

bvkJ.

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

Heft 03/10 · 41. (59.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT



Forum:

Hartz-IV-Urteil
und Frühförderung



Fortbildung:

Rotavirus-
Impfung



Berufsfragen:

Jung und
weiblich



Magazin:

Warum ist Uffelmann
vergessen?

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT **bvkj.**



Foto: S. Hofschlaeger

Warum ist Uffelman vergessen?

Julius August Christian Uffelman
als Protagonist der universitären Pädiatrie

S. 189



Unzweckmäßige Ernährung und schlechte Wohnungsverhältnisse führen fast mit Sicherheit zur englischen Krankheit.

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

Inhalt 3 | 10

Forum

- 137 **Neue Hartz-IV-Regelsätze**
- 138 **Seelenbilder – Projektive Diagnostik als Zugangsweg**
Hermann Kühne
- 141 Vermischtes
- 142 Information zum 7. Assistentenkongress Nürnberg
- 145 **Spezialisierte Therapieplätze für computer- und internetabhängige Jugendliche und Heranwachsende in Hannover**
Christoph Möller
- 146 **Familienfreundlichkeit: Deutschland mittelmäßig**
Axel Plünnecke
- 147 **Teure Wachstumshormone für Kinder und Jugendliche**

Fortbildung

- 148 **Wirksamkeit der Rotavirus-Impfung unter Bedingungen des Routine-Einsatzes**
Markus A. Rose
- 155 **Die nicht-alkoholische Fettlebererkrankung bei Kindern und Jugendlichen**
Ulrich Baumann, Florian Puls
- 160 **Röteln. Elimination – fast erreicht!**
Helmut Helwig, Hansjörg Cremer
- 168 **Consilium Infectiorum: Diagnostik und Therapie eines Lichen sclerosus et atrophicus**
Peter H. Höger
- 170 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**
- 172 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Peter Müller
- 175 Impressum
- 176 **Leser-Forum**

Berufsfragen

- 178 **Jung und weiblich Zur Mitgliederstruktur des BVKJ Ende 2009**
Wolfgang Gempp
- 180 **Ein Jahr ADHS-Vertrag in Baden-Württemberg**
Matthias Gelb
- 182 **BVKJ und Foodwatch kämpfen gemeinsam für die „Nährwert-Ampel“**
Stephan Eßer
- 185 **Wichtige Information zum Vertrag mit der BARMER GEK**
Klaus Lüft
- 186 **Kinderschutz, Datenschutz und klamme Kassen**
Regine Hauch
- 188 **Man muss nicht jeden Fehler selber machen, um aus ihm zu lernen!**
Dominik Ewald

Magazin

- 189 **Warum ist Uffelman vergessen?**
Hanns-Ulrich Leisterer
- 193 Praxistafel
- 194 Tagungen
- 195 **Die Welt der Kinder im Blick der Maler**
Peter Scharfe
- 196 Fortbildungstermine BVKJ
- 197 **Buchtipps**
- 200 **Personalia**
- 202 **Nachrichten der Industrie**
- 204 **Wichtige Adressen des BVKJ**

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen als Vollbeilage das Programmheft des 40. Kinder- und Jugendärztes, Juni 2010, Berlin, bei. Sowie als Teilbeilagen das Hessen Päd-Info des LV Hessen, das Programmheft 13. Pädiatrie zum Anfassen, Nellingen, des LV Baden-Württemberg, und das Programmheft 23. Fortbildungsveranstaltung mit prakt. Übungen, Worms, des LV Rheinland-Pfalz und Saarland.

Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

Wirksamkeit der Rotavirus-Impfung unter Bedingungen des Routine-Einsatzes



Priv.-Doz. Dr.
Markus A. Rose,
M.P.H.

Nahezu jedes Kind erkrankt an einer Rotavirus-Infektion, an der weltweit jährlich ca. 600.000 Kinder sterben. In industrialisierten Ländern stellen vor allem die unvorhersehbaren und teils schweren Verläufe wie auch die nosokomialen Übertragungen der akuten Rotavirus-Gastroenteritis (ARGE) eine erhebliche bevölkerungsmedizinische Belastung dar. Die seit 2006 verfügbaren Impfstoffe RotaTeq® und Rotarix® zeigten sich in placebo-kontrollierten Phase-III-Studien mit jeweils bis zu ca. 70.000 Säuglingen sowie in aufwendigen Anwendungsbeobachtungen unter Praxisbedingungen hochwirksam, sicher und gut verträglich. Seit der allgemeinen Impfung von Säuglingen mit RotaTeq® wurde in nordamerikanischen Kliniken ein erheblicher Rückgang an ARGE beobachtet. Mittlerweile empfiehlt die WHO die Rotavirus-Impfung für alle Länder; Fachgesellschaften haben sich positiv dazu geäußert und immer mehr Krankenkassen übernehmen die Kosten für die Rotavirus-Schluckimpfung.

Epidemiologie und Krankheitslast

Rotaviren (RV) zählen zu den wichtigsten Erregern akuter Gastroenteriden bei Kindern. Weltweit infiziert sich nahezu jedes Kind unter fünf Jahren mindestens einmal mit RV. Circa 40% aller weltweit durch akute Gastroenteriden verursachten Todesfälle bei Kindern unter fünf Jahren sind auf RV-Infektionen zurückzuführen [37]. Die Zahl der RV-bedingten Todesfälle bei Kindern wird auf über 600.000 geschätzt, wovon der Großteil in nicht-industrialisierten Ländern zu beklagen ist [12]. In industrialisierten Ländern stellen Rotaviren eher als Erreger nosokomialer Infektionen ein Problem dar. Die bevölkerungsmedizinische Dimension der RV-Erkrankung ergibt sich durch den unvorhersehbaren und oft schweren Verlauf und den hohen Anteil stationärer Behandlungen. In Deutschland sind das ca. 10% der Kinder unter fünf Jahren [11]. Dies gilt vor allem für Säuglinge und Kleinkinder, bei denen RV-Infektionen in der Regel schwerer als bei älteren Kindern verlaufen [1]. Nach Schweizer Daten von 539 aufgrund einer RV-Gastroenteritis aufgenommenen Kindern (2002–2006) im mittleren Alter von 1,4 Jahren hatten fast alle Kinder (96,3%) eine schwere Erkrankung (Vesikari-Score ≥ 11 , im Mittel 15,3), davon litten 23,6% länger als fünf Tage an Diarrhöe, 50,5% gleichzeitig länger als zwei Tage an Erbrechen. Über 85% wiesen eine Dehydrierung mit mehr als 5%igem Körpergewichtsverlust auf, 70,1% der Kinder benötigten eine intravenöse Rehydratation [33]. Im Vergleich zu Durchfallerkrankungen anderer Genese verlaufen durch RV hervorgerufene Gastroenteriden deutlich schwerer; Kinder mit akuter RV-Gastroenteritis mussten fünfmal so häufig stationär behandelt werden als bei anderen Gastroenteriden [2].

Mehr als 90% der RV-Infektionen weltweit [25] bzw. mehr als 98% aller RV-Infektionen bei Kindern unter

fünf Jahren in Europa sind auf die Serotypen G1, G2, G3, G4, und G9 zurückzuführen [26]. Der G1-Typ hat in Europa einen Anteil von ca. 70%. Die Prävalenz der Serotypen zeigt allerdings sowohl saisonal als auch lokal erhebliche Schwankungen, wie z.B. eine Studie zeigt, an der sich 12 europäische Kliniken beteiligten: G1P[8] war in Deutschland, Frankreich und Großbritannien der häufigste RV-Typ, in Spanien hingegen G9P[8], während in Italien G4P[8] und G1P[8] dominierten [10]. Die RV-Verteilung variierte auch zwischen den Zentren eines Landes: so wurde G4P[8] (22,4%) ausschließlich in dem Berliner Zentrum isoliert, G9P[8] und G3P[8] dagegen ausschließlich in Freiburg (20,9% bzw. 15,4%).

Impfstoffe

Seit 2006 sind zwei orale RV-Lebendimpfstoffe weltweit in vielen Ländern zugelassen. RotaTeq® ist ein pentavalenter Impfstoff auf der Basis eines für Menschen nicht pathogenen, bovinen RV-Stamms, der reassortiert die fünf häufigsten humanpathogenen RV-Serotypen G1-G4 und P1[8] abdeckt. Bei Rotarix® handelt es sich um einen monovalenten attenuierten Impfstoff, der auf dem häufigsten humanen RV-Stamm G1P[8] basiert. Beginnend in der 7.–12. Lebenswoche wird die Impfung bis zum Alter von 26 bzw. 24 Wochen mit drei Dosen RotaTeq® bzw. zwei Dosen Rotarix® im Abstand von jeweils mindestens vier Wochen durchgeführt.

Wirksamkeit

Die beiden verfügbaren Rotavirus-Impfstoffe wurden in Studien mit unterschiedlichen klinischen Schweregrad-Skalierungen („Scores“) getestet.

RotaTeq®

Schon in den Zulassungsstudien (Rotavirus Efficacy and Safety Trial, REST) hatte RotaTeq® eine Wirksamkeit von 98% gegen durch im Impfstoff enthaltene Serotypen

verursachte schwere akuten Rotavirus-Gastroenteritiden (ARGE) gezeigt (Score >16 auf einer 24stufigen Skala nach Clark) [31]. Die Häufigkeit stationärer Behandlungen oder Notfallaufnahmen infolge ARGE nahm im Verlauf von bis zu einem Jahr nach erster Dosis in der RotaTeq®-Gruppe gegenüber der Placebogruppe um 94,5% ab. RotaTeq® zeigte bei allen häufigen Serotypen (G1-G4, G9) eine gute und im Ausmaß vergleichbare Wirksamkeit. Ähnliche Ergebnisse zeigte die nachträgliche Analyse der REST-Daten bezogen auf Kinder, die mindestens eine Dosis RotaTeq® erhalten hatten, der zufolge RotaTeq® die Häufigkeit RV (G1-G4)-assoziiierter stationärer Behandlungen oder Notfallaufnahmen um 91,9% reduzierte (beobachteter Zeitraum durchschnittlich 314 Tagen) [28].

Besonders interessant war eine post-hoc-Analyse, die schon 14 Tage nach der ersten Dosis RotaTeq® eine hohe Schutzwirkung mit Vermeidung von stationären Behandlungen oder Notfallkonsultationen zeigte [27]. Diese Beobachtung ist vor allem für junge Säuglinge wichtig, die in die kalte Jahreszeit und somit „Rotavirus-Saison“ hineingeboren werden – hier lässt sich ein begründbar früher Schutz absehen.

Die Nachverfolgung der ca. 21.000 finnischen Säuglinge aus REST untersuchte auch die Frage der Dauer einer Schutzwirkung und zeigte bis ins vierte Lebensjahr eine Verminderung ARGE-assoziiierter stationärer Behandlungen bzw. Notfallaufnahmen um 94% [29].

In mehreren Publikationen wurde eine beeindruckende Abnahme der ARGE-bedingten Behandlungshäufigkeit von Säuglingen bzw. Kleinkindern in US-amerikanischen Kliniken seit Beginn des Impfprogramms mit RotaTeq® (Februar 2006) dokumentiert:

So war im Children's Hospital of Philadelphia die Zahl der ambulant erworbenen und stationär behandelten ARGE von 271 (2005/2006) auf 36 (2007/2008) gesunken, dies entspricht einer Reduktion um 87% [7]. Daskalaki et al. beobachteten 2008 am St. Christopher's Hospital for Children in Philadelphia im Vergleich zu 2000–2006 nicht nur einen massiven Rückgang der RV-bedingten jährlichen stationären Aufnahmen (n=40 vs. durchschnittlich 127), sondern auch einen verzögerten Beginn der RV-Saison [9]. In einer Klinik in Kansas City wurden in den fünf Jahren vor Zulassung von RotaTeq® durchschnittlich 318 Kinder aufgrund einer RV-Infektion stationär behandelt, in 2008 dagegen nur 70 (Reduktion um 78%) [14]. Nach Daten der University of Massachusetts Medical School sank die Zahl der stationär behandelten Kinder mit nachgewiesener RV-Infektion von durchschnittlich 65 in den Jahren 2003–2006 auf 37 in 2007 bzw. 3 in 2008 [15].

Die Auswertung einer großen Datenbank regionaler Laboratorien in den USA zeigte im Jahr nach Zulassung von RotaTeq® eine Abnahme des Anteils positiver RV-Tests um 76,2% [18]. Da dies auch in ungeimpften Altersgruppen beobachtet wurde, lässt dies möglicherweise auf eine Art Herdenimmunität schließen.

Die gleichzeitige Verabreichung von RotaTeq® mit Routine-Sechsfachimpfstoff (Diphtherie, Tetanus, Per-

tussis, Hepatitis B, Polio, Haemophilus influenzae Typ b) ergab in einer doppelblinden, placebokontrollierten Studie keinen Hinweis auf eine Beeinträchtigung der Seroprotektionsraten bzw. der Antikörperantworten auf eines der verabreichten Antigene [5]. In einer weiteren Studie interferierte RotaTeq® auch nicht mit der Immunantwort auf Polio-Schluckimpfung; die Serumkonversionsrate nach RV-Impfung war hoch (>93%) [6].

Rotarix®

In der in Lateinamerika und Finnland durchgeführten doppelblinden placebo-kontrollierten Zulassungsstudie zeigte Rotarix® eine Wirksamkeit von 84,7% gegen schwere ARGE (Vesikari-Score ≥ 11) [24].

Eine weitere placebo-kontrollierte europäische Phase-III-Studie mit 3.874 Säuglingen zeigte in der ersten Rotavirus-Saison eine Wirksamkeit von 87,1% gegen ARGE bzw. 95,8% gegen schwere ARGE, bis zum Ende der zweiten Saison von 78,9% bzw. 90,4% [29].

Die Virustyp-spezifische Wirksamkeit von Rotarix® betrug gegenüber Serotyp G1P[8] 90,8%, gegenüber G3P[8], G4P[8] und G9P[8] 87,3%, und gegenüber G2P[4] 41,0%. In einer doppelblinden randomisierten placebo-kontrollierten Studie mit 8.687 asiatischen Säuglingen zeigte Rotarix® in den ersten zwei Lebensjahren eine 96% Wirksamkeit zur Verhinderung schwerer ARGE. Die Nachuntersuchung bis zum Alter von drei Jahren zeigte eine unverändert gute Wirksamkeit gegen schwere ARGE und zur Vermeidung von ARGE bedingten Krankenhausaufenthalten.

Ähnliche Effekte konnten in weiteren Studien in Lateinamerika und Asien sowie in Indien auch unter Alltagsbedingungen beobachtet werden [19, 21, 23]. Eine aktuelle epidemiologische Studie aus Brasilien errechnete für Kinder im zweiten Lebenshalbjahr eine Wirksamkeit von 77% gegen durch Serotyp G2P[4] verursachte schwere ARGE [41].

In einer europäischen randomisierten doppelblinden placebo-kontrollierten Studie mit 1.008 Frühgeborenen (20% 27–30 SSW.) zeigte Rotarix® eine gute Immunogenität [20].

Sicherheit

Beide Impfstoffe wurden in placebo-kontrollierten Phase-III-Studien auf Sicherheit insbesondere im Hinblick auf Invaginationen geprüft, RotaTeq® bei 68.038 Säuglingen aus 11 Ländern, Rotarix® bei 63.225 Säuglingen aus 11 lateinamerikanischen Ländern und Finnland [24, 4]. Diese Studien sowie aktive bzw. passive Post-Marketing-Erhebungen zeigen, dass RotaTeq® und Rotarix® sicher und gut verträglich sind und das Invaginationrisiko nicht höher als in der jeweiligen Placebogruppe war [3, 13, 17].

Nachdem im Routineeinsatz im zeitlichen Zusammenhang mit Rota-Vakzine sehr vereinzelt auch Fälle von Kawasaki-Syndrom mit teils atypischen und schweren Verläufen aufgetreten waren, wurden die Ergebnisse der Zulassungsstudien sowie Daten aus Anwendungsbeobachtungen auch unter diesem Aspekt geprüft. Das

„Global Advisory Committee on Vaccine Safety“ der WHO konnte dabei Ende 2007 keinen kausalen Zusammenhang mit der Rotavirus-Impfung und dem Auftreten des Kawasaki-Syndroms erkennen [36]. Eine aktuelle Studie von Hua et al. in den USA fand ebenfalls kein erhöhtes Risiko für das Auftreten des Kawasaki-Syndroms nach Impfungen: Im Zeitraum von 1990 bis 2007 wurden im „Vaccine Adverse Event Reporting System“ (VAERS) insgesamt 107 Kawasaki-Syndrom-Fälle gemeldet. Im Vergleich zur normalen Inzidenz bei Kindern <5 Jahren in den USA (9–19 Fälle pro 100.000 Personenjahre) betrug die Melderate nach Impfung mit RotaTeq® 0,65 Fälle pro 100.000 Personenjahre. Selbst nach Ergänzung der Fachinformation von RotaTeq® im Jahr 2007 mit einem entsprechenden Hinweis blieb die Anzahl der gemeldeten Fälle mit 2,78 Fälle pro 100.000 Personenjahre deutlich unter der zu erwartenden normale Inzidenz [16]. Es ist in diesem Zusammenhang festzustellen, dass die Inzidenz des Kawasaki-Syndroms weltweit unabhängig von medizinischen Maßnahmen zunimmt und bei jungen Kindern sowohl die klinische Präsentation schwerer zu erkennen ist, als auch die Verläufe tendenziell schwerer als bei älteren Kindern sind.

Empfehlungssituation

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt dringend, die Rotavirus-Impfung in die Routine-Immunisierungspläne der Länder bzw. Regionen aufzunehmen, in denen der Einsatz der Impfung aufgrund der guten Wirksamkeit auf eine substanzielle Verbesserung der öffentlichen Gesundheit schließen lässt bzw. eine adäquate Infrastruktur vorhanden ist [35]. In den USA wird die allgemeine RV-Impfung für Säuglinge empfohlen [8].

Die European Society for Pediatric Infectious Diseases (ESPID) sowie die European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) befürworten mit dem höchsten Empfehlungsgrad (1A) die RV-Impfung für alle Säuglinge in Europa [32].

Gegenwärtig wird die RV-Impfung aller Säuglinge in fünf europäischen Ländern (Österreich, Belgien, Luxemburg, Polen, Finnland) empfohlen. In Deutschland gibt es noch keine einheitlichen Empfehlungen, allerdings besteht in den Bundesländern Sachsen, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen eine offizielle Empfehlung für alle Säuglinge. Die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. befürwortet als Dachverband der pädiatrischen Gesellschaften in Deutschland ebenfalls eine allgemeine Impfung, die während der Infektsaison zu einer deutlichen Entlastung in Kinderkliniken und den Familien sowie zu einer besseren Lebensqualität bei Säuglingen und Kleinkindern führen könne.

Die Ständige Impfkommission (STIKO) hat die RV-Impfung schon 2007 positiv bewertet, allerdings bislang noch keine generelle Impfpflicht ausgesprochen [22]. Es sei jedoch zu erwägen, Säuglinge unter Berücksichtigung ihrer individuellen sozialen und gesundheitli-

chen Situation durch eine Impfung vor einer RV-Infektion zu schützen. Als Beispiel für spezielle Gruppen, die von einer RV-Impfung profitieren könnten, nennt die STIKO Säuglinge, die in Gemeinschaftseinrichtungen versorgt werden.

Durch die großen Erfolge der Rotavirus-Impfprogramme hat die Strategische Experten-Beratergruppe der WHO im August 2009 auf der Basis der überzeugenden Wirksamkeits- und Sicherheitsdaten sogar über die Zulassung hinaus empfohlen, den zeitlichen Rahmen, in dem die Impfung verabreicht werden soll, auszuweiten: um noch mehr Kindern die wichtige Impfung zukommen zu lassen, kann die erste Dosis schon mit 6–15 Wochen, die letzte Dosis spätestens mit 32 Wochen verabreicht werden [34].

Fazit für die Praxis

- Auch bei breiter Anwendung unter Praxisbedingungen haben die Rotavirus Schluckimpfstoffe die in großen klinischen Studien belegte Wirksamkeit bei guter Verträglichkeit und überzeugendem Sicherheitsprofil untermauert. Für eine generelle Impfung von Säuglingen sprechen die starke Virulenz des Erregers, die unvorhersehbaren und oft schweren Verläufe und die große Bedeutung als nosokomiale Erreger. Diese Argumente spiegeln sich in der Empfehlung der WHO und zahlreicher Länder und Fachgesellschaften wieder, die RV-Impfung in die Impfpläne aufzunehmen.
- Immer mehr Bundesländer nehmen die Rotavirus Impfung in den Routine-Impfkalender auf; eine zunehmende Anzahl Krankenkassen erstattet ihren Versicherten die Impfkosten (gegenwärtig schon für rund jedes zweite Kind). Allerdings wird erst eine generelle Impfpflicht die Basis dafür schaffen, allen jungen Kindern und ihren Familien die häufigste impfpräventable Erkrankung zu ersparen.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Der Autor erhielt in den vergangenen Jahren von den Firmen Sanofi Pasteur MSD und GlaxoSmithKline finanzielle Unterstützung zur Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen.

Priv.-Doz. Dr. Markus A. Rose, M.P.H.
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Johann Wolfgang Goethe-Universität
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt
Tel. 069 / 6301-5754
E-Mail: Markus.Rose@kgu.de

Red.: Riedel

Die nicht-alkoholische Fettlebererkrankung bei Kindern und Jugendlichen

Die Nicht-alkoholische Fettlebererkrankung (NAFLD) bei Kindern und Jugendlichen ist eine noch immer unterdiagnostizierte Erkrankung mit chronischem Verlauf und mit unklarer Prognose. Neben dem umfassenden Begriff der NAFLD wird heute noch der ältere Begriff der Nicht-alkoholischen Steatohepatitis (NASH) verwendet, der die aggressiveren Formen mit Hepatozytendegeneration und Fibrose bezeichnet. Eine Differenzierung der verschiedenen Formen, die von prognostischer Bedeutung ist, lässt sich nur durch eine histologische Untersuchung der Leber vornehmen. Bei etwa 80–90% aller betroffenen Kinder und Jugendlichen mit NAFLD ist die Erkrankung ein Nebenbefund bei Übergewicht oder Adipositas. Die übrigen Patienten sind normalgewichtig und oftmals Diabetiker. Verschiedene ethnische Gruppen sind unterschiedlich häufig betroffen. Ein erhöhtes Risiko findet sich insbesondere für die hispanische und asiatische Bevölkerung.

