auch ChE transfundiert wird, wurden diese Patienten von der Erhebung nicht ausgeschlossen. Bei 17 Kindern (65 %) wurde eine hepatische Encephalopathie beobachtet, 9 Patienten wiesen keine Encephalopathie auf, in

einem Fall war eine solche wegen Sedierung des Patienten nicht zu beurteilen. In 2 weiteren Fällen wurde keine Angabe hierzu gemacht. Das Geschlechterverhältnis war mit 17 zu 10 deutlich mädchenwendig. Das Alter der Patienten zum Zeitpunkt der Erstsymptomatik betrug 0-7,4 Jahre (Tabelle 6), im Median 0,5 Jahre. Bei 14 Patienten (52 %) wurde eine Leberhistologie gewonnen. Zum Verlauf wurden folgende Angaben gemacht: 10 Patienten konnten entlassen werden, 2 waren zum Zeitpunkt der Meldung noch in stationärer Behandlung, 4 wurden aus der meldenden Klinik verlegt, 10 (45 %) verstarben und in einem Fall wurde zum Verlauf keine Angabe gemacht. In 4 Fällen wurde nach Auskunft der meldenden Klinik eine Lebertransplantation durchgeführt.

Studienleiter:

Dr. M. Melter, Medizinische Hochschule Hannover, Kinderheilkunde II (Leiter: Prof. Dr. J. Brodehl), Postfach 61 01 80, D-30625 Hannover

Systemische Neisseria-Meningokokken-Infektionen (1.1.1995-30.6.1995)

Mittels einer 12monatigen Umfrage von Juli 1994 bis Juni 1995 wurde die altersabhängige Prognose der systemischen Neisseria-Meningokokken-Infektionen (SMI) untersucht und der NESI (Minimalwert [= keine Sepsis]; 0; Maximalwert [= schwerste Sepsis]; 8; Nürnberger et al., Eur J Ped 154 [1995] 896-900) hinsichtlich der prognostischen Wertigkeit validiert. Dazu wurden die Erkrankungsfälle von SMI, der Beginn der Antibiotikabehandlung sowie Daten über die intensivmedizinische Therapie (Katecholamingabe, Beatmung, Dialyse) und die Prognose erhoben.

Es wurden 291 gesicherte SMI gemeldet. Die meisten Infektionen traten im 1. Lebensjahr (n = 87) und im 13.-16. Lebensjahr (n = 53) auf. Die Häufigkeit intensivmedizi-

nischer Maßnahmen betrug 14,5 % (n = 42), die Mortalität 4,5 % (n = 13). Aufgetrennt nach Altersklassen umfaßte die Frequenz intensivmedizinischer Therapie 12-14 % bei Kindern unter 4 Jahren sowie bei den 6-16jährigen Patienten, aber 19,5 % im 5.-6. Lebensjahr. Die Mortalität war bei 5-6jährigen mit 15,8 % gegenüber den anderen Altersklassen signifikant erhöht (p = 0,04).

Der überwiegende Teil der Kinder (n = 264 [91 %]) war ohne antibiotische Vorbehandlung, so daß die erhobenen Daten überwiegend den natürlichen Verlauf der Erkrankung widerspiegeln. Alle Patienten wurden primär mit wirksamen Antibiotika behandelt. Die Zeitspanne zwischen Aufnahme und 1. Antibiotikagabe variierte im Mittel zwischen 62 min (Überlebende ohne Intensivmedizin), über 30 min (Überlebende mit Intensivmedizin) zu 15 min (verstorbene Patienten), so daß insbesondere bei schwerkranken Kindern im Regelfall sehr schnell die kausale Therapie eingeleitet wurde.