Einleitung

Die Nicht-alkoholische Fettlebererkrankung (NAFLD) ist typischerweise Ausdruck eines gestörten Energiestoffwechsels bei Übergewicht und Adipositas und kann inzwischen als **Lebermanifestation des metabolischen Syndroms** angesehen werden^{1,2}. Es handelt sich um eine chronische Lebererkrankung, die als Komorbidität von Adipositas und Diabetes häufig nicht beachtet und diagnostiziert wird^{3,5}. Die Langzeitprognose der Lebererkrankung ist zurzeit noch unzureichend definiert, auch weil sich die Auswirkungen der Begleiterkrankungen schwierig abgrenzen lassen. Es gibt allerdings bereits Einzelfallberichte über Lebertransplantationen bei dekompensierter NAFLD mit Leberzirrhose auch schon im Kindesalter^{6,7}.

Definition

Die Nicht-alkoholische Fettlebererkrankung ist ein Überbegriff für verschiedene Formen der Leberverfettung, welche nicht auf Alkoholkonsum zurückzuführen sind, die aber typischerweise durch die histologischen Merkmale einer alkoholischen Lebererkrankung charakterisiert sind⁸. Atypische Formen, die histologisch schwierig gegenüber anderen chronischen Lebererkrankungen abzugrenzen sind, kommen vor⁹. In der Histopathologie spricht man i.d.R. von einer Nicht-alkoholischen Fettlebererkrankung (*Non-alcoholic fatty liver disease*, NAFLD) bei mikroskopisch > 5% Hepatozyten mit Fettvakuolen und bezeichnet damit ein Spektrum von vermutlich benigner statisch verlaufender Leberverfettung (Steatosis hepatis) mit oder ohne Entzündungsreaktion bis hin zu progressiven Lebererkrankungen, bei denen es in Einzelfällen bereits im Kindes- und Jugendalter zur Leberzirrhose kommen kann^{10,11}. In den 1980er Jahren wurde für die Erkrankung der Begriff der Nicht-alkoholischen Steatohepatitis (NASH) geprägt¹². Als

NASH werden heute nur noch die aggressiveren Formen mit Hepatozytendegeneration und Fibrose bezeichnet. Der Begriff der Nicht-alkoholischen Fettlebererkrankung wird meist als Überbegriff für alle Formen der Fettlebererkrankung verwendet, er wird verwirrenderweise aber auch als Bezeichnung für die vermutlich benignen Formen verwendet. Eine Differenzierung dieser verschiedenen Formen, die von prognostischer Bedeutung ist, lässt sich nur durch eine histologische Untersuchung der Leber vornehmen. Bei etwa 80% aller betroffenen Kindern und Jugendlichen mit NAFLD ist die Erkrankung ein Nebenbefund bei Übergewicht oder Adipositas¹³. Die übrigen Patienten sind normalgewichtig, oftmals liegt eine Zweiterkrankung vor, wie z.B. Lipodystrophie oder Diabetes mellitus.

Epidemiologie

Die Angaben zur Prävalenz der NAFLD im Kindes- und Jugendalter sind sehr variable Schätzungen. Da die histologische Diagnostik naturgemäß sehr zurückhaltend durchgeführt wird, werden häufig nicht-invasive Surrogatmarker wie Transaminasen oder Ultraschalluntersuchungen für Reihenuntersuchungen eingesetzt, die dann zu sehr variablen Ergebnissen kommen: Eine amerikanische Reihenuntersuchung an 2450 Kindern (NHANES III) zeigte erhöhte Leberwerte bei 6% der Kinder mit einem Body Mass Index über der 85. Perzentile, wobei etwa 50% der adipösen Kinder zusätzlichen Alkoholkonsum angaben¹⁴. Ultraschallbefunde bei 84 adipösen chinesischen Kindern und Jugendlichen (Altersmedian 12 Jahre, BMI 30 kg/m²) ergaben bei 65 Kindern (77%) Hinweise auf eine Leberverfettung. Bei einer retrospektiven Untersuchung an 742 Autopsiepräparaten von Kindern und Jugendlichen im Alter von 2–19 Jahren fand sich eine NAFLD bei 13% der Präparate. Eine fortgeschrittene Lebererkrankung findet sich in mindestens 1–3% aller Kinder und Jugendlichen mit NAFLD^{11,15-16}.



Prof. Dr. med.
Ulrich Baumann
Dr. Florian Puls

Nach der KIGGS Studie des Robert Koch Instituts von 2003–2006 gibt es in Deutschland etwa 1,9 Mio übergewichtige Kinder und Jugendliche, von denen etwa 800.000 adipös sind¹⁷. Bei konservativer Schätzung kann man davon ausgehen, dass etwa 10%, also etwa 80.000 der adipösen Kinder und Jugendlichen in Deutschland von einer NAFLD betroffen sind. Von diesen wiederum haben wahrscheinlich über 1%, also mindestens 8000 Kinder und Jugendliche, eine fortgeschrittene Leberfibrose oder Zirrhose. Nur die wenigsten davon sind diagnostiziert.

Ätiologie und Pathogenese

Die NAFLD wird heute zunehmend als Manifestation des metabolischen Syndroms an der Leber angesehen. Insulinresistenz und Hyperinsulinismus erscheinen als zentrale Störung gehäuft vorzuliegen^{1,18}. Daneben gibt es aber auch eine Reihe anderer Erkrankungen mit grobtropfiger Verfettung, die histologisch schwer abgrenzbar sein können (Tab. 1). Vermutlich handelt es sich bei den verschiedenen Formen der NAFLD um unterschiedliche Phänotypen einer Leberschädigung, die sich aus der Kombination von prädisponierenden genetischen Faktoren (Kandidatengene sind zum Beispiel PPAR γ , HFE oder Adiponectin^{19,20}) unter Hyperalimentation ausdragen.

Trotz Modifikationen gilt für die Pathogenese der NAFLD weiterhin grundsätzlich ein Konzept des „double hit“. Zentral in der heutigen Vorstellung sind die aufgrund von Insulinresistenz und Hyperinsulinismus vermehrt vorliegenden freien Fettsäuren („1. hit“). Neben der direkten toxischen Wirkung dieser freien Fettsäuren werden eine Reihe anderer Faktoren diskutiert, die bei

bestehender Steatosis hepatis Entzündung und Fibrose in der Leber induzieren. Verantwortlich dafür sind vermutlich eine mitochondriale Dysfunktion, oxidativer Stress, Eisenüberladung oder eine vermehrte Expression von Zytokinen wie TNF- α („2. hit“). Schwerere Verläufe finden sich besonders, wenn zusätzliche Leberschädigungen auftreten, wie zum Beispiel bei Infektion mit Hepatitis C oder bei Kindern und Jugendlichen nach Chemotherapie.

Klinische Symptomatik

Die häufig antriebsarmen adipösen Patienten werden dem Kinder- und Jugendmediziner oft mit Bauchschmerzen (insbesondere im rechten Oberbauch)¹ vorgestellt oder weil zufällig, zum Beispiel bei einer präoperativen Blutuntersuchung, erhöhte Transaminasen aufgefallen waren. Bei der körperlichen Untersuchung fehlen auch bei Vorliegen einer NAFLD die typischen Hautzeichen einer chronischen Lebererkrankung wie das Palmarerythem oder Spider naevi²¹. Dagegen finden sich bei den betroffenen Patienten häufig Striae distensae oder bei Kindern und Jugendlichen mit Insulinresistenz eine Acanthosis nigricans. Diese schmutzig aussehende, z.T. papillomatös imponierende Hautverfärbung, findet sich häufig im Bereich der Achseln und des Nackens. Ebenfalls häufig, aber nicht zwingend, findet sich eine Hepatomegalie. Das Auftreten von Gallensteinen bei adipösen Kindern und Jugendlichen wird zunehmend beobachtet und wurde zuletzt mit einer Prävalenz von 2% der adipösen Kinder und Jugendlichen angegeben²².

Diagnose

Meist liegt bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen nur eine geringe, 1,5–2-fache, persistierende Erhöhung der Transaminasen vor. Die Höhe der Transaminasen korreliert dabei vermutlich nicht mit der Schwere der NAFLD²³. Eine Ultraschalluntersuchung kann dann den Verdacht auf eine Leberverfettung erhärten, im Weiteren aber keine zusätzlichen Informationen über das Ausmaß der Lebererkrankung und die weitere Prognose liefern. Entsprechend den Leitlinien der *Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE)* sollte zur Abklärung stufenweise vorgegangen werden (adaptiert in Tab. 2)²⁴. Wenn bei einem Patienten kein z.B. anamnestisch begründeter Verdacht auf eine chronische Lebererkrankung vorliegt und auch keine Alarmsymptome wie z.B. Cholestase oder Splenomegalie vorliegen, kann zunächst über mehrere Monate versucht werden, durch Änderungen des Lebensstils mit vermehrter körperlicher Aktivität und gesunder Ernährung eine Gewichtsreduktion zu erreichen. Ist dieser Versuch erfolgreich, normalisieren sich die Leberwerte und es ist keine weitere Diagnostik erforderlich. Andernfalls, etwa nach 3–6 Monaten und persistierend erhöhten Werten werden in einer nächsten Stufe der Diagnostik zunächst andere chronische Lebererkrankungen, wie zum Beispiel die Hepatitis B und C, die Autoimmunhepatitis und der Morbus Wilson soweit möglich durch Blutuntersuchungen ausgeschlossen. Nach etwa spätestens 12–18 Monaten sollte

Tab. 1:
Differentialdiagnose bei Kindern mit Steatosis hepatis (mit Ausnahme einiger seltener Stoffwechselerkrankungen)

Ernährung	(akute) Unterernährung Parenterale Ernährung Nicht-alkoholische Fettlebererkrankung
Systemische Erkrankungen	Hepatitis C Pankreasinsuffizienz Chronisch entzündliche Darmerkrankungen Diabetes mellitus Nephrotisches Syndrom Cystische Fibrose Morbus Wilson α_1 -Antitrypsin-Mangel Glykogen-Speichererkrankung Familiäre Hyperlipoproteinämien Abetalipoproteinämie nach hypothalamischer Intervention
Syndromatische Erkrankungen	Turner Syndrom Bardet Biedl Syndrome Prader Willi Syndrom Lipodystrophie
Medikamente	Amiodaron Methotrexat Steroide L-Asparaginase Vitamin A Alkohol Ziduvudin (und andere sog. HAART Medikation) Valproat

Alle Kinder und Jugendliche mit persistierend erhöhten Serum-Transaminasen (mehr als 6 Monate) oder bei klinischem V.a. eine progressive Lebererkrankung bedürfen einer diagnostischen Abklärung.

Aufgrund persistierend erhöhter Serum-Transaminasen ergibt sich der V.a. auf eine Nicht-alkoholische Fettlebererkrankung insbesondere bei:

- Diabetes mellitus Typ I und II
- Hyperinsulinismus
- nach Hypophysen-naher Intervention
- nach Chemotherapie

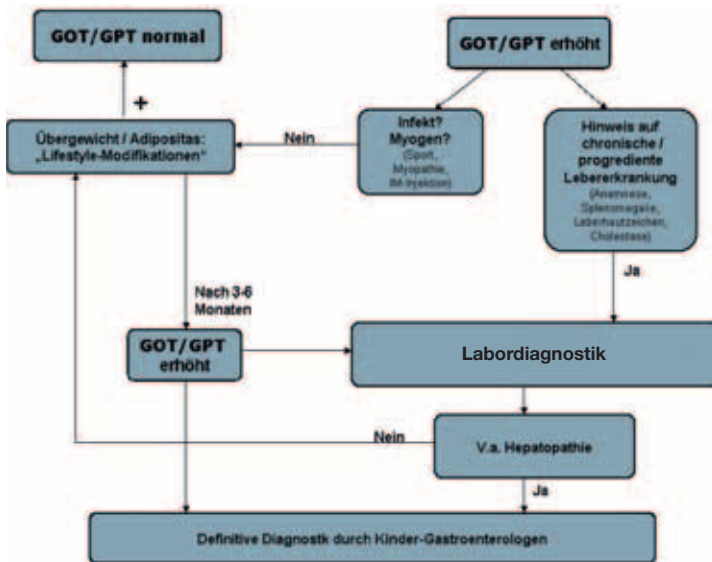
Zur rationalen Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen mit V.a. Nicht-alkoholische Fettlebererkrankung sollten folgende Parameter erhoben werden:

Anamnese Ethnische Herkunft
 Wie lange übergewichtig?
 Familiäre Belastung: Übergewicht, Lebererkrankung

Therapieversuche hinsichtlich Übergewichts
 Medikamente/Toxine

Befund Größe
 Gewicht
 BMI
 Blutdruck (Cuff-Größe!)
 Striae distensae
 Hirsutismus
 Acanthosis nigricans
 Palmarerythem
 Spider naevi

Im Weiteren sollte folgende Stufendiagnostik vorgenommen werden:



Tab. 2: Vorgehen bei V.a. NAFLD

Initiale Diagnostik: GOT, GPT, gammaGT, AP, Bilirubin (dir, indir) (Bei klinischen Hinweisen auf eine progressive Lebererkrankung oder bei Cholestase sofortige weiterführende Diagnostik).

Diagnostik n. 3–6 Monaten: (Bei persistierend über 3–6 Monate erhöhten Leberwerten) BSG, CK, Blutbild, Quick, Autoantikörper (ANA, SMA, LKM, SLA), Immunglobuline (IgG, IgA, IgM), Komplemente (C3, C4), Endomysium-Ak oder Transglutaminase-Ak, Kupferausscheidung im 24h-Urin vor und ev. nach Penicillamingabe & Caeruloplasmin i.S., Alpha-1-Antitrypsin, Gallensäuren (nüchtern), Albumin (Eiweißelektrophorese), Plasmaamino-säuren, Organische Säuren im Urin (einschließlich Succinylazeton), Serumeisen, Ferritin, Transferrin, Schilddrüsenfunktion – T4, TSH, Virus-Serologie (CMV, EBV, HAV, HBV, HCV).

Nüchtern: Cholesterin, HDL, LDL, Triglyzeride, Glukose und Insulin (mit Bestimmung des HOMA: HOMA Wert (Homeostasis Model Assessment of Insulin Resistance = Nüchtern-Insulin (mU/l) x Nüchtern-Blutzucker (µmol/l) / 22,5.), wobei erhöhte Werte über 1 als Merkmal einer Insulinresistenz gelten), C-Peptid, Laktat, Ammoniak, Schweißstest

Morphologie:

Bei persistierend signifikant erhöhten Leberwerten:

- Ultraschall Abdomen, insb. Leber und Milz
- Indikation zur Leberbiopsie und ggf. Bestimmung des Leberkupfergehalts und elektronenmikroskopische Abklärung: Eine sofortige Leberbiopsie im Rahmen der Initialdiagnostik ist bei V.a. progressive Lebererkrankung, z.B. bei hohem IgG oder positiven Autoantikörpern oder bei nicht eindeutiger Urin-Kupferausscheidung indiziert. Für alle anderen Kinder und Jugendlichen ist die Biopsie bei anhaltend und anderweitig nicht erklärbar erhöhten Transaminasen nach einem weiteren Therapieversuch zur Gewichtsreduktion nach weiteren 12–18 Monaten obligat.

auch eine Leberbiopsie zur definitiven Sicherung der Diagnose und zum Abschätzen der Prognose durchgeführt werden²⁵. Viel Interesse findet zurzeit auch die nicht-invasive Diagnostik der NAFLD. Trotz vielversprechender Untersuchungen von serologischen Markern der Leberfibrose²⁶, der transienten Elastographie²⁷ oder auch des spezifischen Nachweises der Apoptose bei NASH²⁸ gibt es jedoch noch kein Verfahren, das die Leberbiopsie im Kindes- und Jugendalter ersetzen könnte.

Prognose und Unterschiede zu erwachsenen Patienten

Neuere Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen legen die Vermutung nahe, dass Erwachsene und Kinder tendenziell verschiedene Phänotypen der NAFLD ausbilden^{11, 29-31}. Nicht geklärt ist, welchen Einfluss Wachstumsfaktoren dabei auf die Erkrankung ausüben. Bei der Korrelation nicht-invasiver Marker einer NASH mit dem histologischen Befund zeigte sich bei Er-

wachsenen ein erhöhtes Risiko für Patienten mit Insulinresistenz, fortgeschrittenem Alter zwischen 40–50 Jahren, steigendem Body Mass Index, Diabetes und einem GOT/GPT Quotienten >1 . Ebenfalls sind Frauen vermehrt betroffen. In der Leberbiopsie findet sich typischerweise eine perisinusoidale Fibrose, die als *NASH Typ 1* bezeichnet wird. Unter Kindern und Jugendlichen sind im Gegenteil vermehrt Jungen betroffen. Es finden sich in der Leberhistologie bei Kindern und Jugendlichen auch weniger lobuläre und mehr portale Veränderungen (Abb. 1 und 2), also typischerweise eher eine portale als eine perisinusoidale Fibrose und auch häufiger ein portales Infiltrat. Diese portale Manifestation der NASH scheint mit einer eher ungünstigen Prognose assoziiert und wird als *NASH Typ 2* bezeichnet. Dies scheint zu ersten klinischen Beobachtungen einer frühzeitigen Progression der NAFLD bei Kindern und Jugendlichen zu passen³². Bei einer Untersuchung in Kanada hatten 17 von 24 pädiatrischen Patienten eine Leberfibrose, ein 9-jähriges Kind hatte bereits eine Zirrhose entwickelt. Bei einer Untersuchung an 43 Kindern und Jugendlichen ($12,4 \pm 3,3$ Jahre) aus den USA fanden sich bei 63% fibrotische Veränderungen, bei einem Patienten eine Zirrhose. Eine fortgeschrittene Erkrankung mit portaler Fibrose war in einer US amerikanischen Studie ($n=43$) signifikant vorhersagbar¹ durch das Vorliegen von Schmerzen im rechten Oberbauch in Kombination mit einem erhöhten HOMA Wert (Homeostasis Model Assessment of Insulin Resistance = Nüchtern-Insulin [mU/l] x Nüchtern-Blutzucker [$\mu\text{mol/l}$] / 22,5.), wobei erhöhte Werte über 1 als Merkmal einer Insulinresistenz gelten.

Therapie

Die Therapie der Wahl zielt wie bei der Adipositas auch bei der NAFLD auf eine mäßige Gewichtsreduktion, wie sie zum Beispiel durch eine multidisziplinäre Therapie erreicht werden kann. Diskutiert wird gegenwärtig, ob bei Versagen dieses Therapieansatzes oder auch bei Kindern mit Normalgewicht medikamentös interveniert werden soll. Dabei ist das Fehlen von kontrollierten Studien bei Kindern und Jugendlichen hervorzuheben, sodass eine allgemeine Therapieempfehlung nicht gegeben werden kann. Während in der Inneren Medizin intensiv nach medikamentösen Therapieformen gesucht wird und die neue Gruppe der Thiazolidindione besondere Aufmerksamkeit erhält^{33–35}, dürften in der Kinder- und Jugendmedizin bis auf weiteres Metformin^{36–38} (eingeschränkt wegen Hepatotoxizität) und Vitamin E^{39–40} die wesentlichen Therapieoptionen für einzelne Patienten mit Leberfibrose bleiben, die eine Gewichtsreduktion nicht erreichen. Beide Medikamente führten in ersten Studien an Erwachsenen zu einer Besserung der Fibrose und es gibt in der Kinder- und Jugendmedizin langjährige Erfahrung mit diesen Medikamenten. Das auch bei Kindern und Jugendlichen häufig eingesetzte Medikament Ursodeoxycholsäure kann die histologischen Veränderungen der NAFLD nicht positiv beeinflussen⁴¹.

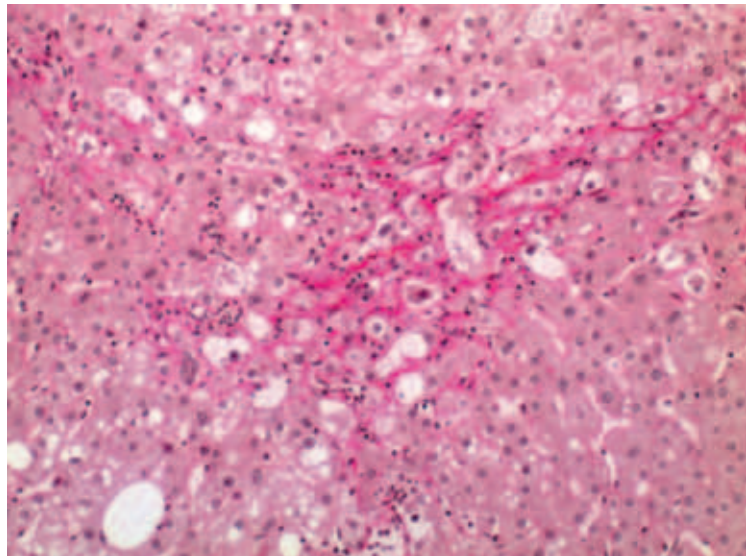


Abb. 1: Nicht-alkoholische Fettlebererkrankung mit grobtropfiger Leberzellverfettung und perisinusoidaler Fibrose entsprechend einer Nicht-alkoholischen Fettleberhepatitis Typ 1. Elastin van Gieson, x200.

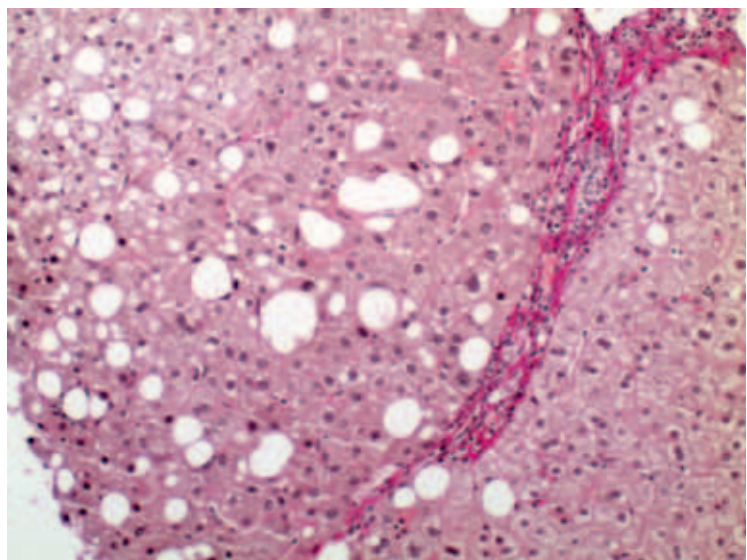


Abb. 2: Nicht-alkoholische Fettlebererkrankung mit grobtropfiger Leberzellverfettung und vorwiegend periportaler Fibrose entsprechend einer Nicht-alkoholischen Fettleberhepatitis Typ 2. Elastin van Gieson, x200.