Von den 291 Patienten mit gesicherter SMI wurden bei 178 Kindern die Parameter des NESI (Herzfrequenz, Blutdruck, Basenüberschuß, akute flächenhaftes Hautblutungen bzw. Nekrosen) erhoben (61 %). Von diesen überlebten 143 ohne Intensivmedizin, 22 überlebten mit intensivmedizinischer Therapie und 13 verstarben trotz intensivmedizinischer Maßnahmen. NESI von 0-2 bedeutete, daß in der Regel keine intensivmedizinische Therapie erforderlich und die Prognose quo ad vitam gut ist. NESI 3-4 war mit einer $> 50\%$ igen Wahrscheinlichkeit intensivmedizinischer Maßnahmen verbunden (Sensitivität: 97 %, Spezifität 87 %, positiver prädiktiver Wert: 64 %). NESI > 4 waren Erkrankungen mit hoher Mortalität (Sensitivität: 92 %, Spezifität 99 %, positiver prädiktiver Wert: 86 %).

Die Untersuchung zeigt eine geringe Gesamtmortalität der SMI in Deutschland im Vergleich zu anderen westlichen Ländern. Die relativ hohe altersspezifische Mortalität im Vorschulalter könnte durch infektionsimmunologische Mechanismen erklärt werden und erfordert weitergehende Untersuchungen.

Der NESI ermöglicht aus gängigen Parametern eine frühzeitige Beurteilung des Schweregrades von SMI und identifiziert Kinder mit hoher Mortalität. Weiterhin wird die Vergleichbarkeit von Patientengruppen für randomisierte Untersuchungen ermöglicht.

Studienleiter:

Dr. W. Nürnberger, Prof. Dr. U. Göbel, Medizinische Einrichtungen der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Kinderklinik, Postfach 10 10 07, D-40001 Düsseldorf

Tabelle 9

Häufigkeit verschiedener diagnostischer Autoantikörper bei ALV (gesamt)

Autoantikörper	n = 50 (gesamt)	Mädchen (n = 33)	Knaben (n = 17)	n (1995)
ANA	4	4	0	2
ANA/SMA	24	13	11	8
LKM-1	7	6	1	0
SMA	9	5	4	2
LC-1	2	2	0	0
andere AK-Kombination	3	2	1	0
Antikörper negativ	1	1	0	1

Tabelle 10

Art und Altersverteilung der berichteten Pertussiskomplikationen

Alter	Pneu- monie	Apnoe mit Beatmung	Krampf- anfall	Encepha- lopathie	Todesfall	Summe
0-5 Monate	65	34	13	13	2	127
6-12 Monate	15	3	3	1	0	22
1-4 Jahre	53	4	10	4	0	71
5-9 Jahre	19	0	1	2	1	23
< 9 Jahre	9	0	1	1	1	12
	161	41	28	21	4	255

Tabelle 11

Impfstatus und Art der Pertussiskomplikation

	Pneu- monie	Apnoe mit- Beatmung	Krampf- anfall	Encepha- lopathie	Todesfall	Summe
kein Impfschutz	98	12	14	8	2	134
Impfschutz un- vollständig	9	0	2	2	1	14
Impfschutz entsp. STIKO	4	1	0	0	0	5
Patient zu jung	50	28	12	11	1	102
	161	41	28	21	4	255

**Vitamin K-Mangelblutungen
(1.1.1995-31.12.1995)**

1995 wurden 20 Fälle von Vitamin K-Mangelblutungen gemeldet. Alle Meldungen konnten anhand eines Erhebungsbogens überprüft werden. 9 Meldungen betrafen Blutungen in der ersten Lebenswoche, 11 Blutungen nach der ersten Lebenswoche. Hiervon erfüllten 7 Fälle die Falldefinition für späte Vitamin K-Mangelblutungen zwischen dem 8. Lebenstag und der vollendeten 12. Lebenswoche. 2 von diesen Fällen hatten keine Vitamin K-Prophylaxe erhalten; bei 1 Kind trat die Blutung nach der Gabe von 3×1 mg Vitamin K oral auf. 4 Fälle betrafen Kinder, die eine Vitamin K-Prophylaxe entsprechend den modifizierten Empfehlungen erhalten hatten, d.h., 3×2 mg Vitamin K oral (Tabelle 7).

Gegenüber dem Vorjahr stellt dies eine Abnahme der Häufigkeit später Vitamin K-Mangelblutungen um mehr als 50 % dar. Die geringere Rückmeldungsrate später Vitamin K-Mangelblutungen reflektiert wahrscheinlich nicht eine „geringere Meldemoral“, da die Zahl der Meldungen bezüglich der Häufigkeit von Blutungen in der ersten Lebenswoche konstant blieb. Eine plausible Erklärung könnte die veränderte Empfehlung zur oralen Vitamin K-Prophylaxe darstellen: Im Dezember 1994 wurde die Empfehlung zu einer Dosissteigerung bei der oralen Vitamin K-Prophylaxe bei den Kinderärzten und Geburtshelfern verbreitet. Eine Überprüfung der Akzeptanz dieser modifizierten Empfehlungen in den deutschen Geburtskliniken steht jedoch noch aus.

Die derzeitige Rate von 4 späten Vitamin K-Mangelblutungen nach oraler Vit-

amin K-Prophylaxe mit 3×2 mg Vitamin K₁ entspräche, unter der Annahme, daß dieses Prophylaxeregime eine Akzeptanz von annähernd 100 % erfahren hätte, einer Blutungsinzidenz von 0,5/100.000 Geburten. Diese Inzidenzschätzung läge im Bereich des 95 %-Konfidenzintervalls der Inzidenzschätzung für die Häufigkeit später Vitamin K-Mangelblutungen unter einmaliger parenteraler Vitamin K-Prophylaxe mit 1 mg Vitamin K₁. Eine endgültige Beurteilung dieser Daten ist jedoch nur durch Überprüfung der Akzeptanz der Empfehlungen zur Dosissteigerung bei der oralen Prophylaxe möglich.

Studienleiter:

Prof. Dr. R. v. Kries, Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München, Heiglhofstr. 63, D-81377 München

Prof. Dr. U. Göbel, Medizinische Einrichtungen der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Kinderklinik, Postfach 10 10 07, D-40001 Düsseldorf

**Autoimmunhepatitis im
Kindesalter
(1.1.1995-31.12.1995)**

Bisher liegen in Deutschland keine systematischen Informationen über die Häufigkeit und die klinischen Daten der Autoimmunhepatitis im Kindesalter vor. Für die ESPED-Erhebung war gebeten worden, prävalente und inzidente Fälle bis zum 16. Lebensjahr zu melden.

Im Jahre 1995 wurden insgesamt 126 Fälle mit Verdacht auf oder mit gesicherter Autoimmunhepatitis gemeldet. Da die prävalenten Fälle in die Meldungen der ersten Monate mit einbezogen waren, ging die anfangs hohe Zahl der gemeldeten Fälle nach Mai 1995 auf 3-7 pro Monat zurück. Es wurden für die 1995 gemeldeten Fälle Fragebögen verschickt. Dadurch konnten zunächst 13 Doppelmeldungen und 1 Falschmeldung identifiziert werden, so daß 112 Patienten verblieben, von denen 74 (66,1 %) beantwortete Fragebögen vorlagen. Davon hatten aufgrund der vorliegenden Daten 13 (17,6 %) Kinder keine gesicherte Autoimmunhepatitis, bei 61 (82,4 %) konnte die Diagnose als gesichert bewertet werden. Von den 61 Patienten waren 11 bei Diagnosestellung über 16 Jahre und mußten daher ebenfalls aus der Bewertung genommen werden.

Schließlich konnten 50 Kinder mit einer gesicherten Autoimmunhepatitis beurteilt werden. Von diesen waren 37 vor 1995 erkrankt, wobei die Meldungen 19 Patienten aus 1994 und 8 aus 1993 einschlossen. Die übrigen 10 verteilten sich auf die vorangegangenen Jahre. Der erste Patient wurde 1985 diagnostiziert. Bisher wurden 13 Kinder gemeldet, die 1995 an

einer Autoimmunhepatitis erkrankt sind (Tabelle 8, 9).