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Literatur bei den Verfassern

Prof. Dr. med. Ulrich Baumann¹ und Florian Puls²
Medizinische Hochschule Hannover, Kinderklinik¹
und Institut für Pathologie²
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover

Red.: Christen

Serie: Exanthematische Kinderkrankheiten

Röteln. Elimination – fast erreicht!

Prof. Dr. med.
Helmut HelwigProf. Dr. med. Hans-
jörg Cremer

Röteln – als eigenes Krankheitsbild 1741 erstmals beschrieben („German Measles“) und auf der Internationalen Konferenz für Medizin in London 1874 als nosologische Entität anerkannt:

Hochinfektiöse Virusinfektion mit makulopapulösem, nicht konfluierendem, kleinfleckigem Exanthem; mit gewöhnlich mildem Krankheitsverlauf im Kindesalter; bei Erwachsenen kommt es häufiger zu schwereren Verläufen und Komplikationen. Von herausragender klinischer Bedeutung ist die transplacentare Infektion des Embryo und Feten unter dem Bild des konnatalen Röteln-Syndrom (CRS).

Erreger^{2,3,7,9}

Ausschließlich humanpathogenes, lipid-umhülltes Einzelstrang Virus mit einem DNA Genom aus der Togavirus Familie, Genus Rubivirus mit nur einem Serotyp – isoliert 1962 in den USA (Plotkin).

Die Glykoproteine E 1 (Hämagglutinfunktion) und E 2 der Lipidhülle sind für die Diagnostik, die Infektion und die Immunitätsinduktion bedeutsam.

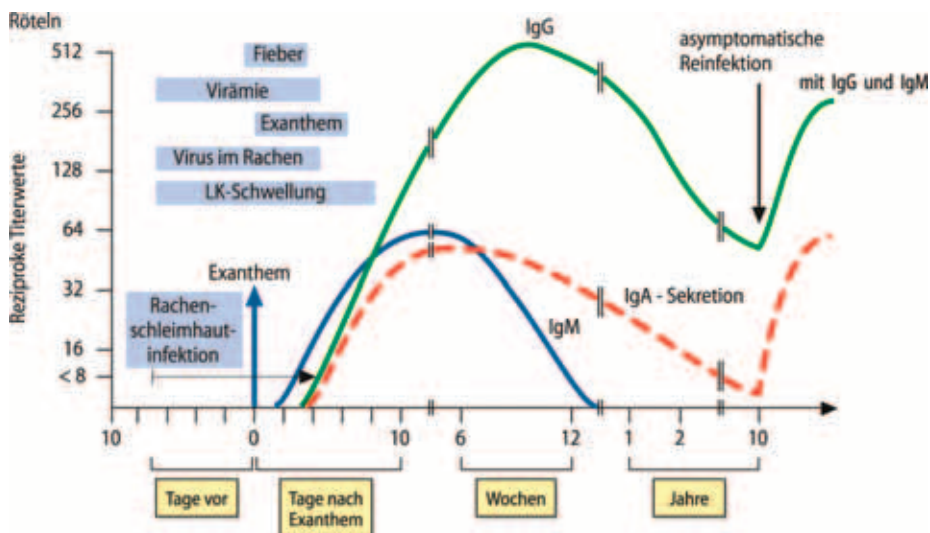
Das Virus ist weltweit endemisch verbreitet, der Mensch ist der einzige Wirtsorganismus. 80–90 % der Infektionen finden in ungeimpften Populationen im Kindesalter statt. Außerhalb des Körpers ist das Virus wenig beständig.

Epidemiologie^{1,4,6,7,9}

Vor Einführung der Lebendimpfung traten größere Röteln-Epidemien bei Vorschul- und Schulkindern in Abständen von 6–9 Jahren auf, vornehmlich im späten Winter und Frühjahr^{2,7,10}. Etwa die Hälfte der Infektionen verläuft asymptomatisch oder mit geringen, atypischen Erscheinungen (s.u.). Die Durchseuchung der Bevölke-

rung ist nicht vollständig, etwa 10 % der (ungeimpften) Erwachsenen sind seronegativ. Seronegative Schwangere sind durch eine Embryo-Fetopathie gefährdet³.

Wegen ihres im allgemeinen milden Verlaufes, erfuhren die Röteln lange Zeit keine große Aufmerksamkeit. Erst 1941 durch die Beobachtung des australischen Augenarztes Norman Gregg, dass die Röteln-Infektion der Schwangeren für das epidemische Auftreten angeborener Katarakte verantwortlich ist, änderte sich die Einstellung zur Bedeutung der Röteln-Infektion. Auf den Bericht von Gregg folgten in rascher Folge Beobachtungen aus verschiedenen Ländern über weitere Schädigungen der Neugeborenen, insbesondere Herzfehler und Taubheit, im Zusammenhang mit einer mütterlichen Röteln-Infektion. Als Folge einer Röteln-Pandemie 1962/63 von Europa in die USA verbreitet, kam es auch zu Tausenden vom CRS betroffenen Neugeborenen und der Erweiterung der Kenntnisse über die möglichen Symptome des CRS. In den darauf folgenden Jahren wurde fieberhaft nach einem wirksamen Impfstoff gesucht, um die Schwangeren schützen zu können.

Abb. 1: Ablauf der Röteln-Infektion n. Falke³

Mit freundlicher Genehmigung des Autors und Springer Science and Business Media entnommen aus D. Falke (2008) Röteln-Virus, in: H. Hahn et al. (Hrsg.) Medizinische Mikrobiologie und Infektiologie, 6. Aufl., S. 484

**Infektiosität
bereits
1 Woche vor
Exanthem-
ausbruch**

**25–50 % der
Infizierten
bleiben
symptomlos**

Mit Einführung der Röteln-Impfung (1974 in den alten Bundesländern und 1991 in den neuen Bundesländern) konnte die Erkrankungs-Häufigkeit dramatisch gesenkt werden. Damit wurden Erkrankungen bei jungen Erwachsenen relativ häufiger. 2004 erklärte das CDC die Unterbrechung der endemischen Röteln-Übertragung für die USA.

In Deutschland wurden 1999–2000 jährlich noch 4–5 Fälle konnataler Rötelnkrankungen registriert, nach Einführung der Meldepflicht 2001 je 1 Erkrankung 2001 und 2002, wobei das RKI von einer nicht unerheblichen Untererfassung ausgeht. Während die USA, Finnland und Schweden frei von endemischen Rötelnkrankungen sind, ist das Ziel der WHO, in Europa bis 2010 die CRS zu eliminieren, für die BRD noch nicht sicher erreicht⁷.

Übertragung^{2,3,7}

Übertragung nur bei engem Kontakt durch Tröpfchen- und Schmier-Infektion. Infektiös sind Sputum, Blut, Urin, Stuhl und Konjunctivalsekret von Infizierten und Kranken. Bei Arthralgien ist das Virus auch in der Synovialflüssigkeit nachweisbar³.

Nach der Infektion vermehrt sich das Virus im Nasopharynx- und Atemwegs-Epithel sowie in den regionalen Lymphknoten. Anschließend kommt es zur Virämie, die vom 10. bis 17. Tag nach der Infektion am stärksten ausgeprägt ist.

Incubationszeit und Infektiosität^{2,6,7,9,10}

14–21 Tage von der Exposition bis zum möglichen Symptombeginn. Infizierte sind bereits 1 Woche, besonders ausgeprägt 1–2 Tage, vor Exanthemausbruch bis



Abb. 2: Röteln-Exanthem im Gesicht



Abb. 3: Röteln-Exanthem an Gesicht und Stamm



Abb. 4: Röteln-Exanthem am Stamm



Abb. 5: Röteln-Exanthem am Stamm

1 Woche nach Exanthembeginn als infektiös zu betrachten. Säuglinge mit einem konnatalen Röteln-Syndrom scheiden für 1–2 Jahre das Virus über die Atemwege aus und stellen potentielle Infektionsquellen für Seronegative (Schwangere) dar.

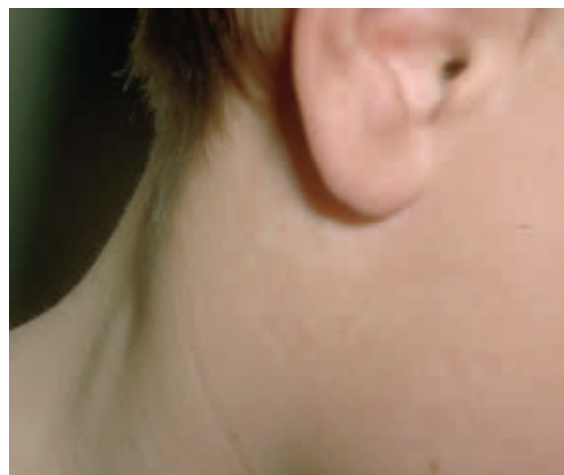


Abb. 6: Schwellung der occipitalen, retroaurikulären und submandibulären Lymphknoten

Krankheitsbild¹⁻¹¹

Die Symptomatik ist bei Kindern generell mild, 25 bis 50 % der Infizierten bleiben symptomlos.

Bei symptomatisch Infizierten tritt häufig nur ein **diskretes, nicht-konfluierendes kleinfleckig makulopapulöses Exanthem auf** (Abb. 2-5), beginnend im Gesicht mit rascher Ausbreitung auf Rumpf und Extremitäten. Gelegentlich kommt das Exanthem nach einem heißen Bad deutlicher zum Vorschein¹⁰. Rasche Rückbildung innerhalb von 1–3 Tagen.

Das Exanthem kann gelegentlich auch scarlatiniform und konfluierend erscheinen. **Lymphknotenschwellungen** (Abb. 6) vornehmlich retroaurikulär und nuchal sind typisch, ebenso können **mäßige Temperaturerhöhungen** und **Kopfschmerzen** auftreten. Konjunctivitis und leichter Luftwegsinfekt sind eher die Ausnahme.

Komplikationen^{1,2,4-10}

Bei postnataler Infektion sind Komplikationen, besonders im Kindesalter, selten. Mit zunehmendem Alter der Erkrankten werden häufiger vorübergehende Arthralgien und Arthritiden beobachtet, sowie ausnahmsweise Bronchitis, Otitis media, Myo- und Perikarditis.

Arthritis tritt vornehmlich bei erwachsenen Frauen auf und beginnt etwa 1 Woche nach Exanthembeginn, lokalisiert vor allem in den kleinen Fingergelenken, mit einer spontanen Rückbildung innerhalb einiger Wochen. Ein kausaler Zusammenhang mit einer rheumatoiden Arthritis konnte bisher nicht bewiesen werden.



Abb. 7: Beidseitige Katarakt und Lippen-Kiefer-Gaumenspalte bei Röteln-Embryo-Fetopathie



Abb. 8: „Blueberry Muffin“ Purpura bei konnatalen Röteln

Eine **postinfektiöse Thrombocytopenie** wird auch bei Kindern mit einer Häufigkeit von 1: 3000 beobachtet und beginnt etwa 2 Wochen nach Exanthemausbruch und klingt spontan wieder ab⁶.

Eine **postinfektiöse Enzephalitis⁷**, beginnend 1 Woche nach Exanthem-Ausbruch, wurde bei 1:5.000 Patienten beobachtet. Die Mehrzahl der Betroffenen erholt sich vollständig, es wurden aber auch Dauerschäden und eine Mortalität bis zu 20 % beschrieben.

Die **progressive Rubella-Panenzephalitis⁷ (PRP)** ist eine extrem seltene Komplikation bei postnatalen Röteln oder CRS. Auftreten und Verlauf ähneln der SSPE (subakut sklerosierende Panenzephalitis, s. Masern).

Wichtigste Komplikation ist die diaplazentare **Infektion des Embryo und Feten**.

Der australische Augenarzt Norbert Gregg beobachtete 1941 eine Häufung konnataler Katarakte bei Kindern, deren Mütter während der Schwangerschaft von einer Röteln-Anamnese berichteten. Er verhalf nicht nur sich selber („Gregg-Syndrom“), sondern auch der bis dahin weniger beachteten Krankheit zu plötzlicher Berühmtheit. Es folgten in rascher Folge Berichte über weitere Symptome der konnatalen Röteln:

In den ersten 4 Schwangerschaftsmonaten kann eine Primärinfektion der Schwangeren zum Spontanabort oder zum konnatalen Röteln-Syndrom (CRS) führen mit der klassischen Trias **Offener Ductus arteriosus, Katarakt** (Abb. 7) und **Innenohrtaubheit**. Da aber sowohl teratologische als auch entzündliche Folgen der andauernden intrauterinen Infektion möglich sind, können auch Gehirn, Leber- und Milz befallen sein.

Nach dem 4. Schwangerschaftsmonat kann es zu isolierter Schwerhörigkeit und Mikrocephalie kommen, sowie zu einer Neugeborenen-Infektion mit Dystrophie, Purpura („blueberry muffin“) (Abb. 8), Hepatosplenomegalie, Ikterus, Myokarditis, interstitieller Pneumonie, Meningoenzephalitis. Die häufigste Form der monosymptomatischen konnatalen Röteln ist eine isolierte Schwerhörigkeit⁵ (Tab. 1).

Konnatales Röteln-Syndrom mit klassischer Symptom-Trias

Chronischer Verlauf der intrauterinen Infektion

Intrauterine Dystrophie	50–85
Gedeihstörung	10
Katarakt	35
Retinopathie	35
Mikrophthalmie	5
Taubheit	80–90
Psychomotorische Retardierung	10–20
Meningoenzephalitis	10–20
Verhaltensauffälligkeiten	10–20
Offener Ductus arteriosus	30/78
Pulmonalstenose	25
Hepatitis	5–10
Hepatosplenomegalie	10–20
Thrombozytopenische Purpura	5–10

Tab. 1: Symptomhäufigkeit beim konnatalen Röteln-Syndrom (CRS) in % nach^{2,6} DGPI/Cherry 1998

Die intrauterine Infektion verläuft im Gegensatz zur postnatalen Infektion chronisch, mit persistierender IgM-Produktion³.

Differentialdiagnose^{1,2,4,6,7,9}

Eine ganze Reihe von Erkrankungen können Röteln-ähnliche Exantheme verursachen und sind durch Anamnese, klinische Befunde und Verlauf nicht immer leicht abgrenzbar.

Ampicillin-Exanthem (Anamnese), (infekt-)allergische Exantheme, Kawasaki-Krankheit, mitigierte Masern, Exantheme bei Adeno- und Enterovirus-Erkrankungen, Erythema infectiosum, Mycoplasma pneumoniae, A-Streptokokken, Exanthema subitum, EBV-Infektion.

Diagnostik^{1,3,6,7,9} (Abb. 1)

Virus-Nachweis aus Blut oder Rachensekret im akuten Stadium ist schwierig und kostspielig. Serologisch lässt sich die akute Infektion durch virusspezifische **IgM- und IgG-Antikörper im ELISA**, im HHT oder HIG bestätigen, bzw. ausschließen. Als diagnoseweisend gelten der Nachweis von IgM-Antikörpern, bzw. ein wenigstens vierfacher Anstieg der IgG-Antikörper bei Abnahme von 2 Serumproben im Abstand von 10 Tagen.

Neugeborene, die in der Frühschwangerschaft infiziert wurden, bilden über lange Zeit eigene IgM-Antikörper. Bei Frauen im fortpflanzungsfähigen Alter gewährleisten IgG-Antikörpertiter im HHT > 1:32 einen ausreichenden Schutz vor einer möglichen intrauterinen Infektion. Falsch negative und falsch positive Testergebnisse sind möglich. In Zweifelsfällen Aviditäts-Bestimmung der IgG-Antikörper bzw. Immunoblot.

Überstandene Röteln führen zu langdauernder, wahrscheinlich lebenslanger Immunität. Nach einer Re-Exposition kann es zu einem erneuten IgG-Antikörper-Anstieg kommen. IgG-Antikörper sind lebenslang nachweisbar. Sie werden von der seropositiven Schwangeren auf das Kind übertragen und schützen dieses während 3–6 Monaten vor einer Röteln-Infektion³.

Bei einer Exposition der Frau in der Frühschwangerschaft und beim konnatalen Infektionssyndrom ist die Diagnosesicherung mit Labormethoden obligat (DGPI).

Es wird beim CRS der Erregernachweis aus Rachensekret oder anderen Körperflüssigkeiten durch Virusanzucht oder PCR gefordert.

Therapie

symptomatisch. Keine spezifische Therapie

Meldepflicht⁹

Nach dem Infektionsschutzgesetz ist der direkte oder indirekte Nachweis des Röteln-Virus bei konnatalen Infektionen durch den Leiter der Einrichtung, an der die Erregerdiagnostik durchgeführt wurde, nichtnamentlich direkt an das Robert-Koch-Institut zu melden.

Prophylaxe

Infektionskontrolle^{6,7,9}

Erkrankte sollen für 7 Tage nach Auftreten des Exanthems von empfänglichen, insbesondere Schwangeren ferngehalten werden. Dies gilt besonders auch für Kinder, die aus anderen Gründen hospitalisiert sind sowie für die (weiblichen) Betreuer(innen) und Schwestern⁶.

Von empfänglichen (seronegativen) Schwangeren sollte schnellstmöglich nach einer Röteln-Exposition eine Blutprobe zur Röteln-IgG-Antikörperbestimmung abgenommen werden. Bei negativem Ausfall sollte 2–3 Wochen später eine zweite Probe entnommen werden. Falls auch diese negativ ist, sollte nach weiteren 6 Wochen eine dritte Probe entnommen werden und zusammen mit den aufbewahrten beiden Proben untersucht werden. Falls alle drei Proben negativ ausfallen, hat keine Infektion stattgefunden.

Passive Immunisierung^{6,7,8}

Eine Immunglobulingabe für exponierte, empfängliche Schwangere ist unsicher und wird nicht mehr empfohlen. Sie sollte nur erwogen werden, wenn die Schwangere eine Schwangerschafts-Unterbrechung nach Aufklärung ablehnt. Es kann dann nach entsprechender Aufklärung 0,3 ml/kg K.Gew., (mindestens 15 ml) Standard-Immunglobulin i.m. innerhalb 72 Stunden nach der Exposition gegeben werden, muss u.U. alle 4 Wochen wiederholt werden.

Aktive Immunisierung^{6,7,9}

Lebendimpfung mit dem Stamm RA 27/3 im Rahmen der Masern-Mumps-Röteln-Impfung ab dem 11. Monaten und erneut im Alter von 15–23 Monaten (frühestens 4 Wochen nach der 1. Impfung). Erwachsene sollten geimpft werden, wenn sie keinen nachweisbaren Impfschutz haben.

Vor Aufnahme in eine Gemeinschaftseinrichtung kann die 1. Impfung bereits ab dem 9. Lebensmonat erfolgen, die 2. Impfung dann im 2. Lebensjahr⁹.

Bei hoher Durchimpfung über mehr als eine Generation ist auch zu beachten, dass Neugeborene und Säuglinge keinen diaplazentar übertragenen Nestschutz von der Mutter mehr erwerben und bereits im 1. Lebenshalbjahr erkranken können.

**Notwendigkeit des Impfschutzes:
Essentiell zur Eliminierung des konnatalen Röteln-Syndroms (CRS)**

Prognose

Bei postnatal erworbener Infektion generell sehr gut, bei intrauteriner Infektion abhängig vom Infektionszeitpunkt.

Literatur beim Verfasser.

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzanschrift für den Text:

Prof. Dr. med. Helmut Helwig
Alemannenstr. 20
79117 Freiburg
e-mail: hehelwig@web.de

Korrespondenzanschrift für die Abbildungen:

Prof. Dr. med. Hansjörg Cremer
Dittmarstr. 54
74074 Heilbronn
e-mail: Hj.Cremer@t-online.de
NipD e.V. (www.hautnet.de)

Red.: Christen

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

**Den bewährten Partner des BVKJ in allen Versicherungsfragen, die Assekuranz AG,
können Sie unter der folgenden Servicenummer erreichen:**

(02 21) 6 89 09 21.

Diagnostik und Therapie eines Lichen sclerosus et atrophicus

CONSILIUM
INFECTORUM

Prof. Dr.
Peter Höger

Frage:

Bei einem ansonsten gesunden neunjährigen Jungen wurde aufgrund von Beschwerden durch Harnverhalt eine Circumcision durchgeführt. Der Pathologie diagnostizierte im Anschluss ein Lichen sclerosus et atrophicus. Prof. Höger führt in *Kinderdermatologie* aus, dass Autoimmunerkrankungen bei diesem Bild in der Familienanamnese gehäuft vorkommen.

- Welche Diagnostik ist zur Abklärung möglicher Autoimmunerkrankungen bei dem ansonsten gesunden Jungen sinnvoll?
- Inwieweit sollten die Eltern über mögliche Autoimmunerkrankungen aufgeklärt werden?
- Welche möglichen Folgeerkrankungen ergeben sich aus der Diagnose?
- Gibt es neben der symptomatischen Therapie bei Lichen sclerosus et atrophicus eine kausale Therapie?

Antwort:

Der Lichen sclerosus et atrophicus (LSA) ist eine Erkrankung, die histologisch und hinsichtlich ihrer (lokalen) Autoimmunpathogenese der Morphea (lokalisierte Sklerodermie) ähnelt und mit dieser auch assoziiert sein kann. Es besteht eine Assoziation mit einzelnen HLA-Antigenen, insb. HLA DQ7. Die Inzidenz liegt zwischen 1:300 und 1:1000 (Neill 2006). Im Erwachsenenalter hat die Erkrankung eine Bedeutung als Präkanzerose, möglicherweise in Assoziation mit einer HPV-Infektion; dies ist bei Kindern eindeutig nicht der Fall. Das Geschlechtsverhältnis (Mädchen:Jungen) bei Kindern liegt bei 9:1. Vermutlich wird die Erkrankung bei Jungen allerdings häufig übersehen, weil bei den häufigen Phimosen die mögliche Genese durch einen LSA nicht ausreichend beachtet wird. So sollen zwischen 10 und 95 % der kindlichen Phimosen auf einen LSA zurückzuführen sein

(Christman et al., 2009). In seltenen Fällen wird auch über konsekutive Obstruktionen der oberen Harnwege berichtet.

Laboruntersuchungen im Hinblick auf die Autoimmunpathogenese sind unergiebig und nicht zu empfehlen; es gibt schlichtweg keine aussagekräftigen serologischen Parameter zur Prädiktion oder Diagnostik eines LSA. Daher ist auch die Aufklärung über theoretisch mögliche Assoziationen (mit Ausnahme der Morphea) nicht hilfreich.