Die Behandlung konnte in vier verschiedene Regime unterteilt werden. 35 Kinder wurden mit einem Steroidpräparat und Azathioprin von Beginn an bzw. innerhalb der ersten zwei Monate nach Diagnosestellung behandelt. Die Durchschnittsdosis für die Steroide lag bei 1,1 mg/kgxd (Range: 0,36–5 mg/kgxd). Azathioprin wurde im Durchschnitt mit 1,25 mg/kgxd verabreicht (Range: 1–3 mg/kgxd). 10 Patienten wurden ausschließlich mit einem Steroid therapiert. Die Durchschnittsdosis betrug hier 1,75 mg/kgxd (Range: 1–2 mg/kgxd). Bei 2 Kindern wurde Azathioprin als Monotherapie eingesetzt. Bei 3 Kindern erfolgte keine medikamentöse Behandlung.

Studienleiter:

Priv.-Doz. Dr. S. Wirth, Johann-Gutenberg-Universität Mainz, Kinderklinik, Langenbeckstr. 1, D-55101 Mainz

Frau Dr. S. Koletzko, Kinderpoliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München, Pettenkoferstr. 8a, D-80336 München

Komplikationen von Pertussis-Erkrankungen (1.11.1993–31.12.1995)

Seit November 1993 werden durch ESPED stationär behandlungsbedürftige Komplikationen von Pertussis-Erkrankungen (Pneumonien, beatmungspflichtige Apnoen, Krampfanfälle, Encephalopathien, Todesfälle) erfaßt. Bis April 1996 wurden 240 Fälle gemeldet. Bei 223 Kindern konnten von den meldenden Kliniken durch Fragebögen und Telefoninterviews ausreichend vollständige Informationen zu Anamnese und Ver-

lauf der Erkrankung erhoben werden, so daß sie in die weitere Analyse einbezogen werden konnten. Bei 11 Meldungen war die Diagnose für Studienzwecke nicht ausreichend gesichert, so daß sich die Zahl der Fälle in der Endauswertung auf 212 reduzierte.

Ein Vergleich der Erkrankungszahlen in den Jahren 1994 und 1995 zeigt einen Rückgang der Meldungen von 118 auf 59. Es läßt sich noch nicht beurteilen, inwieweit dieser Trend auf eine steigende Akzeptanz des neuen azellulären Impfstoffes zurückzuführen ist.

Bei den 212 ausgewerteten Fällen wurden 255 Komplikationen beobachtet. Am häufigsten wurden Pneumonien diagnostiziert, schwerere Verläufe mit beatmungsbedürftigen Apnoen oder neurologischen Komplikationen waren deutlich seltener, traten aber ebenfalls mit relevanter Häufigkeit auf.

Erwartungsgemäß wurden die meisten Komplikationen bei jungen Kindern und Säuglingen beobachtet. Die verschiedenen Arten von Komplikationen zeigten aber deutliche Unterschiede in der Altersverteilung: Während beatmungspflichtige Apnoen fast ausschließlich bei Säuglingen unter 6 Monaten beobachtet wurden, war bei Krampfanfällen und Encephalopathien zwar eine Häufung im ersten Lebenshalbjahr zu erkennen, etwa jeweils die Hälfte der Fälle trat aber bei älteren Kindern – auch jenseits des ersten Lebensjahres – auf.

Todesfälle wurden 4 gemeldet, 3 davon traten bei Kindern ohne bekannte zusätzliche Risikofaktoren oder Vorerkrankungen auf (Tabelle 10).