Bei Jungen empfiehlt sich eine Zirkumzision, auch wenn (noch) keine Phimose vorliegt. Die Therapie ist antiinflammatorisch mit potenten topischen Steroiden (Klasse III-IV), und zwar für 4 Wochen täglich, und für weitere 2-4 Wochen alternierend (Neill 2006). Begleitend sind Sitzbäder mit Tannosynt indiziert.

Literatur

Christman MS, Chen JT, Holmes NM. Obstructive complications of lichen sclerosus. *J Pediatr Urol* 2009; 5: 165-169

Neill SM. Vulvovaginitis and lichen sclerosus. In: Harper/Oranje/Prose (edit.), *Textbook of Pediatric Dermatology*, Oxford: Blackwell, 2. Aufl. 2006, pp. 1819-1826

Prof. Dr. Peter Höger
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Abt. Pädiatrie und Päd. Dermatologie
Liliencronstr. 130
22149 Hamburg

Das „CONSILIUM INFECTORUM“ ist ein Service im „KINDER- UND JUGENDARZT“, unterstützt von INFECTOPHARM. Kinder- und Jugendärzte sind eingeladen, Fragen aus allen Gebieten der Infektiologie an die Firma InfectoPharm, z. Hd. Herrn Dr. Andreas Rauschenbach, Von-Humboldt-Str. 1, 64646 Heppenheim, zu richten. Alle Anfragen werden von namhaften Experten beantwortet. Für die Auswahl von Fragen zur Publikation sind die Schriftleiter Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Hannover, und Prof. Dr. Frank Riedel, Hamburg, redaktionell verantwortlich. Alle Fragen, auch die hier nicht veröffentlichten, werden umgehend per Post beantwortet. Die Anonymität des Fragers bleibt gegenüber dem zugezogenen Experten und bei einer Veröffentlichung gewahrt.



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Chlor in Schwimmbädern und Atemwege

Impact of Swimming in Chlorinated Pools on the Respiratory Health of Adolescents

Bernard, A et al., *Pediatrics* 124:1110-1118, Oktober 2009

Chlor wird häufig zur Desinfektion von Wasser in Schwimmbädern benutzt, die hypochlorische Säure oxidiert hierbei organische Substanzen. Hierdurch kann es zur Irritation von Haut, Augen und obere Atemwege kommen, so haben Schwimmsportler eine höhere Prävalenz von Atemwegssymptomen wie z.B. Asthma als andere Sportler. An der Katholischen Universität von Louvain in Brüssel wurden 847 Schüler im Alter von 13 bis 18 Jahren, die Chlorschwimmbäder in unterschiedlichem Maße benutzt hatten, untersucht, 114 von diesen hatten überwiegend mit anderen Techniken (Kupfer, Silber) desinfizierte Schwimmbäder benutzt (Referenzgruppe). Gesamt-Serum-IgE und spezifisches IgE gegen Inhalationsallergene wurde untersucht und die Schüler auf belastungsinduziertes Asthma getestet. Die Rate der Sensibilisierung gegenüber Inhalationsallergenen war nicht unterschiedlich zwischen den Gruppen, und in der Lungenfunktion zeigte sich beim FEV1-Wert nur ein geringer Anstieg zwischen den niedrigsten und den höchsten Chlorwertkonzentrationen. Allerdings war die Häufigkeit von Obstruktion und belastungsinduziertem Asthma in den Gruppen mit Chlorschwimmbadbesuch über 100 Stunden erhöht, auch stieg die Wahrscheinlichkeit, an Asthma bzw. Kurzatmigkeit zu leiden, linear mit der in chlorierten Schwimmbädern verbrachten Zeit an, ebenso wie das Risiko, Heuschnupfen zu entwickeln. Somit sind chlorierte Schwimmbäder in der Kindheit offensichtlich doch mit allergischen Erkrankungen wie Asthma, Heuschnupfen und allergische Rhinitis korreliert, währenddessen in den kupfer-/silberdesinfizierten Schwimmbädern keine Korrelation gefunden wurde.

Kommentar

Chlorbedingte Oxidation im Wasser von Schwimmbädern oder in der Luft an der Wasseroberfläche scheint Veränderungen der Atemwege zu bewirken und die Entwicklung von Allergien zu

begünstigen, auch wenn dieser Einfluss sehr gering zu sein scheint. Die Konsequenz hieraus muss aber sein, dass man über andere Desinfektionsmaßnahmen mit gleichem Desinfektionseffekt, aber weniger Schaden für die Atemwege, nachdenkt.

(Frank Riedel, Hamburg)

Diagnostik bei Purpura Schönlein-Henoch

Variation in Inpatient Therapy and Diagnostic Evaluation of Children with Henoch Schonlein Purpura

Weiss P F, Klink AJ et al., *J Pediatr* 155: 812-818, Dezember 2009

Die Autoren führten eine große multizentrische retrospektive Studie an 1988 stationär behandelten Patienten mit Purpura-Schönlein-Henoch (PSH) durch. Dabei wurde die Variation bezüglich des Gebrauchs von Medikamenten, der Diagnostik und der intensivtherapeutischen Maßnahmen untersucht.

Das am häufigsten verwendete Medikament war Kortison (bei 56 % der Patienten eingesetzt), gefolgt von Opioiden (36 %) und nichtsteroidalen antiinflammatorischen Medikamenten (35 %) sowie Antihypertensiva (11 %). Nach Adjustierung an die jeweils vorhandenen Patientencharakteristika zeigte sich eine erhebliche Variation im Hinblick auf das diagnostische und therapeutische Vorgehen bei der Auswahl der Medikation, der Bildgebung, der Bestimmung von Laborwerten sowie der Durchführung einer Endoskopie oder einer Nierenbiopsie. Im Gegensatz hierzu zeigte sich keine Differenz im Hinblick auf die Gabe von Antihypertensiva oder bei der Durchführung einer Hautbiopsie. Die Autoren schließen mit dem Hinweis, dass dieses von Krankenhaus zu Krankenhaus sehr unterschiedliche Vorgehen Bedenken aufkommen lässt bezüglich der Qualität der Versorgung von Kindern mit PSH. Es wird die Frage aufgeworfen, ob auch das outcome der Kinder sehr unterschiedlich sein könnte entsprechend der unterschiedlichen Behandlung, und es wird die Entwicklung von Leitlinien gefordert.

Kommentar

Das diagnostisch-therapeutische Vorgehen bei der PSH ist ein jahrzehntelanges Dilemma, das zuletzt im Auftrag der Gemeinschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie bei den Wörlitzer Gesprächen 2005 (Hospach T, Klaus G et al. (2008), Purpura Schoenlein-Henoch: Results of the Worlitz 2005 Consensus Conference Focusing on Diagnosis and Therapy, *Klin Pädiatr* 220, 47-522) adressiert wurde. Üblicherweise wird der häufig gutartige Verlauf als Argument für einen diagnostischen Minimalismus herangezogen; auf der anderen Seite erschweren die seltenen schwerwiegenden Verläufe mit chronischer Niereninsuffizienz, Lungen- und ZNS-Beteiligung eine statistische Risikoabschätzung der Komplikationen. Zur weiteren diagnostischen Sicherheit tragen vermutlich die von Özen et al. 2006 publizierten Klassifikationskriterien für das Kindesalter (Özen S, Ruperto N et al. (2006), EULAR/PreS Endorsed Consensus Criteria for the Classification of Childhood Vasculitides, *Ann Rheum Dis* 65, 936-941) bei, wel-

che die „alten“ ACR-Kriterien für die Erwachsenenpopulation ablösen. Danach fungiert künftig die „palpable Purpura“ als unverzichtbares und die Arthritis als mögliches Kriterium. Für den histologischen Nachweis wird das Überwiegen von IgA-Ablagerungen gefordert.

Im klinischen Alltag ist es ratsam, bei Zweifel an der Diagnose oder nicht-blandem Verläufen neben den obligaten – über 6 Monate reichenden – Urinstatuskontrollen eine Blutuntersuchung mit Differenzialblutbild, Serumkreatinin und ggf. Gerinnungstest, sowie bei Bauchschmerzen eine Sonografie als Minimalprogramm durchzuführen.

(Toni Hospach, Günther Dannecker, Stuttgart)

BMI und subjektives Empfinden der Körpermaße

Weight Status and Perceived Body Size in Children

Saxton J., Hill C., Chadwick P. and Wardie J. *Arch Dis Child* 94: 944-949, Dezember 2009

Saxton et al. untersuchten 399 Londoner Schulkinder (205 m, 194 w) im Alter von 7–9 Jahren in Hinblick auf die Frage, wie der aktuell bestimmte Body Mass Index der Kinder und deren subjektives Körperbild korrelierten. Dazu wurden die Kinder zum einen direkt befragt, wie sie sich in Hinblick auf ihr Gewicht selbst einschätzten. Die Antworten umfassten 5 Möglichkeiten auf einer verbalen Skala (von „viel zu dünn“ über „genau richtig“ bis „viel zu dick“). Zudem wurde den Kindern die „Children's Body Image Scale (CBIS)“ von Truby and Paxton (2008) vorgelegt. Diese visuelle Skala besteht aus jeweils 7 fotografisch anmutenden Abbildungen einer präadoleszenten Mädchen- bzw. Jungenfigur, deren Körpermaße in aufsteigender Reihe standardisierte Werte zwischen der 3. und 97. BMI-Perzentile gesunder Kinder repräsentieren. Die Probanden sollten angeben, welches der Bilder am treffendsten ihre Vorstellungen vom eigenen Körper wiedergab.

Es fanden sich mittlere Korrelationen zwischen realem BMI und den Selbstvorstellungen der Kinder ($r = 0.41$ für verbale, $r = 0.43$ für visuelle Methode) mit einem konsistenten Bias der Antworten in Hinblick auf eine Unterschätzung der eigenen Körpermaße. Obwohl 25 % der Kinder übergewichtig waren, bezeichnete die Mehrzahl der Jungen und Mädchen ihren Körper als „genau richtig“. Auch auf der visuellen Skala unterschätzten die meisten Kinder ihre realen Körpermaße. Mädchen mit niedrigerem Gewicht zeigten dabei häufiger ein realitätsgerechtes Körperbild als vergleichbare Jungen und Kinder mit höherem Gewicht. In der Gruppe der übergewichtigen Kinder schätzten sich insbesondere die Mädchen als deutlich schlanker ein als ihrem tatsächlichen BMI entsprechend.

Kommentar

Körperbildvorstellungen von Erwachsenen sind gut untersucht: In vielen Kulturen überschätzen Frauen ihre Körpermaße, während Männer diese eher unterschätzen. In den letzten beiden Dekaden zeichnet sich – vor allem in England und den USA – geschlechtsübergreifend ein Trend zur Unterschätzung ab, der als

Effekt einer Verschiebung der Norm zu generell höherem Körpergewicht diskutiert wird. Die Menschen werden auf der Waage immer dicker, nicht jedoch in ihren Selbstvorstellungen, solange sie von gleichfalls Dicken umgeben sind.

Von Jugendlichen und bereits Kindern, insbesondere Mädchen, nehmen wir an, dass sie für das medial geprägte schlanke Schönheitsideal besonders empfänglich sind und mit dem eigenen Erscheinungsbild vergleichsweise unzufrieden. Die sich stets erneuernde Debatte um eine Gefährdung junger Menschen durch die Konfrontation mit „Magermodels“ lässt jedoch außer Acht, dass die Prävalenz der Anorexia nervosa seit Jahrzehnten konstant bei 1% liegt und es eher der Anstieg der Adipositasrate ist, der ein aktuelles Gesundheitsrisiko für Kinder und Jugendliche darstellt.

Ein Ergebnis der Studie von Saxton et al. ist, dass 7 bis 9-jährige Kinder in der Mehrzahl ihren Körper als „genau richtig“ erleben. Dazu lässt sich zunächst sagen: Je häufiger Kinder mit sich selbst zufrieden sind, desto besser. Offenbar hat in dieser Altersgruppe die oft überkritische Selbstbeobachtung noch nicht eingesetzt, die ein Merkmal der Pubertätsentwicklung ist und auch Essstörungen begleitet. Andererseits ist bedenkenswert, dass gerade Kinder mit Übergewicht vermehrt zur Unterschätzung ihrer Körperformen neigen. Ob hierbei Wunschdenken und Verleugnung aus Gründen der Abwehr schmerzhaften Erlebens eingehen oder eine Bagatellisierung des Problems greift, die möglicherweise von den Eltern mit getragen wird, geht aus den Daten nicht hervor. Wir wissen aus anderen Studien, dass auch Eltern das Gewicht ihrer übergewichtigen Kinder tendenziell unterschätzen und darüber ihre Rolle als „Hüter der kindlichen Gesundheit“ schlechter wahrnehmen können. Ein solches Zusammenspiel wird dann zum Handicap, wenn Veränderungen der Ernährung und Lebensführung zum Schutz der kindlichen Entwicklung unvermeidlich sind.

(Carola Bindt, Hamburg)

Antibiotikaprophylaxe bei HWI

Antibiotic Prophylaxis and Recurrent Urinary Tract Infection in Children

Craig JC et al. *N Engl J Med.* 361:1748-1759, Oktober 2009

Antibiotika werden auch bei Kindern gerne prophylaktisch eingesetzt, um Harnwegsinfekte zu verhindern. Gute Daten zur Wirksamkeit dieses Vorgehens sind allerdings sehr rar.

Die vorliegende randomisierte Studie an vier australischen Zentren untersuchte, ob eine niedrigdosierte antibiotische Therapie (2 mg Trimethoprim/kgKG, 10 mg Sulfamethoxazol/kgKG) über ein Jahr (im Vergleich zu Placebo) die Rate von Harnwegsinfektionen bei prädisponierten Kindern (= 1 oder mehr mikrobiologisch nachgewiesene Harnwegsinfekte) reduziert.

Insgesamt konnten 576 Kinder (Geburt bis 18 Jahre, medianes Alter 14 Monate) in den Randomisierungsprozess eingeschlossen werden. Während der Studienperiode (12 Monate) traten in der Antibiotikagruppe bei 36 von 288 Patienten (= 13%) Harnwegsinfekte auf, in der Placebogruppe lag die Rate bei 19% (55 von 288 Patienten). Somit liegt die Differenz zwischen beiden Gruppen

bei 6% (95%-Konfidenzintervall: 1–13). In der weiteren Risikoanalyse fand sich u.a. ein *signifikanter* Vorteil für eine antibiotische Prophylaxe bei allen Kindern mit Harnwegsinfekt, für Kinder < 4 Jahren sowie für Harnwegsinfekte mit empfindlichen Erregern. In jeweils 87% beider Gruppen ließ sich als Infektionserreger im Urin *Escherichia coli* (sensibel in > 82%) nachweisen.

Die Studie zeigt, dass eine niedrigdosierte prophylaktische Gabe von Trimethoprim/Sulfamethoxazol bei Kindern die Rate von Harnwegsinfekten signifikant senkt. Ggfs. können die Ergebnisse durch eine Dosiserhöhung verbessert werden. Dies müssen zukünftige randomisierte Studien zeigen.

(Volker Schuster, Leipzig)

Welche Diagnose wird gestellt?

Peter Müller

Anamnese

Bei einem 11-jährigen Mädchen mit unauffälliger Eigenanamnese war es ein Jahr vor dem Arztkontakt zu einem Zeckenbiss mit lokaler Rötung gekommen. Die Effloreszenz wurde damals nicht als Erythema migrans eingeordnet, und es erfolgte keine Behandlung. Jetzt bestanden seit 7 Tagen retrobulbäre Kopfschmerzen dumpfen Charakters. Eine Visusbeeinträchtigung wurde subjektiv nicht bemerkt. Das Mädchen fühlte sich müde und matt, Erbrechen war nicht aufgetreten. Der augenärztliche Untersuchungsbefund wies eine geringgradige Hyperopie und einen Astigmatismus aus. Funduskopisch fanden sich beidseitig auffällige Befunde (Abb. 1). Zusätzlich wurde eine binokuläre periphere Gesichtsfeldeinschränkung ohne Skotome beschrieben. Die stationäre Einweisung erfolgte zur Ursachenklärung des Symptoms „Stauungspapille“.

Untersuchungsbefunde

Altersgerecht entwickeltes Mädchen mit klinisch-somatischen und neurologischen Normalbefunden. Die Serum- und Liquoruntersuchungen einschließlich einer Borrelien-Serologie waren ohne pathologische Befunde.

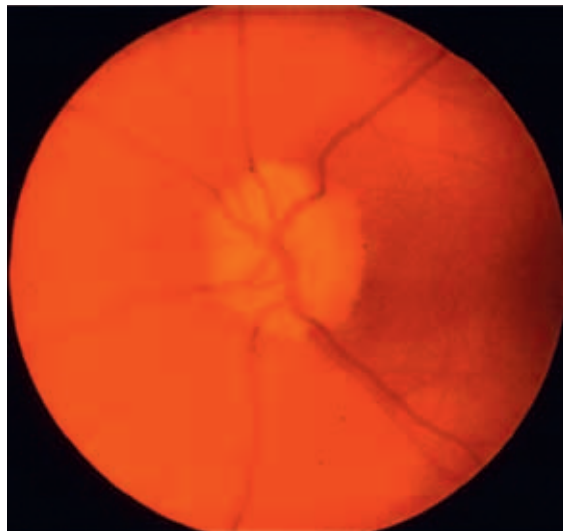


Abb. 1: Funduskopiebefund mit unregelmäßiger und höckerig imponierender Papillenoberfläche

Quelle: <http://www.neuroophthalmology.ca/fundusQuiz/0045/0045a.htm>

Das MRT des Schädels erbrachte ebenfalls keine Auffälligkeiten. Nur die sonographische Untersuchung der Papillenregion (Abb. 2) zeigte bilateral einen untypischen Befund für eine „Stauungspapille“.

Wie lautet die Diagnose?

(Auflösung s. S. 175)

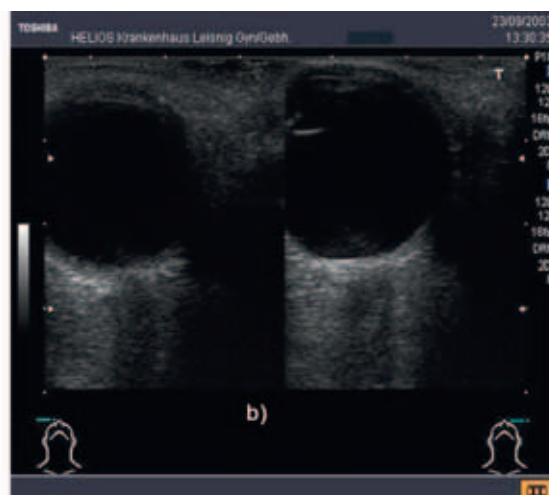
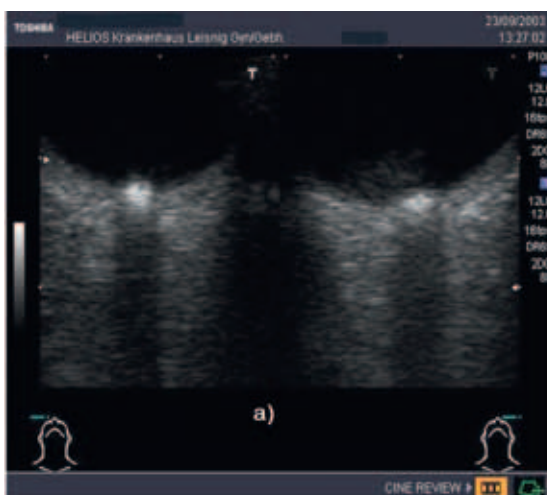


Abb. 2: a) Bulbi der Patientin im Sagittalschnitt in Höhe der Papillenregion (Linearschallkopf, 12 MHz)

b) Sagittalschnitte der Bulbi einer gesunden Vergleichsperson

Diagnose: Drusenpapillen

Sonographisch nachweisbare Echogenitätserhöhungen mit Schallauslöschungsphänomen in der Papillenregion sind pathognomonisch für Drusenpapillen (Abb. 2-3). Drusen des Sehnervenkopfes sind angeborene Pseudo-Papillenschwellungen und können zu Gesichtsfeldausfällen führen. Die Erstbeschreibung erfolgte 1858 (1). Die Inzidenz wird mit 0,3% angegeben. Als Ursache werden lokale Gefäßdysplasien in den Ganglienzellen und Transportstörungen mit Ablagerung von hyalinähnlichen Materialien vermutet. Die Anomalie, bei der kein erhöhter intrakranieller Druck vorliegt, verläuft meistens gutartig. Nur in Einzelfällen können lokale Blutungskomplikationen am Augenhintergrund vorkommen. In unterschiedlichem Ausmaß können Schäden der peripapillären retinalen Nervenfaserschicht mit der Konsequenz von Gesichtsfeldausfällen resultieren (2). Die Objektivierung der Befunde erfolgt durch dreidimensionale Analyse der Fundustopographie basierend auf dem Prinzip der „scanning laser tomography“ (3).

Differentialdiagnosen

Stauungspapille als Papillenödem, Gefäßverschlüsse

Fazit und Verlauf

Die hochfrequente Sonographie des Augenbulbus sollte zu den diagnostischen Erstmaßnahmen bei ophthalmoskopisch sichtbaren Papillenveränderungen gehören, um Drusenpapillen, die keiner weiteren diagnostischen Abklärung bedürfen, frühzeitig zu erkennen. Ein



Abb. 3: Farbdoppler-Untersuchung der Zentralarterie, linkes Auge der 11-jährigen Patientin (Linearschallkopf, 12 MHz)

kausaler Zusammenhang mit den Kopfschmerzbeschwerden der Patientin war unwahrscheinlich. Sie blieb in regelmäßiger augenärztlicher Kontrolle.

Literatur:

1. Müller, H: Arch f Ophthalmol 4: 363-388 (1858)
2. Dhingra N, Prasad S: J Postgrad Med 49: 276-277 (2003)
3. Kuchenbecker J, Wecke T, Vorwerk CK, Behrens-Baumann W: Ophthalmologie 99: 768-773 (2002)

Korrespondenz:

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

Red.: Höger

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

Begründet als „der kinderarzt“ von Prof. Dr. Dr. h.c. Theodor Hellbrügge (Schriftleiter 1970 – 1992).

Herausgeber: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. in Zusammenarbeit mit weiteren pädiatrischen Verbänden.

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

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

ter H. Höger, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg, Tel. (040) 67377-202, Fax -380, E-Mail: p.hoeger@kkh-wilhelmstift.de

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

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

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

Druckauflage 14.500

lt. IVW IV/2009

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen



LA-MED

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

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

Anzeigenpreisliste: Nr. 43 vom 1. Oktober 2009

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

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

© 2010. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.



Das Leser-Forum

Die Redaktion des Kinder- und Jugendarztes freut sich über jeden Leserbrief. Wir müssen allerdings aus den Zuschriften auswählen und uns Kürzungen vorbehalten. - Leserbriefe geben die Meinung des Autors / der Autorin, nicht der Redaktion wieder. E-Mails oder Briefe richten Sie bitte an die Redakteure (Adressen siehe Impressum).

Scharlach



– eine klar definierte akute Streptokokken-Infektion mit Exotoxin-bedingtem Exanthem und Enanthen, KJuA (2009) Heft 12, Seite 809 ff.

Als altgedienter und in der täglichen ambulanten Praxis erfahrener Kinderarzt, möchte ich zu Ihrem Artikel über den Scharlach zwei kritische Bemerkungen machen:

1. Das Problem der Rezidive (und zwar der **sehr kurzzeitigen** Rezidive) ist m.A.n. nicht geklärt. Die von Ihnen genannte Erklärung ist die seit fast 50 Jahren bemühte, ist aber nicht mit den Beobachtungen in der Praxis vereinbar. Wir beobachten relativ häufig (schätzungsweise 30–40%) Rezidive fast unmittelbar nach Abschluss einer Behandlung – ca. 1–2 Wochen später. Diese Kinder wurden ambulant behandelt. Und da Scharlach doch im allgemeinen (zumindest während der Vorstellung in der Praxis) sehr solitäre Krankheitsbilder sind, gibt es keine höhere Wahrscheinlichkeit als für jedes andere Kind, sich mit einem zweiten M-Typ zu infizieren (in unserer Praxis). Auch ist es völlig unwahrscheinlich, dass mit einer gewissen Regelmäßigkeit in einem Kindergarten, wo das Kind sich infiziert hat, gleichzeitig mehrere M-Typen kursieren. Allerdings geht das Kind in der Regel nach eingeleiteter Therapie einige Tage später wieder in seinen Kindergarten (wo es sich erneut nur mit dem gleichen M-Typ infizieren könnte).

Die beschriebenen Rezidive treten unabhängig davon auf, ob die primäre Erkrankung (hochdosiert!) mit Penicillin (in Form von InfectoBicillin, das 2x täglich zu geben ist, oder in Form eines 3x täglich zu gebenden anderen Oralpenicillin) oder mit einem (ebenfalls hoch dosierten) Cephalosporin behandelt wurde. In allen Fällen war die Behandlung ausreichend lange (Penicillin 10 Tage und Cephalosporin 7 Tage). Und obwohl es sicher auch bei uns in einigen Fällen ein zu frühes Beenden der Therapie oder eine unregelmäßige (vergessene) Einnahme gibt, denke ich doch, dass die große Mehrzahl der Mütter die Behandlung korrekt bis zu Ende führt. Immer war die Primärerkrankung, so wie erwartet, unter der Therapie sehr schnell abgeklungen. Übrigens haben wir kaum jemals ein drittes kurzfristiges Rezidiv gesehen.

2. Nach 15-jährigem intensiven Gebrauch des Streptokokken-Schnelltestes haben wir eine ganz andere Meinung zu seiner Zuverlässigkeit als die Hochschullehrer, die ihn vermutlich nur selten oder nie verwenden. Wir verwenden ihn primär deshalb, weil wir sofort wissen wollen, ob eine antibiotische Behandlung indiziert ist oder nicht. Unser Eindruck ist, dass er sehr zuverlässig ist. Voraussetzung ist aber, dass der Tupfer intensiv auf den Tonsillen bewegt wird (im Fall einer Streptokokkenangina ist er danach sehr oft etwas blutig tingiert) und nicht nur halberzig abgestrichen wird. Dazu muss die Mutter an dem liegenden Kind beide Hände fest nach unten halten, während eine Schwester den Kopf festhält. Nur dann kann der Arzt mit der linken Hand den Mundspatel und mit der rechten intensiv den Tupfer einsetzen. Unsere negativen Fälle wa-

ren in einem hohen Prozentsatz EBV-Infektionen (serologisch jeweils dann gesichert) oder sehr rasch ohne Antibiotikum abklingende Virusinfekte. Der A-Streptokokken-Test ist uns ein außerordentlich zuverlässiges diagnostisches Hilfsmittel geworden. Wir wissen natürlich nicht genau, ob und wie oft falsch negative Befunde auftreten (übrigens wüsste man das bei einem mikrobiologischen Labortest natürlich in Wirklichkeit auch nicht). Aber unser Eindruck ist, dass falsch negative Befunde kaum oder gar nicht auftreten.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. Thomas Müller
Kinderarztgemeinschaftspraxis
Dr. Haug/Dr. Müller,
Kietzstr. 136, 17192 Waren

.....

Ich wende mich an Sie, um einen Kommentar zu dem ansonsten sehr schönen und hervorragend bebilderten Artikel zu formulieren.

Auf S. 812 unten links letzter Absatz wird die Empfehlung einer Urinuntersuchung und einer kardiologischen Kontrolle (was soll diese beinhalten?) 14 Tage nach Therapie einer wohl unkomplizierten und antibiotisch adäquat behandelten GAS-Infektion (bei jetzt asymptomatischen Patienten?) ausgesprochen.

Ich halte diese Empfehlung nicht für gewinnbringend und für nicht mehr zeitgemäß. Es gab in den vergangenen Jahren einige Stellungnahmen zu diesem Sachverhalt mit der Kernaussage, nur bei entsprechender Symptomatik eine Diagnostik zu veranlassen. Das Beibehalten der früher praktizierten Vorgehensweise kostet Zeit, Geld und verunsichert allenfalls die Eltern.

Ich verwende viel Zeit im Gespräch, um auf die dringliche Ausbe-

handlung der in der Regel schnell genesenden Patienten hinzuweisen, und habe zum Glück damit bislang keine Folgeerkrankungen erleben müssen (Rezidive in kurzem Zeitabstand allerdings schon).

Mit freundlichen Grüßen
Dr. Hartmut Röhrich
FA für Kinderheilkunde/
Kinderkardiologie
Wilhelmshöher Allee 122
34119 Kassel

Schlusswort zu den Leserbriefen von Herrn Dr. Thomas Müller und Herrn Dr. Hartmut Röhrich:

Herrn Kollegen Müller danke ich für seine konstruktive Kritik an unserem Übersichtsartikel und nehme wie folgt Stellung:

1. Es ist richtig, dass die Ursache regional sehr unterschiedlich häufig beobachteter kurzzeitiger Scharlach-Rezidive letztlich ungeklärt ist; dem stimme ich voll zu. Eine Rezidiv-Häufigkeit von 30–40% bei den heute eher seltenen Scharlach-Erkrankungen ist allerdings bemerkenswert und sollte durch eine prospektive Studie unter Praxisbedingungen belegt werden. Wenn beispielsweise von 30 Scharlach-Erkrankungen innerhalb eines „Ausbruchs“ 10 rezidivieren, sollte belegt werden, dass sich hier nicht verschiedene Ursachen vermischen. Ich weiß, wie problematisch das unter Praxisbedingungen ist und dass man in der Regel mit dem guten Vorsatz zu spät dran ist.

2. Für den Hinweis auf die Sensitivität (80–90% – DGPI-Handbuch, 5. Aufl. 2009) und Spezifität ($\geq 95\%$) der Streptokokken-Schnelltests bei korrekter Anwendung zum richtigen, frühestmöglichen Zeitpunkt bin ich ebenfalls dankbar. Allerdings stellte Pichichero eine große Variabilität der Schnelltests (abnahmebedingt) in der Sensitivität von 45–93% unter Praxisbedingungen, gegenüber 75–95% im Krankenhaus fest. Es ist durchaus legitim, bei klinisch eindeutigen Scharlach-Verdacht und positivem Schnelltest sofort mit der Penicillin-Therapie zu beginnen und auf eine kulturelle Bestätigung zu verzichten. Dies führt

zwar zu einer etwa 30%igen Übertherapie, da ein positiver Schnelltest auch andere Ursachen haben kann (GABS-Ausscheider bei Exanthem anderer Ursache). Der kulturelle Nachweis kann daher bei negativen Schnelltests der Klärung unklarer Krankheitsbilder vorbehalten bleiben.

Herrn Röhrich danke ich für den Hinweis auf die mit Recht in neuerer Zeit veränderten Empfehlungen zur Kontrolle auf etwaiges akutes rheumatisches Fieber (ARF) oder akute Glomerulonephritis (AGN). Nur bei **klinisch begründetem ARF-Verdacht** sollten unverzüglich ein **EKG** und eine **Echokardiographie** veranlasst werden. Bei **klinischem Verdacht auf eine AGN** sollte der **Morgenurin auf Proteine und Erythrozyten** untersucht werden.

Professor Dr. med. Helmut Helwig
Alemannenstr. 20
79117 Freiburg
Tel.: 0761/65013
E-Mail: hehelwig@web.de

.....

Vielen Dank für die gute Übersichtsarbeit zum Thema Scharlach in Heft 12/2009 des Kinder- und Jugendarztes.

Ich habe eine Frage zur Therapie des Scharlachs:

1995 hatte ich an einer Studie von Prof. Adam aus München teilgenommen.

Hierbei kam es zu dem Ergebnis, dass eine Behandlung mit Erythromycinestolat über 5 Tage genauso wirksam ist wie eine 10-tägige Therapie mit Penicillin.

Seitdem behandle ich meine Patienten so, auch um eine bessere Compliance zu bekommen.

In Ihrem Artikel finde ich nichts darüber. Kann ich die Kinder weiter mit Erythromycin therapieren oder raten Sie ab?

Mit freundlichen Grüßen
Michael Schwenger
Kinder- und Jugendarzt
Straubelgasse 1
61130 Nidderau

Sehr geehrter Herr Kollege Schwenger,

haben Sie besten Dank für Ihre Anfrage bezüglich der Erythromycintherapie bei Streptokokken-Infektionen.

Es ist richtig, dass in der Studie über GAS-Tonsillopharyngitis, an der Sie teilgenommen haben (Adam u. Mitarb. Kinderarzt 1995;26:1163-1166) in dem Kollektiv von 201 auswertbaren Fallberichten der klinische Erfolg (87 vs. 98%) und die bakteriologische Akutwirksamkeit (83,3 vs. 87,9%) der 5-tägigen Erythromycin-Therapie mit der 10-tägigen Penicillin-V-Therapie vergleichbar waren. Das Studiendesign konnte verständlicherweise keine Aussage über die heute seltene Häufigkeit von Komplikationen des Scharlach machen.

Die Erythromycin(EM)-Behandlung hat eine Resistenzentwicklung der GAS von >10–12% zur Folge, während die Erreger nach wie vor weltweit voll penicillinempfindlich sind. In Finnland (Seppälä u. Mitarb. N Engl J Med 1992; 326:292-7) war es nach verbreiteter Erythromycin-Behandlung der GAS-Infektion zu einer landesweiten EM-Resistenz der Streptokokken von 20% (Rachenabstr.) bis 31% (Eiterabstr.) gekommen, die nach Änderung der Therapieempfehlungen wieder rückläufig war.

Generell gilt nach wie vor die 10-tägige Oralpenicillinbehandlung der GAS-Infektion, insbesondere auch bei Scharlach, als Standard. Makrolide werden nur bei Penicillinallergie empfohlen (Red Book 2006, DGPI Handbuch 5. Auflage, 2009).

Wie auch in meiner Übersicht erwähnt, sollte daher EM generell bei GAS-Infektionen nur bei Nichtanwendbarkeit von Oralpenicillinen empfohlen werden, hierzu können u.U. auch Compliance-Probleme gezählt werden.

Zusammenfassend würde ich Ihnen nach wie vor als Mittel der 1. Wahl die 10-tägige orale Penicillin-Gabe empfehlen.

Ich würde mich freuen, wenn Sie dem zustimmen würden.

Mit freundlichen Grüßen
Prof. Dr. med. Helmut Helwig
Freiburg

Red.: Christen

Jung und weiblich

Zur Mitgliederstruktur des BVKJ Ende 2009

„Wir erleben derzeit einen Normalisierungsprozess weg von der Maskulinisierung der Medizin hin zur Erlangung eines überfälligen und auch notwendigen zahlenmäßigen Gleichgewichts von Ärztinnen und Ärzten“. (Dr. Astrid Bühren, langjährige Vorsitzende des Deutschen Ärztinnenbundes)

Das intensive Werben des BVKJ zeigt Wirkung. Innerhalb eines Jahres wuchs der Mitgliederbestand um 1000. Schon bisher hatte der BVKJ mehr weibliche

als männliche Mitglieder, aber mit so einem großen Anstieg von jungen Ärztinnen hätte wohl niemand gerechnet (Grafik 1).

In der Altersstufe der unter 45-jährigen Mitglieder überwiegen die Ärztinnen bei weitem, je jünger umso deutlicher wird dieser Unterschied.

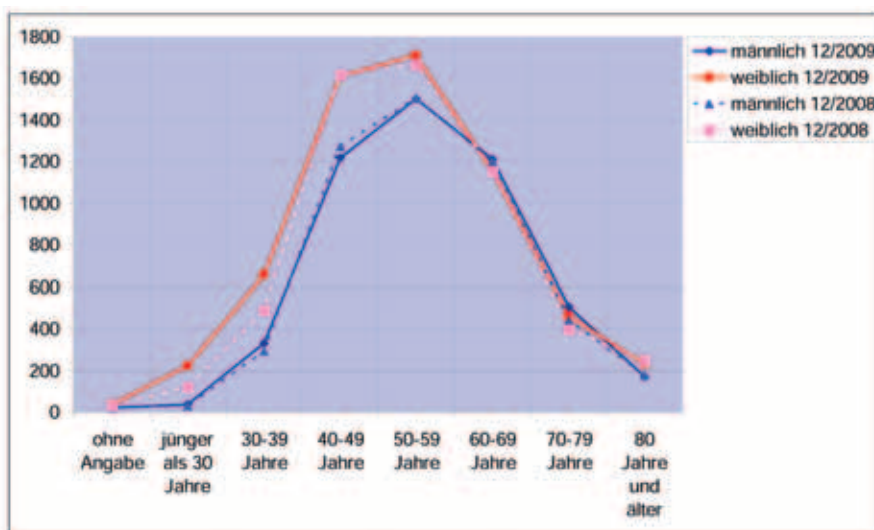
Auch von den 5642 niedergelassenen KJÄ ist die Mehrzahl nämlich 2730 weiblich. Deutlich überwiegt im öffentlichen Dienst die Anzahl der Ärztinnen (284 zu 46). Keine Berufsausübung geben 1155 Kollegen gegenüber 1594 Kolleginnen an. In dieser Kategorie sind hauptsächlich die Rentner erfasst.

Die Zahl der Krankenhausdirektoren/Chefärzte/leitende Ärzte und Assistenten mit Gebietsanerkennung blieb im Jahresdurchschnitt nahezu konstant. Verdoppelt hat sich die Zahl der Assistenten und Assistentinnen in Weiterbildung und hier übertrifft die Zahl der Ärztinnen die ihrer männlichen Kollegen um mehr als das Dreifache (201 zu 663) (Grafik 2).

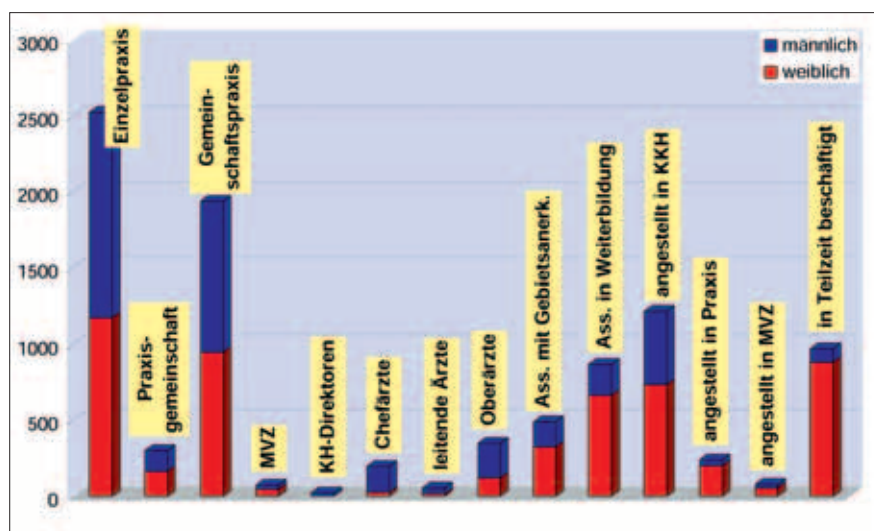
Bei den Zusatzweiterbildungen, Schwerpunkten und Zusatzbezeichnungen ergab sich keine wesentliche Verschiebungen. Die Neonatologie war schon in den Jahren zuvor der beliebteste Zusatzschwerpunkt. Die Zahl der Neonatologen ist noch einmal von 587(12/2008) auf 618 (12/2009) angestiegen, obwohl jedem klar sein muss, dass die Aussicht in diesen Schwerpunkt als niedergelassener Kinder- und Jugendarzt/ärztin tätig zu sein, sehr eingeschränkt ist (Grafik 3).

Wie in der Krankenhaushierarchie zeigt sich auch in der Verbandsstruktur, dass die wenigsten Kolleginnen bis in die oberen Gremien des Verbandes vertreten sind: von den 21 Vorstandsmitgliedern sind zwei weiblich von den 61 Delegierten 17 und von den 162 Obleuten 42 (Grafik 4).

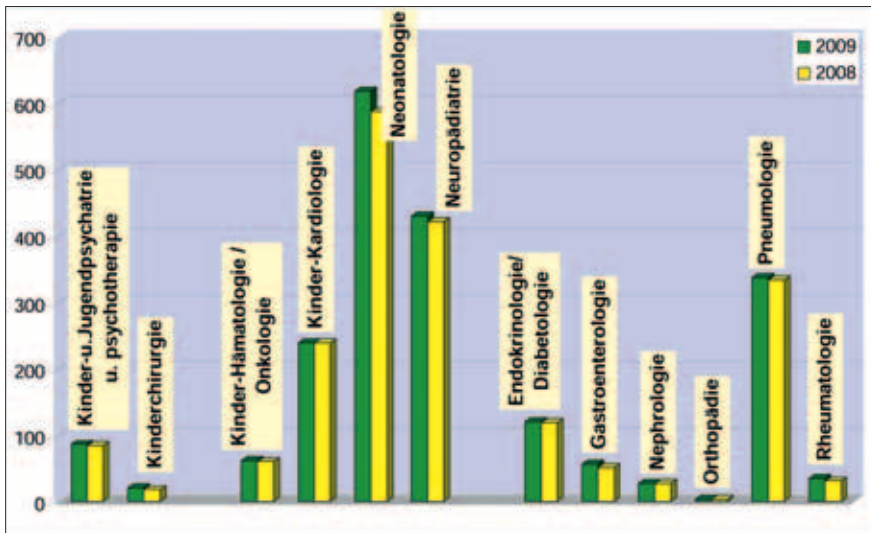
Wenn ein immer weiblicher werdender Verband auch entsprechend seiner Mitgliederstruktur arbeiten und nach außen wirken soll, müssten sich die Kolleginnen



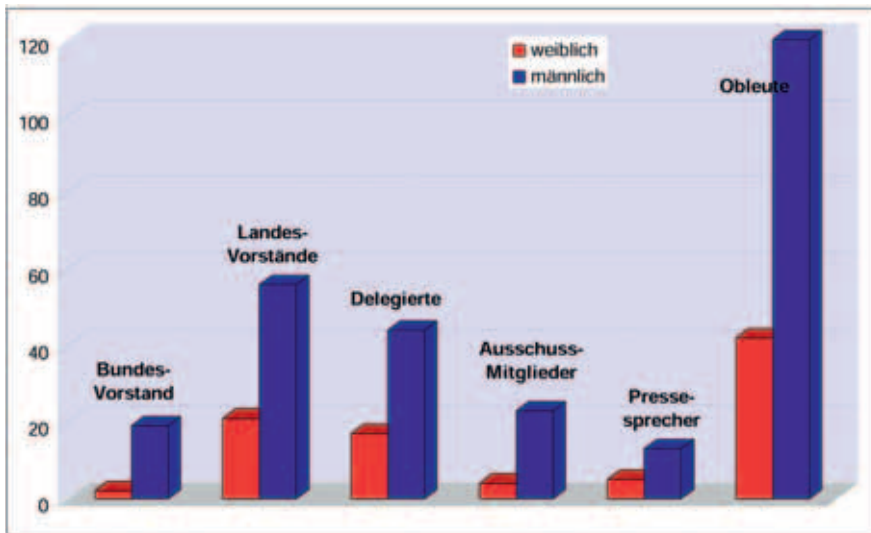
Grafik 1: BVKJ-Altersstruktur nach Lebensalter, getrennt in männlich und weiblich jeweils für 12/2009 und 12/2008



Grafik 2: Allgemeine Angaben zur Berufsausübung, getrennt in männlich und weiblich, für 12/2009



Grafik 3: Gebietsbezeichnungen, Schwerpunkte, Zusatzweiterbildungen: 2008 und 2009 im Vergleich



Grafik 4: Funktionsträger, getrennt in männlich und weiblich, für 12/2009

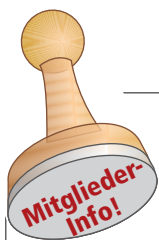
deutlich mehr in der Verbandsarbeit enga-gieren, um ihre vorhandenen Wünsche und spezifischen Probleme selbst zu ver-treten und sich nicht durch Kollegen ver-treten zu lassen.

Mit der jetzt heranwachsenden neuen Generation junger Ärztinnen besteht eine Chance, ambulante Strukturen in der Pädiatrie zu verändern. Die sogenannte „Einmannpraxis“ ist ein Auslaufmodell. Kooperationen in Gemeinschaften, MVZs gewinnen an Attraktivität. Es besteht aller-dings auch die Gefahr, dass viele Assisten-tinnen den Schritt aus der Klinik nicht wagen und in Institutsambulanzen oder im klinikseigenen MVZ ihren relativ gesicherten Arbeitsplatz suchen. Das wäre ein Verlust für die Kinder und Jugend-medizin. Der BVKJ muss hier weiterhin Mut zur Niederlassung machen und den Kolleginnen ambulante Arbeitsplatzmo-delle vorstellen, die der Lebensplanung, dem Sicherheitsbedürfnis und der Verein-barung von Beruf und Familie entspre-chen.

Weitere Informationen zur neuesten Mitgliederstruktur des BVKJ finden Sie in PädInform im Ordner Kinder- und Jugendarzt.