Der weitaus überwiegende Teil der an Pertussiskomplikationen erkrankten Kinder verfügte zum Zeitpunkt der Erkan-

kung nicht über einen altersentsprechenden (den geltenden Empfehlungen der STIKO entsprechenden) Impfschutz (Tabelle 11). Mit Ausnahme der beatmungsbedürftigen Apnoen, die eine typische Komplikation ganz junger Kinder sind, wäre der überwiegende Teil der Komplikationen einer Prävention zugänglich gewesen.

Schlußfolgerungen

Im Rahmen von Pertussiserkrankungen auftretende Komplikationen stellen in der Bundesrepublik noch immer ein relevantes „Public Health“-Problem dar. Die Ergebnisse der Studie zeigen, daß Anstrengungen zur Verbesserung der Durchimpfungsrate gerechtfertigt sind. Da Pertussiskomplikationen auch bei älteren Kindern mit relevanter Häufigkeit auftreten, ist die Nachimpfung älterer bisher ungeimpfter Kinder nicht nur unter epidemiologischen Aspekten sondern auch zur Verbesserung des individuellen Schutzes von Bedeutung.

Studienleiter:

Dr. P. Herzig, Priv.-Doz. Dr. H. Schroten, Medizinische Einrichtungen der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Kinderklinik, Postfach 10 10 07, D-40001 Düsseldorf
Prof. Dr. R. v. Kries, Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München, Heiglhofstr. 63, D-81377 München

Prof. Dr. R. v. Kries
Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der
Ludwig-Maximilians-Universität München
Heiglhofstr. 63
D-81377 München

Preis Ausschreibung

Johannes Wenner-Preis 1997

Die Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e. V. schreibt den Johannes Wenner-Preis 1997 in Höhe von 10000,- DM aus.

Der von der Rhône-Poulenc Rorer/FISONS Arzneimittel GmbH, Köln, gestiftete Preis dient der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses und wird für Arbeiten aus dem gesamten Bereich

der pädiatrischen Pneumologie, mit Ausnahme der Mukoviszidose, vergeben.

Der Preis wird alle zwei Jahre anlässlich der Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e. V. verliehen. Eine Teilung des Preises ist nicht möglich. Die nächste Verleihung findet 1997 in Münster statt.

Zur Bewerbung werden bislang unveröffentlichte Arbeiten angenommen, die zu keinem weiteren Preis eingereicht wur-

den. Die Bewerber, deren Alter 40 Jahre nicht überschreiten sollte, werden gebeten, ihre Arbeiten bis zum 5. Januar 1997 in dreifacher Ausfertigung beim Vorsitzenden der Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e. V. einzureichen:

Prof. Dr. med. D. Reinhardt
Ludwig-Maximilians-Universität München
Kinderpoliklinik, Pettenkoferstr. 8a,
D-80336 München

Mitteilungen

Priv. Doz. Dr. Graf, Universitäts-Kinderklinik Homburg, wurde zur Tagung der nationalen Wilms-Tumor-Studiengruppe (NWTSG) an das Fred Hutchinson Cancer Research Center in Seattle eingela-

den. Hierfür erhielt die deutsche Wilms-Tumor-Studie eine beträchtliche finanzielle Unterstützung von der Deutschen Krebsgesellschaft.

Habilitationen

Von der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universität Essen, hat sich **Dr. Berthold P. Hauffa**, Abt. für Endokrinologie, für das Fach Kinderheilkunde habilitiert und ist zum Privatdozenten ernannt worden, ebenso habilitierte **Dr. Bernhard Lettgen**, Abt. für

Pädiatrische Nephrologie, und erhielt die venia legendi für das Fach Kinderheilkunde.

Dr. Ekkehard Paditz, Klinik und Poliklinik der Techn. Universität Dresden, wurde die Habilitation für das Fach Kin-

derheilkunde zuerkannt und ist zum Privatdozenten ernannt worden.

Dr. rer. nat. Klaus-Dieter Wutzke, Univ.-Kinder- und Jugendklinik Rostock, habilitierte auf dem Gebiet der Ernährungsmedizin und erhielt die venia legendi.