Wolfgang Gempp

(Grafik: Doris Schomburg, BVKJ)



bvkj.
Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Wahlauf-ruf für den Landesverband Thüringen

Termingerecht findet vom **10.05.2010** bis **31.05.2010** die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Beisitzer, des Schatzmeisters sowie der zusätzlichen Delegierten und Ersatzdelegierten statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum **31.05.2010** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäfts-stelle).

Ich bitte alle Mitglieder im **Landesverband Thüringen**, sich an der Wahl zu beteiligen und von ihrem Stimmrecht Ge-brauch zu machen.

Dr. med. Andreas Lemmer, Erfurt
Landesverbandsvorsitzender

Ein Jahr ADHS-Vertrag in Baden-Württemberg

Der Vertrag zur qualitätsgesicherten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS aus der KBV-Werkstatt wurde zum April 2009 in Baden-Württemberg mit der Vertragsarbeitsgemeinschaft der Betriebskrankenkassen realisiert. Insgesamt gibt es circa 1,8 Millionen BKK-Versicherte in Baden-Württemberg, 1,3 Millionen davon sind in der Vertragsarbeitsgemeinschaft. Bedauerlicherweise fehlen einige große BKKs, wie die BKK-Siemens oder Bosch.

Der Vertrag ist für die Kinder- und Jugendärzte ein Quantensprung in der Verbesserung der Versorgung von Patienten mit der Verdachtsdiagnose und Diagnose ADHS oder ADS. Damit ist es endlich möglich, eine einigermaßen adäquate Honorierung für die sehr zeit- und arbeitsaufwändigen Leistungen bei diesen Patienten zu erhalten.

Das heißt aktuell, dass 1200 € pro Patient und Jahr aus dem Morbi-RSA von den beteiligten Krankenkassen für den Vertrag zur Verfügung gestellt werden (maximal 300 € pro Patient und Quartal). Die Abrechnung erfolgt im Rahmen der regulären Kassenabrechnung über die KV Baden-Württemberg und mit den Ziffern 93020a-c in der Diagnostikphase und 93021a-f in der Therapiephase. Dieser Honorierungsmodus gilt für die drei am ADHS-Vertrag und in den ADHS-Teams beteiligten Fachgruppen (Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeuten) in gleicher Weise. Wenn mehrere Mitglieder eines Teams im gleichen Quartal bei demselben Patienten Leistungen erbracht haben, rechnet jedes Teammitglied eigenständig mit der KV ab, die Gesamtsumme pro Quartal von 300 € pro Patient darf dabei nicht überschritten werden, das heißt, hier bedarf es exakter Absprachen unter den Teammitgliedern.

Natürlich ist die Teilnahme am Vertrag an gewisse Qualifikationsnachweise geknüpft. Es gibt aber auch für Neueinsteiger die Möglichkeit, zu partizipieren und die Qualifikationen nach der Einschreibung zu erwerben und nachzureichen. Der Antrag zur Teilnahme am Vertrag muss bei der KV BW gestellt werden. Dabei müssen nachgewiesen werden:

- in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung Betreuung von mind. zehn ADS/ADHS-Patienten pro Quartal und

- in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung mind. 20 Stunden themenbezogene Fort-/Weiterbildung
- oder Schwerpunkt Neuropädiatrie
- oder Zusatzbezeichnung Psychotherapie

Kinder- und Jugendärzte, die zum Zeitpunkt der Antragstellung diese Kriterien nicht oder noch nicht erfüllen, können, unter dem Vorbehalt diese innerhalb von 24 Monaten nachzuweisen, ebenfalls zugelassen werden. Weiter sind Teilnahmevoraussetzungen nach Zulassung zum Vertrag:

- Vier Stunden pro Jahr themenbezogene Fort- oder Weiterbildung
- 2 x jährliche Teilnahme an themenbezogenen Qualitätszirkeln
- 1 x pro Quartal Teilnahme an ADHS-Teambesprechungen

Und natürlich ist die Teilnahme am Vertrag auch an Standards wie Fragebögen, QZ, Teambesprechungen geknüpft. Für die meisten Kolleginnen und Kollegen, die sich seit Jahren mit ADHS intensiver auseinandersetzen und diese Patienten aufwändig, aber bislang ohne adäquates Honorar in der Praxis versorgt haben, bedeutet aus meiner Sicht der mit dem Vertrag verbundenen Mehraufwand keine große Umstellung. Im Vertrag werden diverse Instrumente vorgegeben, die obligatorisch zu benutzen sind, so Patiententeilnahmeerklärung, Fragebögen zu Verdachtsdiagnose und Diagnosesicherung. Hier sei auch auf die Homepage der KV Baden-Württemberg (www.kv-bawue.de) verwiesen.

Es gibt auch Probleme und Fragestellungen in der Umsetzung. So ist zum Beispiel die Frage der Berücksichtigung im RLV noch nicht abschließend geklärt. Dies ist besonders für die Kinder- und Jugendärzte eine interessante und klärungs-

bedürftige Problematik, da wir die Patienten in der Regel nicht nur wegen ADS/ADHS sehen, sondern auch wegen anderer Fragestellungen aus dem pädiatrischen Spektrum wie Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen oder akute Erkrankungen. Die Verordnung von Ergotherapie ist bei eingeschriebenen Patienten nur bei vorhandenen Komorbiditäten möglich, jedoch nicht bei der Alleinindikation ADS/ADHS.

Zur Klärung offener und strittiger Fragen im Rahmen der Umsetzung des Vertrags gibt es auf Landesebene einen Lenkungsausschuss, besetzt aus den beteiligten Fachgruppen, der KV und der Vertragsarbeitsgemeinschaft der BKKs. Dieser Lenkungsausschuss tagt etwa einmal pro Quartal und klärt strittige und offene Fragen und geht Hinweisen der Vertragsteilnehmer auf Probleme nach.

Leider haben sich bisher nur insgesamt 162 Ärzte und Psychotherapeuten in den Vertrag eingeschrieben, davon 103 Kinder- und Jugendärzte. Nur ein Teil der Teams ist komplett mit allen drei Fachgruppen besetzt, es gibt auch noch „ADHS-Teamfreie“ Bezirke in Baden-Württemberg. Die Verbände der Kinder- und Jugendpsychiater und der Psychotherapeuten haben Unterstützung bei der Suche nach Beitrittswilligen aus ihren Reihen zugesagt, ebenso die KV Baden-Württemberg.

Liebe Kolleginnen und Kollegen in Baden-Württemberg, ich kann Sie nur ermutigen, an dem Vertrag teilzunehmen. Die Teilnahme bringt unter anderem deutlich zum Ausdruck, dass wir Kinder- und Jugendärzte aus der flächendeckenden Versorgung der Patienten mit ADHS nicht wegzudiskutieren sind.

Ausführliche Informationen zum Vertrag finden Sie auf den Internetseiten der KV Baden-Württemberg (www.kvba-

wue.de -> Suche: ADHS) und der AG ADHS. Auch besteht die Möglichkeit, noch einmal Einführungsveranstaltungen zum Vertrag durchzuführen, Anfragen hierzu an die KV Baden-Württemberg, aber auch gerne an mich.

Liebe Kolleginnen und Kollegen in den anderen Bundesländern sprechen Sie Ihre KVen und ihre Krankenkassen an. Sensibilisieren Sie die Eltern Ihrer Patienten, damit diese bei ihren Krankenkassen nachfragen; für die Eltern finden sie auf der Homepage der AG ADHS (www.ag-adhs.de) dazu ein vorformuliertes Schreiben.

Es lohnt sich, für diesen Vertrag einzutreten und zu kämpfen.

Dr. med. Matthias Gelb
Kinder- und Jugendarzt
Anne Frank-Straße 27
75015 Bretten

Red.: ge



Erdbebenhilfe Haiti

Solidarität auf kurzem Weg. Gemeinsam mit Ärzten und medizinischem Personal aus der Dominikanischen Republik leistet medico international Nothilfe für die Erdbebenopfer in Haiti. Jetzt geht es um das Überlebensnotwendigste: Medikamente, Wasser, Nahrungsmittel.

medico international
bittet um Spenden
unter dem Stichwort
„Haiti“, auch online.
www.medico.de

Spendenkonto: 1800
Frankfurter Sparkasse
BLZ: 500 502 01

m)
medico international

KINDER-UND JUGENDARZT

im Internet

Alle Beiträge finden Sie vier Wochen nach Erscheinen der Printausgabe im Internet unter

www.kinder-undjugendarzt.de

Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

BVKJ und Foodwatch kämpfen gemeinsam für die „Nährwert-Ampel“

Die Mehrheit der bundesdeutschen Bevölkerung befürwortet eine Kennzeichnung von Nahrungsmitteln mittels einer „Nährwert-Ampel“, also einer leicht verständlichen Information über die Inhalte von Lebensmitteln, wie sie z.B. Großbritannien eingeführt hat. Wahrscheinlich könnte dem auch eine Mehrheit der Abgeordneten des Deutschen Bundestages zustimmen, darunter viele Angehörige der Regierungsfractionen. Diesen sind allerdings die Hände gebunden, denn der zwischen Union und FDP abgeschlossene Koalitionsvertrag enthält nicht nur Leckerlies für die Hotelbranche, sondern auch Bonbons für die deutsche Nahrungsmittelindustrie, indem er ein Ampelsystem zur Kennzeichnung von Lebensmitteln ausschließt (begründet wird dies mit der kühnen Behauptung, „dieses System führe die Verbraucher in die Irre“).

Stattdessen befürwortet die Koalition Informationen über den „GDA-Wert“ auf

Lebensmittelverpackungen. Diese Kennzeichnung basiert auf den Richtwerten für die Tageszufuhr (GDA= Guideline Daily Amount), und weist aus, wie viel Energie, Zucker, Fett, gesättigte Fettsäuren und Salz/Natrium in einer Portion des jeweiligen Produkts enthalten sind und welcher prozentuale Anteil am Richtwert für die Tageszufuhr durch die Portion gedeckt wird. Problematisch ist, dass gerade diejenigen Bevölkerungsgruppen, die besonders von den Folgen einer ungesunden Ernährung betroffen sind („bildungsferne“ Schichten, Migranten mit unzureichenden Deutschkenntnissen), mit dieser Kennzeichnung nicht viel anfangen können und damit weiterhin schutzlos dem Werbebombardement der Industrie ausgesetzt wären.

Die gemeinnützige unabhängige Verbraucherorganisation Foodwatch (www.foodwatch.de) und Vertreter des BVKJ haben deshalb vereinbart, gemein-

sam für eine verbindliche Einführung des Ampelsystems zu streiten. Der Weg führt dabei über die Europäische Gemeinschaft, in deren Gremien das Thema in der ersten Hälfte dieses Jahres beraten wird. Es ist nicht damit zu rechnen, dass das EU-Parlament eine Ampelregelung für ganz Europa beschließen wird, es wäre aber schon hilfreich, eine sogenannte „Öffnungsklausel“ zu erstreiten, die es den einzelnen Mitgliedsstaaten freilässt, eine entsprechende Regelung zu treffen.

In diesem Sinne wird der BVKJ an die Abgeordneten des Europäischen Parlamentes an die Abgeordneten des europäischen Parlamentes herantreten und sie auffordern, der Ampellösung zuzustimmen. Außerdem werden die europäischen pädiatrischen Schwesternverbände in die Initiative eingebunden.

Stephan Eßer
Hauptgeschäftsführer BVKJ

Red.: ge

Nur Ihr Urteil bringt uns weiter!

**Wir wollen mehr
Informationsqualität
für Sie.**

Helfen Sie mit, damit Ihnen weiterhin eine gute Fachpresse und ein optimales Informationsangebot zur Verfügung stehen.

In diesen Monaten befragt die Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e.V. Sie und Ihre

Kollegen zum Leseverhalten und zu Ihren Präferenzen in der Fachpresse.

**KINDER-UND
JUGENDARZT**

+

LA-MED

Wichtige Information zum Vertrag mit der BARMER GEK

Wie bekannt, haben sich die Barmer Ersatzkasse und die Gmünder Ersatzkasse zum 1. Januar 2010 zu einer neuen Krankenkasse mit dem Namen BARMER GEK zusammengeschlossen. Der seit 1. Februar 2008 mit der GEK abgeschlossene Vertrag nach § 73 b SGB V über eine hausarztzentrierte pädiatrische Versorgung **gilt seit dem 1. Januar 2010 für alle Versicherte der BARMER GEK.** Den Vertragstext mit den dazugehörigen Unterlagen ist in PädInform im Ordner „Krankenkassenverträge“, dort unter BARMER GEK veröffentlicht.

Im Vertrag sind folgende Zusatzvergütungen vereinbart:

Einschreibepauschale	10 €
Betreuungspauschale (je Quartal mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt)	5 €
Add-on U7a Kindergarten Check	15 €
U10 Grundschul-Check	50 €
U 11 Schüler-Check	50 €
J 2 Jugend-Check	50 €
Präventionsrezept (Antrag auf Förderung einer individuellen primärpräventiven Maßnahme der BARMER GEK)	5 €
Rotaviren-Impfung	12 €

Einschreibung der Kinder- und Jugendärzte in den Vertrag

Im „alten“ Vertrag mit der GEK haben sich bis Ende des Jahres 2009 fast 3800 Kinder- und Jugendärzte eingeschrieben. Wenn sie zu den eingeschriebenen Ärzten gehören, ist keine neue Teilnahmeerklärung erforderlich.

Für alle neu an dem Vertrag teilnehmenden KJÄ, **erfolgt der Beitritt durch Zusendung der Teilnahmeerklärung per Post an die Geschäftsstelle des BVKJ in 51069 Köln, Mielenforster Straße 2 oder per Fax an die Nummer 0221 683204 des BVKJ.**

Die Teilnahmeerklärung finden Sie im oben genannten PädInform-Ordner unter Anlagen. Wichtig ist, dass jeder zugelassene Kinder- und Jugendarzt, der in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig ist, dem Vertrag persönlich beitreten muss.

Einschreibung der Versicherten

Der Vertrag mit der BARMER GEK sieht vor, dass Versicherte sich einen Vertragsarzt als „Koordinationsarzt“ auswählen, der an diesem pädiatriezentrierten Versorgungsvertrag teilnimmt. Hierzu ist eine **Einschreibeerklärung des Versicherten** erforderlich. Die BARMER GEK übersendet Ihnen **nach Ihrer Teilnahmeerklärung** (siehe oben) eine Erstausrüstung von Einschreibeerklärungen für Versicherte. Die ausgefüllte und vom Erziehungsberechtigten unterschriebene Einschreibeerklärung senden Sie bitte per Fax innerhalb von 10 Tagen an die **BARMER GEK Hauptverwaltung Schwäbisch Gmünd (Fax-Nr. 07171-801-106)**. Die Versicherten erhalten dann von der Kasse das Gesundheits-Checkheft für die einzelnen Vorsorgeuntersuchungen. Solange Sie diese Einschreibeerklärungen noch nicht haben – oder auch bei Ersatzbedarf – fin-

den Sie das Formular ebenfalls im oben genannten PädInform Ordner.

Abrechnung der Leistungen

Für jede im Rahmen des Vertrags erbrachte Leistung ist ein vom Kinder- und Jugendarzt unterschriebener **Abrechnungsbogen** (Formular siehe PädInform Ordner) auszufüllen. Die gesammelten Abrechnungsbögen können Sie laufend – also auch direkt nach Durchführung der entsprechenden ärztlichen Leistungen – unserem Partner (**GiV Gesellschaft für angewandte integrierte Versorgungsformen mbH, Maria Trost 21, 56070 Koblenz**) zusenden, allerdings spätestens bis zum Ende des jeweiligen Quartals.

GiV bietet Ihnen auch die Möglichkeit, die erbrachten Leistungen per Online-Übertragung abzurechnen. Nähere Informationen hierzu können Sie bei Herrn Podgorski dem Abrechnungsdienstleister der GiV (Tel. 0261/8000-2755) erfragen.

Wir hoffen, dass mit den vorgenannten Ausführungen die Umsetzung des Vertrages mit der BARMER GEK in Ihrer Praxis problemlos möglich ist und sich auch bisherige Zauderer in den Vertrag einschreiben werden.

Bitte informieren Sie auch die Mitarbeiter über diesen Artikel.

Sollte etwas unklar sein, können sie sich an Frau Horst von der BVKJ-Service GmbH (Tel. 0221/6890927) wenden.

Klaus Lüft
Geschäftsführer BVKJ-Service GmbH Red.:ge



Kinderumwelt, Westerbreite 7, 49084 Osnabrück



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Arztstempel

Anmeldung zum Intranet PädInform®

Ich beantrage einen persönlichen Zugang zum Intranet **PädInform®**.

Name: _____ Adresse: _____

Mitgliedschaft in einem Pädnetz: _____ (optional)

Bitte richten Sie mir einen Zugang über Ihre Homepage www.uminfo.de ein und teilen Sie mir die Zugangsdaten per E-Mail mit.

Meine Emailadresse lautet: _____ **(bitte auch Spamfilter prüfen!)**

Den Teilnehmerbeitrag für 2010 in Höhe von 60 € können Sie von folgendem Konto abbuchen:

Geldinstitut: _____ KontoNr.: _____ BLZ: _____

Datum: _____ Unterschrift _____

Antwortfax an: 0541/9778-905

Kinderschutz, Datenschutz und klamme Kassen

Familienministerin Kristina Köhler will ein neues Kinderschutzgesetz. Seine wichtigsten Säulen: Prävention und Intervention. Für Kinder- und Jugendärzte könnte es dadurch zu einem Konflikt kommen: Datenschutz versus Kinderschutz. Bei einer Fachtagung der Deutschen Kinderhilfe, des Bundes Deutscher Kriminalbeamter und der Techniker Krankenkasse im Januar in Berlin wurden die Grenzlinien neu vermessen.

Ebenfalls ein ungelöstes Problem: Die je nach Finanzkraft der Kommunen unterschiedlichen Standards im Kinderschutz. Eine NRW-Expertenkommission macht dazu Vorschläge.

In der letzten Zeit war es ruhig geworden um den Kinderschutz. Eine entsprechende Gesetzesinitiative war in der letzten Wahlperiode trotz zweier „Kinder Gipfel“ der Bundeskanzlerin mit den Ministerpräsidenten gescheitert. Die neue Bundesregierung hat das Vorhaben nun wieder auf die Tagesordnung gesetzt. Im dritten Abschnitt des Koalitionsvertrags heißt es unter der Überschrift „Kinderschutz und Frühe Hilfen“: *„Wir wollen einen aktiven und wirksamen Kinderschutz. Hierzu werden wir ein Kinderschutzgesetz, unter Berücksichtigung eines wirksamen Schutzauftrages und insbesondere präventiver Maßnahmen (z.B. Elternbildung, Familienhebammen, Kinderschwestern und sonstiger niedrigschwelliger Angebote) auch im Bereich der Schnittstelle zum Gesundheitssystem unter Klarstellung der ärztlichen Schweigepflicht auf den Weg bringen.“*

Kinder- und Jugendärzte horchen bei dieser Formulierung sofort auf. In ihren Praxen zeigen sich zwar oft die ersten Anzeichen für Kindesvernachlässigung und -misshandlungen, gleichzeitig haben sie aber kaum Möglichkeiten, sich zu äußern ohne die Schweigepflicht nach Paragraph 203 StGB zu verletzen. Eine Untersuchung des unabhängigen Landesentrums für Datenschutz Schleswig Holstein kam Ende 2008 zu dem Ergebnis, dass es „in Fällen von Kindeswohlgefährdung keine eindeutige und belastbare rechtliche Regelung für eine befugte Offenbarung von Patientendaten, die der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, für Ärzte gibt.“

Wie können also Kinder- und Jugendärzte bei hinreichenden Verdachtsmomenten das Jugendamt bzw. die Polizei einschalten, um den betroffenen Kindern zu helfen, und dabei gleichzeitig ihre Schweigepflicht beherzigen? Die Experten der Deutschen Kinderhilfe, des Bundes Deut-

scher Kriminalbeamter und der Techniker Krankenkasse empfahlen bei der Tagung in Berlin Kinder- und Jugendärzten und Hebammen, sich bei Verdacht mit Jugendämtern, Trägern der freien Jugendhilfe, Gesundheitsämtern oder mit Rechtsmedizinern kurzzuschließen, um Diagnosen zunächst anonym zu erörtern.

Kann der Arzt selbst nicht mehr helfen, kann er den Fall dem Jugendamt offiziell melden. Er muss dabei aber berücksichtigen, dass diese Institution auch repressiv tätig werden kann, so der Duisburger Kinder- und Jugendarzt Dr. Ralf Kownatzki, Gründer der Risikokinderinformationsdatei „Riskid“.

Kownatzkis Initiative „Riskids“ setzt daher ausschließlich auf interne Information: Verdachtsfälle, die unterhalb der Schwelle der offensichtlichen Anzeigepflicht liegen, werden in eine Datenbank eingespeichert und können abgerufen werden. Die Informationen zu den Fällen werden dabei nach einem bestimmten Raster aufgezeichnet; durch Eingabe der Personalien kann der Kinder- und Jugendarzt darauf zugreifen. Mehr als 20 Kinder- und Jugendärzte und die beiden Kliniken der Region Duisburg arbeiten mit Riskids, das in Zusammenarbeit mit der Kriminalpolizei und der Staatsanwaltschaft Duisburg aufgebaut worden ist, soll dazu dienen, das weit verbreitete „Ärztethopping“ problematischer Eltern zu verhindern.

Die Initiative wirft aber auch Datenschutz-Probleme auf. Denn laut § 203 StGB dürfen sich Ärzte als Berufsgeheimnisträger auch untereinander nur mit Einverständnis des Patienten informieren. Die Riskids-Ärzte lassen sich daher von allen Eltern von der ärztlichen Schweigepflicht entbinden.

Ein Gutachten des Verfassungsrechtlers der Bochumer Ruhr-Universität, Prof. Dr.

Stefan Huster, besagt, dass RISKID mit derzeitigem Recht dennoch nicht vereinbar ist: „Ärzte, die sich an dem System beteiligen, müssen damit rechnen, dass sie sich strafrechtlich verantworten müssen.“

Der BVKJ steht dem Datensammeln von Ärzten wie bei Riskid ebenfalls ablehnend gegenüber. Pressesprecher Dr. Uli Fegeler: „Wenn wir das so genannte „Bauchgefühl“ haben, also nur soft-signs einer möglichen Kindeswohlgefährdung, muss es wieder möglich sein, in einen hilfeorientierten Dialog mit dem Jugendamt zu treten. Leider hat sich der Ruf der Jugendämter in der Vergangenheit geändert. In der öffentlichen Wahrnehmung setzen sie ihren Schwerpunkt anstatt auf Hilfe auf Überwachung und Kindesherausnahme. Wir müssen uns jedoch dafür einsetzen, dass vor allem die frühkindliche Förderung und Betreuung ausgebaut wird, also insbesondere in den Verdachtsfällen die beobachtende Hilfe angeboten wird. Solche Hilfen müssen nicht ausschließlich vom Jugendamt angeboten, sondern können selbstverständlich auch von freien Trägern durchgeführt werden. Sie schützen Kinder vor Vernachlässigung, durch sie bzw. ihre Institutionen sind zudem ein Monitoring und frühzeitiges Eingreifen möglich. Wir müssen also vor allem daran arbeiten, dass Pädiater und Jugendämter vertrauensvoll und hilfeorientiert kooperieren.“ Zur Zeit scheitert die Zusammenarbeit häufig daran, dass die Jugendämter sich darauf beschränken, „verdächtige“ Familien zu überwachen und die Kinder aus Familien herauszunehmen bei Verdacht auf Kindeswohlgefährdung. Dieses restriktive Vorgehen führe dazu, dass Pädiater sich nur im Notfall an Jugendämter wenden, nicht aber, wenn ihnen ihr „Bauchgefühl“ sage, dass ein Kind Hilfe brauche. Ulrich Fegeler: „Um vertrauensvoll zusam-

menzuarbeiten, müssten die Jugendämter zunächst den Fokus ihrer Arbeit ändern: sie müssen mehr begleitende Hilfen als bisher anbieten.

NRW-Bericht legt Mängel im Kinderschutz offen

Wie weit man derzeit noch von einem solchen Paradigmenwechsel entfernt ist, dokumentiert der Abschlussbericht, den die von der NRW-Landesregierung eingesetzte Expertenkommission „Kinderschutz“ zeitgleich mit der Tagung in Berlin in Düsseldorf vorstellte. Städte und Kreise mit Haushaltssicherungskonzept könnten über das gesetzlich festgelegte Maß hinaus keine zusätzlichen Hilfen für Familien anbieten, beklagt die Expertenkommission «Kinderschutz». Die NRW-Expertenkommission, der auch BVKJ-Landesvorsitzender Dr. Thomas Fischbach angehörte, fordert das frühe Eingreifen der Jugendämter bei Vernachlässigung und Gewalt gegen Kinder als Pflichtaufgabe in ein künftiges Bundes-Kinderschutzgesetz aufzunehmen. Der Staat dürfe unterschiedliche Standards im Kinderschutz je nach Kasenslage der Kommune nicht länger dulden.

Der NRW-Bericht setzt vor allem auf den Ausbau der sozialen Frühwarnsysteme zur Vermeidung von Kindesvernachlässigung und -misshandlung. Kinder- und Jugendärzte, Hebammen, Erzieher, Lehrer und Jugendämter sollten enger zusammenarbeiten, um die Entstehung von Pro-

blemen wie Verwahrlosung und häusliche Gewalt früh zu erkennen, fordert der Bericht.

„Leider stehen wir bei der Netzwerkbildung der genannten Akteure trotz regional erkennbarer Initiativen noch am Anfang,“ sagt dazu Thomas Fischbach. „Gerade dieser Netzwerkbildung dienende Projekte wie das Multicenterprojekt Kinderschutz NRW der Stiftung Deutsches Forum Kinderzukunft bedürfen einer auch finanziellen Unterstützung durch das Land NRW. Zur Zeit hängt das Projekt aus Kostengründen in der Warteschleife.“

Immerhin führt jedoch fast jedes zweite der 180 Jugendämter in NRW inzwischen „Elternbesuchsprogramme“ durch. Künftig sollen Elternbesuche kurz nach der Geburt flächendeckend eingeführt werden. Daneben will NRW die Teilnahme an ärztlichen U-Vorsorgeuntersuchungen für Kinder weiter erhöhen. Nach Feststellungen des Koch-Instituts nehmen drei Prozent der Kinder nicht an den Früherkennungs-Untersuchungen teil. Bei Kindern mit Zuwanderungsgeschichte sind es sogar 14 Prozent. Seit Ende 2008 melden Kinder- und Jugendärzte in NRW den Jugendämtern, welche Kinder an einer Früherkennungs-Untersuchung teilgenommen haben. Die Kommunen haben ihre Ausgaben für den vorbeugenden Kinderschutz seit 1992 von 52 Millionen auf 346 Millionen Euro im Jahr erhöht. Von einem ausreichend engen Hilfsnetz sei man jedoch noch weit entfernt, so der Vorsitzende des

Instituts für soziale Arbeit (Münster), Erwin Jordan, bei der Vorstellung des Berichts. Jordan forderte die Organisation von „Helferkonferenzen“ und anderer Präventionsmaßnahmen.

Wie diese finanziert werden sollen, dazu sagte auch bei der Vorstellung des Berichts in der NRW-Staatskanzlei niemand etwas. Während Sozialarbeiter, Erzieher oder auch Polizisten während ihrer bezahlten Arbeitszeit an Helferkonferenzen teilnehmen können, bedeutet die Teilnahme für niedergelassene Kinder- und Jugendärzte (vorläufig) Extra-Arbeit ohne Honorierung.

Es bleibt also noch viel zu tun für einen effizienten bundeseinheitlichen Kinderschutz. Immerhin versprach die neue Ministerin bei der Tagung in Berlin auch, in einen intensiven Austausch mit der Fachwelt zu treten. Dass dazu auch Pädiater gehören, ist bereits ausgemacht.

Mehr Infos:

www.forum-kinderzukunft.de/veranstaltungen-mit-stiftungsmitgliedern/items/nachtrag-zur-fachkonferenz-aufbau-flaechendeckender-netze-frueher-hilfen-am-3-juni-in-der-aerztekammer-nordrhein-in-duesseldorf.html

http://www.forum-kinderzukunft.de/tl_files/pdf/workshop_Kinderschutz_DGSPJ_Kratsch_DGSPJ-WS-6.pdf

Quelle u.a.: gid

ReH

Partner der Kinder- und Jugendärzte

POHL BOSKAMP

Man muss nicht jeden Fehler selber machen, um aus ihm zu lernen!

Seit Juni 2009 steht das „Critical Incident und Reporting System“ des BVKJ, kurz CIRS, allen Pädinform- und Praxisfieber-Nutzern online zur Verfügung. In loser Folge veröffentlichen und kommentieren wir aus diesem Fundus gemeldete Fehler oder Beinaheschäden. So dienen die Fehlerberichte mit ihren Kommentaren uns allen als Lernsystem.

Was ist passiert?

Mutter gab dem Kind Amoxillin-Pulver trocken.

Was war das Ergebnis?

Es hustete kurz. Der Patient kam nicht zu Schaden und bekam eine neue Flasche verschrieben, aber der Behandlungsbeginn verzögerte sich.

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie könnte es in Zukunft vermieden werden?

Die Mutter hatte die Packungsbeilage nicht gelesen. Sie hatte ihrem Kind noch nie ein Antibiotikum geben müssen. Der verordnende Arzt dachte nicht an diese Fehlermöglichkeit.

Wie hätte man das Ergebnis verhindern können?

Diesen oder ähnliche Fälle hat wahrscheinlich jeder Kinder- und Jugendarzt schon mal erlebt. So berichtete ein anderer Kollege, dass sich eine Mutter bei ihm beklagt habe, er möge nicht schon wieder Zäpfchen verschreiben. Denn, so ihre Begründung, dem Kind würde das Metall immer so am Anus einschneiden und wehtun. Außerdem wirke es nicht. Die südländische Mutter hatte offensichtlich in ihrer Heimat noch nie ein Suppositorium erhalten. Seitdem, so berichtete er, würde er alle Mütter fragen, ob sie wüssten wie ein Zäpfchen zu geben sei. Wir haben in Indien ähnliche Erfahrungen gemacht, da in heißen Ländern Zäpfchen, die sich ja bei Körpertemperatur im Rektum auflösen sollen, mangels ausreichender Kühlung vielfach nicht lagern lassen und damit unbekannt sind. Auch in den USA kennt man Zäpfchen nicht überall.

Man möchte meinen, die Information, wie ein Medikament einzunehmen sei, würde dem Patienten oder dem Elternteil regelhaft erklärt werden. Leider sieht der hektische Alltag anders aus und häufig fragen wir nach Applikationsfehler erst, wenn die Therapie nicht greift.

Der Fehler scheint zwar selten aufzutreten, ist aber bei jeder Verordnung möglich.

Meist fragen uns Mütter, wie ein verordnetes Medikament einzunehmen sei und wir diskutieren und überlegen mit ihr, welche Applikationsform die richtige sei.

Zwei Lösungen bzw. Sicherheitsmechanismen bieten sich an. In der Praxis werden die Rezepte ausgedruckt, vom Arzt unterschrieben und dem Patienten ausgehändigt. Bei der Übergabe des Rezeptes, sei es durch den Arzt persönlich oder durch die MFA, sollte die Nachfrage nach der Applikationsmethode regelhaft noch einmal gestellt werden. „Dieses Medikament ist ein Trockensaft, der vor der Gabe mit Wasser aufgelöst werden muss. Haben Sie das schon mal gemacht?“ oder „Diese Inhalation wird mit einem Vernebler durchgeführt. Haben Sie mit Ihrem Kind schon einmal mit einem Vernebler inhaliert?“ oder aber insbesondere bei Eltern aus anderen Kulturkreisen „Kennen Sie dieses Medikament und wissen Sie, wie es zu verabreichen ist?“ Machen Sie diese Nachfrage zur Regel oder wenn Ihre MFA das Rezept aushändigt, lassen sie diese Frage standardisiert immer stellen. Halten Sie dies auch in ihrer QM-Dokumentation als Regel fest.

Eine weitere Möglichkeit zur Medikamentensicherheit wäre, den Eltern einen Verordnungszettel zusätzlich zum Kassen- oder Privat-Rezept mitzugeben. Dort vermerken sie nicht nur den Medikamentennamen, sondern auch die Häufigkeit („dreimal soundso viel“) und die Dauer der Einnahme (z. B. „über 10 Tage“) und besondere Hinweise zur Einnahme, wie Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten oder Nahrung („ACC nicht zeitgleich mit Cefaclor“, „Ambroxol nicht vor dem Hinlegen/Schlafen“). In vielen Praxen werden Verordnungszettel insbesondere für die Inhalationsverordnungen verwendet. Auch zur Empfehlung freiverkäuflicher Tees oder alternativer Therapeutika bietet sich ein solches Vorgehen an. Gängige Medikamente können bereits vorgedruckt sein, um nur noch angekreuzt zu werden. Dies fördert die Lesbarkeit und Sicherheit der sprichwörtlich „schlechten“ ärztlichen Handschrift. Hinweise zur Ap-

plikation ergänzen sinnvoll den Namen oder Wirkstoff des Medikamentes.

Eltern, die auf einem Stück Papier alle Verordnungen übersichtlich vor sich sehen, nehmen dies erfahrungsgemäß gerne und dankend an. Denn im Gegensatz zum Rezept, das ja in der Apotheke verbleibt, behalten sie den Verordnungszettel mit der Therapieübersicht und den Hinweisen.

Lesen Sie weitere interessante Fehlerberichte und Kommentare unter www.cirs-paediatric.de. Sie erreichen CIRS-Pädiatrie innerhalb von PädInform über folgende Schritte:

1. Desktop > PädInform-neu > Päd-Servicebereich > CIRS-Pädiatrie > CIRS-Pädiatrie-Datenbank
2. dort klicken sie den „Link zum direkten Zugang zum Fehlerberichts- und Lernsystem CIRS-Pädiatrie“, es öffnet sich in ihrem Internet-Browser das Berichtsfeld von „CIRS-Pädiatrie“
3. dort haben sie die Möglichkeiten eigene Berichte abzugeben oder in dem Untermenü „Lernen“, Berichte anderer Kollegen zu lesen, zu kommentieren und aus deren Fehlern zu lernen.

Drucken Sie sich die Fälle, die Sie in ihrer Praxis als ähnliche Risiken erleben, aus und diskutieren Sie mit Ihrem Team in der nächsten QM-Besprechung darüber. Berichten Sie bitte auch selber online in CIRS-Pädiatrie über Schäden oder Beinahe-Schäden, die sich in Ihrer Praxis ereignet haben, um Hinweise und Tipps zu bekommen, wie ähnliche Situationen von Kollegen gelöst werden.

Bitte geben Sie uns auch weiterhin so viel Feedback zum CIRS-Pädiatrie, denn auch für das CIRS gilt: Jeder Fehler zählt!

Redaktion

Dominik Ewald für den Ausschuss QM,
dominik.ewald@uminf.de
Ulmenstr. 4

65812 Bad Soden

Red.: ge

Mitarbeit bei dieser Kolumne ist ausdrücklich erwünscht – Vertraulichkeit ist gewährleistet.



Unzweckmäßige Ernährung und schlechte Wohnungsverhältnisse führen fast mit Sicherheit zur englischen Krankheit.

© Atlas der Hygiene des Säuglings und Kleinkindes von L. Langstein und F. Rott, Springer, Berlin, 1918, Nachdruck Verlag Schmidt-Römhild, Lübeck, 1989

Warum ist Uffelman vergessen?

Julius August Christian Uffelman als Protagonist der universitären Pädiatrie

Er war ein bedeutender Hygieniker und Medizinhistoriker, ein Protagonist der Kinderheilkunde im 19. Jahrhundert. Er wurde am 21. Januar 1837 in Zeven geboren, einer Stadt am Walde, die damals ein „Flecken Zeven in Hannover“ war. Gestorben ist er am 17. Februar 1894 in Rostock. 1883 wurde Julius August Christian Uffelman vom Großherzog Friedrich Franz II. zum ersten Direktor des Hygieneinstituts bestellt. Dessen Sohn machte den Professor extraordinarius 1890 zum Mitglied der Großherzoglichen Medizinalkommission. 1893 wurde er ordentlicher Professor für Hygiene der Rostocker Universität. Uffelman hatte ein lukratives Angebot auf Norderney abgelehnt in Erwartung eines Ordinariats. Dagegen gab es Widerstand der Medizinischen Fakultät. Der erste Lehrstuhl im Fach Kinderheilkunde wurde in Rostock erst 1907 eingerichtet. Hermann Brüning (Geschichte der Methodik der künstlichen Säuglingsernährung 1908) wurde dessen Inhaber. Anders in Preussen. Dort hatte der vortragende Rat im Ministerium der geistlichen, Madicinal- und Unterrichts-

angelegenheiten, Friedrich Althoff, gegen den Widerstand der Fakultät und Rudolf Virchows die Bestellung Otto Heubners durchgesetzt; an der Berliner Charité wurde schon 1894 der erste Lehrstuhl für Pädiatrie in Deutschland eingerichtet. So wurden in Mecklenburg zwar die Zeichen der Zeit erkannt: Uffelman setzte sich seit 1885 für ein eigenständiges Fachgebiet ein. Aber vor dem neuen Tor stand das Wappentier.

„Die Menschen machen ihre eigene Geschichte...nicht aus freien Stücken...“

Uffelman war nach dem Studium (1857–61) und Dissertation „über die graue Substanz der Großhirnrinde“ zunächst chirurgischer Assistent (bei Simon in Rostock) und als praktischer Arzt (1863–75) in Neustadt und in Hameln tätig. Die Chirurgen hoben sein „bescheidenes Wesen und seine einfache Liebeshwürdigkeit“ hervor. Er hatte nun (in Göttingen), ach! Philosophie, Juris-terei (weniger) und Medizin und leider auch Theologie (sein Schwiegervater war Pastor) durchaus studiert, mit



Dipl.-med. Hans-Ulrich Leisterer

**Geburtshaus
in Zeven (ab-
gerissen)**



heißem Bemühen – und stand nun da als armer Tor! Immerhin hatte er in Neustadt über den Mittelknochen des Daumens geschrieben; in Hameln betrieb er „Anatomisch-chirurgische Studien ... zur Lehre von den Knochen jugendlicher Individuen“.

Er habilitierte sich damit in Kinderheilkunde und war hernach (1876–1879) in Rostock als Privatdozent tätig. Hier veröffentlichte er in dieser Zeit über Hauterkrankungen und chirurgische Beobachtungen.

Nach seiner Rückkehr nach Rostock tat der Privatdozent Uffemann zunächst eine preisgekrönte „Darstellung des auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege bis jetzt Geleisteten“ (1878), verglich dieses mit dem „in den außerdeutschen Ländern auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheitspflege bis jetzt Geleisteten“ (1878) und arbeitete als Medizinhistoriker über die Hygiene im alten Rom (1880) und Griechenland (1883). Dabei zeigen sich gar noch andere „Quellen zur Geschichte der Kinderheilkunde“ als sie Albrecht Peiper 1966 zusammengestellt hat. Seine Arbeiten hatten auch

**Julius August
Christian
Uffemann
(1837–1894)**



große praktische Bedeutung, sowohl für die Stadt (Hygienische Topographie der Stadt Rostock, 1889), als auch für das Land Mecklenburg-Schwerin im Zeitalter der industriellen Revolution.

„sondern unter unmittelbar vorgefundenen, gegebenen und überlieferten Umständen“

Die Daten, die Uffemann mit der Darstellung der Gesundheitspflege lieferte, stellen so genannte prozessgenerierte Daten dar, die wegen des für moderne Institutionen wesentlichen Prinzips der Aktenmäßigkeit der Verwaltung entstehen – nicht mehr und auch nicht weniger: 1875 waren in Deutschland „von 880500 Fabrikarbeitern 80000 ...Kinder resp. junge Leute bis 16 Jahren in gewerblichen Anlagen und Fabriken ... in der Textilindustrie, sodann in Berg- und Hüttenwerken, in Tabak- und Cigarettenfabriken“, vier Jahre später berichten die Fabrikinspektoren von „rund 100000“, bis zu 16 Jahren. „Unter 100 in Fabriken verletzten Kindern sind 70 durch Maschinen und 30 auf andere Weise verletzt“. „Noch kürzlich war im Rostocker Verein für öffentliche Gesundheitspflege von Knaben die Rede, welche hierorts früh Morgens von 6–8 Uhr Zeitungen oder Backwaren austragen, oft durchnässt und durchgefroren zur Schule kommen, diese von 8–12 Uhr und weiterhin von 2–4 Uhr besuchen, und dabei Mittags eine Stunde, Nachmittags von 4-7 1/2 Uhr unausgesetzt in diesem oder jenem Betriebe tätig seien, so dass ihnen zu häuslichen Arbeiten und zur Erholung gar keine Zeit übrig bliebe“. Uffemann setzte sich bald für die Errichtung des ersten deutschen Kinderkurheimes in Graal-Müritz ein. Tuberkulose (inklusive Scrophulose), Krampfleiden, Durchfall – „kommts Abendroth, ists Kindlein todt!“. Von 1000 Lebendgeborenen in Norddeutschland erreichten 1877 nur 510 das 20. Lebensjahr. Seine Arbeiten dienten der Propagierung von Hilfs- und Heilkonzepten und Anwendungen von Gesetzen im Haltekinderwesen, Armen- und Findelkinderwesen, bei Schulbänken und Kinderspitälern und Haftanstalten.

Hygiene des Kindes als Krone der Medizin

In den Vorlesungen zur „Einführung in das Studium der Medicin“ von Prof. Julius Pagel, die dieser 1899 – fünf Jahre nach Uffemanns Tod an der Alma mater Berolinensis hielt, sagte Pagel in seiner „Dreizehnten Vorlesung“ – über die Hygiene:

„Als die Lehre von der Diätetik, Makrobiotik, von Aetiologie und Prophylaxe der Krankheiten, ist (sie) zu allen Zeiten als die Krone der Medicin, (die Hygiene) als das summum bonum und das wahre Ziel medicinischen Denkens und Trachtens angesehen worden. Die Gesundheitspflege im Sinne einer Vorbeugung vor Krankheiten stand mit Recht bei den intelligenten, wissenschaftlichen und rationellen Aerzten, die ihren Beruf nicht als ein Feld zur Wahrung pecuniärer Interessen ansahen, höher als die Therapie selbst“. Die Hygiene wurde zur damaligen Zeit weiter gefasst. Die Konstitutionslehre eines Ferdinand Hueppe war kennzeichnend für diese Periode. Der Schwache sollte fit gemacht werden. Die Gesundheits-

pflge wurde als „Vorposten im Kampf ums Dasein der Einzelnen und ganzer Völker“ gesehen (Sonderegger 1874). Uffelmans Darstellung der Geschichte der Hygiene des Kindes, seine Hypostasierung eines körperlich, geistig und seelisch gesunden Kindes zum gesellschaftlichen Zweck redet noch keiner Rasseideologie oder Eugenik den Mund.

Uffelmann gab von 1886-1894 die Jahresberichte über Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Hygiene in der Vierteljahresschrift für öffentliche Gesundheitspflege heraus. Er hatte in Göttingen bei dem Anatom Jakob Henle (Henle Schleife der Niere) studiert und selbst auch über die Anatomie der Sammelrohre der Niere veröffentlicht. Henle prägte die Begriffe *contagium vivum* bzw. *contagium animatum* und damit auch die Theorie von Mikroorganismen als Ursache von Infektionskrankheiten (Henle-Koch-Postulate). Dennoch sieht Uffelmann 1881, neun Jahre nach der Entdeckung des Kochschen Tuberkelbazillus, die Ursache der Schwindsucht noch in der schwachen Konstitution, als nicht-erregbedingte Erkrankung. Freilich hat er auf dem Gebiet der Bakteriologie auch Leistungen vollbracht. So wies er im Zusammenhang mit Forschungen zur „Selbsterreinigung“ nach, dass der Erreger des Typhus acht Tage im Fluss überleben kann. Auch die Luft untersuchte er. Im Labor kannte man die Uffelmann-Reaktion (Milchsäurenachweis im Magensaft) – von „amethystblau nach zeisiggelb“.

Die Innere als Schoß – die Hygiene als Amme der Pädiatrie

Bedeutsamer noch für die Pädiatrie sind andere Aspekte: „Eine Darstellung der gesamten Hygiene des Kindes von dessen Geburt bis zur Pubertät fehlte bis jetzt“, schreibt Julius Uffelmann in seinem Vorwort zu dem 1881 erschienenen „Handbuch der privaten und öffentlichen Hygiene des Kindes zum Gebrauche für Studierende, Ärzte, Sanitätsbeamte und Pädagogen“.