Kongreßeinladung

Einladung zur 210. Tagung der Vereinigung Rheinisch-Westfälischer Kinderärzte und Kinderchirurgen in der Landeshauptstadt Düsseldorf, 16. November 1996

Tagungsthemen: Gastroenterologie und Ernährung
Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. M.J. Lentze, Zentrum für Kinderheilkun-

de, Adenauerallee 119, D-53113 Bonn, Tel. 0228-2873213, FAX 0228-2873314
Tagungsort: Hörsaal 2a, Gebäude 2201, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf,

Universitätsstr. 1, D-40225 Düsseldorf, Tel. 0211-172020
Tagungszeit: 9.00–18.00 Uhr

Kongreßforum

1996

Oktober

- Nürnberg, 2.–5. 10.
Einführungskurs in die Sonographie des Kindes. Grundkurs nach den Degumrichtlinien
Ort: Hörsaal Cnopf'sche Kinderklinik, Nürnberg, St. Johannis Mühl-gasse
Information: Sekretariat der Kinderchirurgischen Abteilung der Cnopf'schen Kinderklinik, Frau Leutung, 90419 Nürnberg, St. Johannis Mühl-gasse 17, Tel. 0911/3340304, Fax 0911/336487
- Mainz, 3.–5. 10.
33. Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie und den 16. Pädiatrisch-Radiologischer Fortbildungskurs
Themen: Entzündung, Funktion, Freie Themen
Tagungspräsident: Prof. Dr. Reinhard Schumacher, Kinderradiologie der Univ.-Kinderklinik, Postfach, 55101 Mainz
Auskunft: Frau Thomas (14–16 Uhr), Tel.: 06131/176927, Fax: 06131/176693

- Heidelberg, 3.–6. 10.
36. Jahrestagung der Deutschen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie, 15. Jahrestagung der Deutschen Epilepsievereinigung und Tag der Epilepsie am 5. 10.
Hauptthemen: Benigne Partialepilepsien und verwandte Syndrome; Der Erste Anfall; Epidemiologie der Epilepsien
Information: Service Systems, Blumenstraße 14, D-63303 Dreieich, Tel. 06103/63657, Fax 06103/67674
- Bad Kissingen, 4.–6. 10.
14. Fortbildungstagung für Notfallmedizin der agbn
Thema: Pädiatrische Notfälle
Information: Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte e. V., Frau U. Götz, Josef-Schneider-Str. 2, D-97080 Würzburg, Tel. 0931-201-5128, Fax 0931-284746
- Leipzig, 5.–8. 10.
28. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie
Hauptthemen: Perioperatives Management, Fallotsche Tetralogie, Freie Themen
Information: Prof. Dr. P. Schneider, Universität Leipzig, Herzzentrum, Klinik für Kinderkardiologie, Russenstr. 19, D-04289 Leipzig, Tel. 0341/8650, Fax 0341/8651405

- Berlin, 11.–13. 10.
Aufbaukurs Sonographie der Säuglingshüfte
Information: Priv.-Doz. Dr. H. Mellowicz, Sonographie-/Kinderambulanz, Orthopädische Klinik und Poliklinik der Freien Universität im Oskar-Helene-Heim, Clayallee 229, D-14195 Berlin
- Tübingen, 12. 10.
Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Allergologie Süd
Thema: Atopische Dermatitis
Information: Dr. H. Rebmann, Universitäts-Kinderklinik, Rümelinstr. 23, D-72070 Tübingen, Tel. 07071/293781
- Wittenberg, 12. 10.
Pädiatrie zum Anfassen
des Berufsverbandes der Ärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin Deutschlands e.V., Landesverband Sachsen
Information: M. R. Dr. U. Steiniger, Paul-Gerhard-Stiftung, Ev. Krankenhaus, Postf. 75, D-06872 Lutherstadt Wittenberg, Tel. 03491/420-374 und -419