In der Kaiserzeit kam es innerhalb der Fachdisziplin Hygiene zu einem Stabwechsel, von einem „System der vollständigen medicinischen Polizey“ eines Johann Peter Frank hin zur Sozialhygiene eines Rudolf Virchows bis zur wissenschaftlich-experimentellen Ausrichtung Max Pettenkofers, Robert Kochs und deren Schüler. Im letzten Viertel des 19. Jahrhunderts erschienen mit dem Wandel der gesellschaftlichen Verhältnisse in kurzer Zeit ein halbes Dutzend Hand- und Lehrbücher zur Hygiene. Die verschiedenen Zweck- und Idealvereine der Gesundheitsfürsorge und Wohlfahrt hatten einen großen Informationsbedarf.

Zu Uffelmans Zeiten waren die Pionierarbeiten empirischer Sozialforschung schon geschrieben. So erschien „Die Lage der arbeitenden Klasse in England“ von Friedrich Engels (1845) in aktualisierter Auflage 1892. In Deutschland wurde dagegen 1873 der Verein für Socialpolitik („Kathedersozialisten“) gegründet. Das Verdienst Uffelmans war es, das Kind in das Radar der Hygiene zu stellen. Er nimmt den Faden von William Thierry Preyers „physiologischer Psychologie“ auf, dessen „Die Seele des Kindes“ 1882 erschien und hat selbst viele Tipps für „Die Pflege der geistigen Gesundheit“ und die „Seelentätigkeit des Kindes“, die bis heute reichen.

Warum wurde Uffelmann vergessen?

Freilich verwendet er den Begriff der Gen-Umwelt-Passung noch nicht. Sein umfangreiches pädiatrisches Wissen fasste er 1893 in einem Handbuch der Kinderheilkunde zusammen. Er wurde zum Wegbereiter der universitären Pädiatrie. Im Bereich der Schulhygiene gab es einen wichtigen Konkurrenten: Adolf Baginsky (Handbuch 1876). Er hatte den Rückenwind Virchows und wurde 1880 der erste Direktor des neuen Kaiser- und Kaiserin-Friedrich Kinderkrankenhauses in Berlin-Wedding. Drei Jahre später fand die erste Sitzung der „Gesellschaft für Kinderheilkunde“ (heute DGKJ) statt. Uffelmann und Baginsky zitieren den jeweils anderen nicht – oder nur lapidar – in ihren grundlegenden Monographien. Sie besorgten so einen möglichst niedrigen „Science Citation Index“ des anderen. Adalbert Czerny (Der Arzt als Erzieher, 1908) brachte die deutsche Pädiatrie zur Weltgeltung. Der Kaiser war in Berlin. Der Rostocker Greif konnte den Lorbeer nicht fassen. Dabei hätte es Uffelmann verdient, in der Walhalla des kollektiven Bewusstseins der deutschen Kinderheilkunde und Jugendmedizin einen Namen zu behalten. Weder in Zeven noch in Rostock ist eine Straße nach ihm benannt.

Literatur beim Verfasser

Dipl. med. Hanns-Ulrich Leisterer
Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin
Labesstraße 10/10a
27404 Zeven

Red.:ge

Praxistafel

Kinder- und Jugendmedizin

Große Kinderarzt-Praxis in Südbaden sucht **Kinderärztin/-arzt** (30–50%), ggfs. auch als Weiterbildungsassistent (Weiterbildungsermächtigung für ein Jahr besteht).

Kontakt: kinderarztpraxis.crone@t-online.de

Kinderärztliche Gemeinschaftspraxis im Duisburger Süden sucht Kollegen/in

zur Übernahme eines KV-Sitzes. Besonders geeignet für Vereinbarkeit mit Familie.

Tel. 02 03/70 95 53, 02 03/33 17 65, 0 21 02/204 75 72 (möglichst abends)

GELEGENHEIT

Frei von Systemzwängen, die Schulmedizin nicht vergessen – die Möglichkeiten der Klassischen Homöopathie ausschöpfen.

Einstieg geboten in

Top-Privatpraxis für Kinder- und Jugendmedizin.

Kenntnisse und Engagement in der KI.H. erwünscht, volle Weiterbildungsermächtigung für Zusatztitel vorhanden. Alle Optionen für baldige/spätere Übernahme offen. Mitten im Dreieck M-A-IN. Alle Schultypen jeweils 5 km in SOB und AIC.

Dr. Gerhard Hofmann, Marktplatz 9, 86556 Kühbach, Tel. 0 82 51 – 5 12 34

Weiterbildungsassistent/in für kinder- und jugendmedizinische überörtliche Gemeinschaftspraxis in Hagen gesucht. 18 Monate WB-Berechtigung vorhanden.

Tel. 0 23 31 – 5 50 73/74

Überörtliche Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendmedizin in Hagen sucht **Nachfolger** für auscheidenden Teilhaber.

Tel. 0 23 31 – 5 50 73/74

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

Suche FA/Ä f. Pädiatrie für Teilzeitstelle in Kinderarztpraxis im Kreis Offenbach.

Tel. 0 61 03 – 2 20 10

Der ASB-Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V. ist u.a. Träger des ASB Mutter-Kind-Therapiezentrum mit zwei Mutter-Kind-Kliniken im Ostseeheilbad Graal-Müritz. Wir suchen zum nächst möglichen Zeitpunkt eine/n

Fachärztin/-arzt für Kinder- und Jugendheilkunde.

Ihre Aufgaben:

- medizinische Behandlung und Betreuung der Patienten
- Durchführung der Aufnahme-, Verlaufs- und Abschlussuntersuchungen
- wochentägliche Sprechstunden
- Kooperation mit vor- und nachbehandelnden Ärzten
- Beteiligung an den Rufbereitschaftszeiten
- Erstellung des ärztlichen Entlassungsberichtes
- Sicherstellung der elektronischen Dokumentation
- Durchführung von Gesprächskreisen, Vorträgen, Schulungen
- Mitwirkung bei der konzeptionellen Weiterentwicklung der Klinik
- Arbeit im interdisziplinären Team, bedarfsgerecht und patientenorientiert

Wir bieten Ihnen ein hohes Maß an Eigenverantwortung und Gestaltungsmöglichkeit in landschaftlich reizvoller Lage. Die Vergütung erfolgt nach Vereinbarung. Informationen zum ASB Mutter-Kind-Therapiezentrum finden Sie im Internet www.asb-therapiezentrum.de

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung an:

ASB Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Geschäftsführer

Herrn Thomas Starigk

Schleswiger Straße 6, 18109 Rostock

Tel. 0381 670711; Fax 6707122, E-Mail th.starigk@asb-mv.de



**SCHENKEN SIE
EINEM KIND
SEINEN ERSTEN
GEBURTSTAG.
UND NOCH VIELE,
VIELE WEITERE.**

World Vision
Zukunft für Kinder!

30 Jahre
World Vision

www.worldvision.de

● Tagungen

März 2010

19.–21. März 2010, Marburg
SGKJ 2010

Info: www.sgkj2010.de

25.–27. März 2010, Hamburg
41. Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische
Nephrologie (GPN)

Info: www.gpn2010.de

26.–28. März 2010, Berlin
DGKJ-Repetitorium Pädiatrie

Info: www.dgkj.de

April 2010

15.–18. April 2010, Bad Zwischenahn
1st International Interdisciplinary Postgraduate
Course on Childhood Craniopharyngioma

Info: www.kinderkrebsstiftung.de

16.–17. April 2010, Erfurt
Jahrestagung der Sächsisch-Thüringischen Gesell-
schaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinder-
chirurgie

Info: www.stgkjm.de

Mai 2010

7.–8. Mai 2010, Heidelberg
150 Jahre Pädiatrie in Heidelberg
Entwicklungen und Perspektiven der Kinder- und
Jugendmedizin

Info: www.klinikum.uni-heidelberg.de/kinder

12.–15. Mai 2010, Bonn

25. Jahrestagung der Gesellschaft für
Gastroenterologie und Ernährung e.V.
mit Fortbildungskurs Kindergastroenterologie

Info: www.gpge2010.eu

13.–15. Mai 2010, Saarbrücken

Das Bobath-Konzept

Info: sekretariat@bobath-vereinigung.de

28.–30. Mai 2010, Erfurt

55. Ergotherapie-Kongress

Info: www.kongress.dve.info

Juni 2010

11.–12. Juni 2010, Hannover

2. Bundeskongress der Arbeitsgemeinschaft
Kinderschutz in der Medizin

Info: wygold@hka.de

17.–19. Juni 2010, Saarbrücken

36. Jahrestagung der Gesellschaft für Neonatologie
und pädiatrische Intensivmedizin GNPI mit Ar-
beitstreffen der niedergelassenen Neonatologen

Info: irisbraun@t-online.de

18.–19. Juni 2010, Leipzig

17. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für
Neugeborenen-Screening

Info: www.screening-dgns.de/jahrestagung

23.–26. Juni 2010, Gürzenich Köln

KIT 2010 – 10. Kongress für Infektionskrankheiten
und Tropenmedizin

Info: www.kit2010.de

Juli 2010

2.–3. Juli 2010, Wangen/Allg.

Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer

Info: www.aabw.de

16.–17. Juli 2010, Wangen/Allg.

Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer

Info: www.aabw.de

22.–27. Juli 2010, Landshut

Spezialseminar: Echokardiografie und Doppler-
sonografie in der Neonatologie und Pädiatrischen
Intensivmedizin

Info: herterich@st-marien-la.de

Oktober 2010

21.–23. Oktober 2010, Basel

2. gemeinsamer Kongress VELB und ILCA

Info: www.velb.org oder www.ilca.org

Die Welt der Kinder im Blick der Maler

Selten ist die Einsamkeit, Verzweiflung, Ohnmacht eines Kindes so eindringlich dargestellt worden wie auf diesem expressionistischen Gemälde. Der Appell an die Gesellschaft, sich dieser verlassenen Kinder anzunehmen, dürfte heute nicht weniger berechtigt sein als 1924. Ein kleines Mädchen mit gelbblondem Haar, katzenartigen Augen, in grünen Stiefeln, fest in den Mantel gehüllt, die Hände tief in die Taschen vergraben, steht ohne Mütze einsam im Schnee, der von Schneewehen aufgetürmt ist. Es hat den Weg verlassen, auf dem rote Fußstapfen durch einen Bretterzaun zu einem bedrohlich wirkenden Gebäude führen. Das gelbgrün-rot-violette Steinhaus mit verschobenen Fluchtlinien, schräg in die Wände gefügten Fenstern, windschief auf dem Dach hängenden Mansarden trägt die Inschrift „Kinderbeweranstalt“. Unheilvoll wirkt auch der gespenstisch düstere schwarz-grünviolette Himmel. Hat die Kleine versucht, aus dieser Anstalt zu entfliehen oder war sie auf dem Rückweg und konnte vor Verzweiflung nicht weiter? Jedenfalls scheint es jetzt kein Vor oder Zurück mehr zu geben.

Conrad Felix Müller, der sich selbst später Felixmüller nannte, wurde 1897 als zweites Kind eines Fabrik Schmiedes geboren, die Mutter betrieb einen Milchladen. Die Eltern bemühten sich um eine gediegene Ausbildung der Kinder, Conrad erhielt früh Musikunterricht. Eigentlich sollte er Musiker werden, gestand er später, aber ein Freund der Familie, ein Kunstmalers, erkannte früh sein zeichnerisches Talent und forderte ihn. Anfangs malte er im Stil des Dresdner Impressionismus, später nahm er Anregungen der „Brücke“, des „Blauen Reiters“ und des Kubismus auf, er entwickelte sich zum expressionistischen Maler. Den Irrsinn des 1. Weltkrieges erlebte er als Krankenpfleger in Lazaretten. Nach dem Krieg wurde er Mitglied der Kommunistischen Partei, hatte Kontakt zu sächsischen Arbeiterführern und nahm



Conrad Felixmüller, Kinderbeweranstalt von Klotzsche, 1924, Kunsthalle Bielefeld
Foto: akg-images / © VG Bild-Kunst, Bonn 2010

leidenschaftlichen Anteil an den sozialen und politischen Auseinandersetzungen dieser Zeit. Es entstanden Agitationsbilder, in denen er das Elend des Proletariats geißelte. Gegen Mitte der zwanziger Jahre verlor sich das expressive Pathos, und er gelangte schrittweise zu einem sublimen Kolorismus. In dieser Zeit fand er hohe Anerkennung bei Sammlern und Kritikern und wurde frei von finanziellen Sorgen. In seinen Werken zeigte sich eine liebevolle Haltung zur Welt. Als glücklicher Familienvater gestaltete er anmutige Darstellungen der eigenen Kinder und von Sprösslingen aus seinem Freundeskreis. Noch einmal aber nutzte er die Mittel des Expressionismus, um auf die bedrohliche

Situation und das psychische Elend von Kindern auf der Schattenseite des Daseins aufmerksam zu machen.

Von den Nazis wurde seine Kunst 1933 als „entartet“ diffamiert, viele Werke wurden beschlagnahmt und vernichtet. Von 1945 bis 1967 lebte Felixmüller in der DDR, wo er auch mehrere Lehraufträge erhielt. Neben Ölbildern und Aquarellen schuf er zahlreiche grafische Werke, vor allem Holzschnitte. Besondere Anerkennung fanden seine Porträts.

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

Red.: ge

Fortbildungstermine des BVKJ

März 2010

20.–21. März 2010

Pädiatrie zum Anfassen

des bvjk e.V., LV Mecklenburg-Vorpommern, Bad Doberan / Rostock

Auskunft: Frau Dr. Harder-Walter / Frau Dr. Masuch, Tel. 0381 / 697189, Fax 0381 / 690216 ④

April 2010

17. April 2010

Pädiatrefest 2010

des bvjk e.V. und

2. Kongress PRAXISfieber-regio für medizinische Fachangestellte in Kinder- und Jugendarztpraxen

Landesverband Nordrhein in Köln

Auskunft: Dr. Thomas Fischbach, 42719 Solingen, Fax 0212 / 315364; Dr. Antonio Pizzulli, 50679 Köln, Fax 0221 / 818089; Dr. Herbert Schade, Mechernich, Fax 02443 / 171403 ⑤

22.–25. April 2010

7. Assistentenkongress

des bvjk e.V., Nürnberg

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

Mai 2010

1./2. Mai 2010

Pädiatrie zum Anfassen

des bvjk e.V., LV Thüringen, Erfurt

Auskunft: Dr. med. Annette Kriechling, In der Trift 2, 99102 Erfurt-Niedernissa, Tel. 0361 / 5626303, Fax 0361 / 4233827 ①

5.–7. Mai 2010

Chefarzttagung – Seminar für Klinik-ärzte

des bvjk e.V., Altötting

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

29. Mai 2010

23. Fortbildungsveranstaltung mit praktischen Übungen der LV Rheinland-Pfalz u. Saarland

des bvjk e.V., Worms

Auskunft: Prof. Dr. Heino Skopnik, Kinderklinik Stadt Krankenhaus GmbH, Gabriel-von-Seidl-Str. 81, 67550 Worms, Tel. 06241 / 5013600, Fax 06241 / 5013699 ①

Juni 2010

25.–27. Juni 2010

Kinder- und Jugendärztetag 2010

40. Jahrestagung des bvjk e.V., Berlin

Neue Medikamente – Kenne ich mich aus? Pharmakotherapie im Kindes- und Jugendalter ①

26.–27. Juni 2010

5. Praxisfieber Live Kongress für MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen

in Berlin

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/6 89 09 15/16, Fax 0221/6 89 09 78 (bvjk.kongress@uminfo.de) ①

Juli 2010

10. Juli 2010

Pädiatrie zum Anfassen

des bvjk e.V., LV Baden-Württemberg, Nellingen

Auskunft: Dr. Rudolf von Butler, Wäldenbronner Str. 42, 73732 Esslingen, Tel. 0711/374694, Fax 0711/3704893 ②

August 2010

28. August 2010

Jahrestagung des LV Sachsen

des bvjk e.V., Dresden

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

September 2010

3.–4. September 2010

13. Seminartagung des LV Hessen

des bvjk e.V., LV Hessen, Bad Nauheim

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

11.–12. September 2010

Pädiatrie zum Anfassen

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

Auskunft: Dr. Stefan Trapp, Bremen, Tel. 0421/570000, Fax 0421/571000; Dr. Stefan Renz, Hamburg, Tel. 040/43093690, Fax 040/430936969; Dr. Dehtleff Banthien, Bad Oldesloe, Tel. 04531/3512, Fax 04521/2397 ②

11.–12. September 2010

Praxisabgabe-Seminar des BVKJ e.V.

in Friedewald (bei Bad Hersfeld)

Auskunft: BVKJ, Tel. 0221/6 89 09-10, Fax 0221/68 32 04

25.–26. September 2010

Praxiseinführungs-Seminar des BVKJ e.V.

in Friedewald (bei Bad Hersfeld)

Auskunft: BVKJ, Tel. 0221/6 89 09-11, Fax 0221/68 32 04

Oktober 2010

9.–13. Oktober 2010

38. Herbst-Seminar-Kongress

des bvjk e.V., Bad Orb

Funktionelle Störungen

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

① CCJ GmbH, Tel. 0381-8003980 / Fax: 0381-8003988

② Schmidt-Römhild-Kongressgesellschaft, Lübeck, Tel. 0451-7031-202, Fax: 0451-7031-214

③ DI-TEXT, Tel. 04736-102534 / Fax: 04736-102536, Digel.F@t-online.de

④ Med For Med, Rostock, Tel. 0381-20749709, Fax 0381-7953337

⑤ Interface GmbH & Co. KG, Tel. 09321-9297-850, Fax 09321-9297-851

Buchtipp

Frostig Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung (FEW-2) – Rezension eines alten, aber gründlich revidierten Wahrnehmungstests

298,- €, Best.Nr.: 04 244 01, Hogrefe Verlag Göttingen oder www.testzentrale.de

Der in die USA emigrierten Österreicherin Marianne Frostig kommt der Verdienst zu, den ersten umfassenderen Wahrnehmungstest entwickelt zu haben, den Developmental Test of Visual Perception (DTVP). Er wurde 1961 veröffentlicht und konnte sich, obwohl noch mit gravierenden Mängeln besonders hinsichtlich Validität, Reliabilität und Normierung behaftet, einer großen Verbreitung auch im deutschsprachigen Raum unter der Bezeichnung „Frostig – Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung (FEW)“ erfreuen. Der ursprüngliche Test erfuhr 1993 durch D. D. Hammill und Kollegen eine grundlegende Revision als DTVP II. und wurde schließlich 1998 von G. Büttner, W. Dacheneder, W. Schneider und K. Weyer an deutsche Verhältnisse angepasst, normiert und validiert und im Hogrefe Verlag verlegt.

Was aber ist eine „Wahrnehmung“ eigentlich?

Wahrnehmung hat etymologisch etwas mit „wahr“ im Sinne von „bewähren, bekräftigen, beachten und bewahren“ zu tun. Sie setzt eine Affektion durch Äußeres voraus und ist mithin ein psychischer Prozess ausgehend von *Empfindungen*, in dem diese in Beziehung zu anderen Wahrnehmungen oder abstrakten Kategorien gesetzt und somit zu bestehenden Vorstellungen zugeordnet und bestätigt oder in Frage gestellt werden. Das Denken hingegen kann sich davon unabhängig im bestehenden Denkgerüst bewegen, gedanklich vergleichen und Theorien generieren. Gleichwohl ist es abhängig vom zentralen Nervensystem. In der Wahrnehmung wird die Eingebundenheit in den Gesamtkörper, die physiologische Basis,

deutlicher. Es lassen sich an ihr die sinnlichen Zugangswege abheben, in dem wir visuelle, auditive, olfaktorische und sensible Wahrnehmungen unterscheiden. Die reine Empfindung oder Sensation als reinem Zugang zur subjektunabhängigen Welt ist wohl eine Fiktion, da eine Zuordnung von Empfindungen schon ganz basal einsetzt, allein schon durch das an die Sprache gebundene Denken. In allen diesen psychischen Funktionen handelt es sich also um Akzentuierungen im analytischen Zugang zu diesem Thema. Letztendlich sind es jedoch ganzheitlich ablaufende Prozesse, die miteinander unauflösbar verquickt sind.

In diesem Sinne handelt es sich also bei einem visuellen Wahrnehmungstest um einen akzentuierenden Zugang zu einer sinnesdefinierten Zugangsweise zur Welt.

Der FEW-2 deckt den Bereich der visuellen Wahrnehmung mit 8 Untertests mit den Aspekten *Lage im Raum, Formkonstanz, räumliche Beziehungen und Figur-Grund-Differenzierung* für die Gruppe der Kinder von 4;0 bis 8;11 Jahren ab. Diese Untertests unterscheiden sich hinsichtlich der Rolle der (Fein-) Motorik: bei der einen Hälfte muss unter Lösungsalternativen die richtige ausgewählt werden („motorik-reduziert“) und bei der anderen Hälfte ist die Arbeit mit dem Bleistift notwendig („motorik-abhängig“). Damit wird in der Reihenfolge der Untertests eine stete Abwechslung von anschauendem Problemlösen und Bearbeitung mit dem Stift erreicht. Das Aufgabenverständnis wird durch vorausgehende Beispielaufgaben gebahnt und ist dadurch auch sicher ablesbar. Die zeitliche Belastung ist mit einer Dauer von 30 bis 45 min der Zielgruppe zumutbar. Die Erfahrung im Umgang mit dem Test zeigt bei den Kindern überwiegend Freude und interessierte Erwartung der nächsten Aufgaben.

Grundsätzlich sind derartige Aufgaben allerdings abhängig von einer zumindest rudimentär aus-

gebildeten Arbeitshaltung. Bei einer zu lustbetonten Zugangsweise kann es schnell zum Abbruch kommen. Auch muss sich die Ablenkbarkeit in Grenzen halten. Schließlich sollten gravierende Sehfehler und neurologische Störungen betreffs der Feinmotorik ausgeschlossen sein.

Für eine solide Abschätzung der Bedeutung von Wahrnehmungsfunktionen sollten idealiter auch das abstrakte Denken und die Aufmerksamkeit mit eingeschätzt werden, so dass dieser Test vorzugsweise im Verbund mit weiteren Testverfahren eingesetzt werden sollte.

Im Vergleich mit dem alten FEW sind die Instruktionen klar, die Testvorlagen aufwendig und ansprechend gestaltet und die Handhabung und Durchführung des neuen Tests damit gut und schnell erfassbar. Die Auswertung bedarf einer genaueren Zuwendung und ist damit, zumindest anfangs, etwas zeitaufwendig. Der Test erscheint nicht für die seltene Nutzung geeignet. Das Auswerteprogramm ist hilfreich und ermöglicht eine übersichtliche Darstellung der Testergebnisse.

Der FEW-2 stellt damit ein wichtiges Hilfsmittel zur Erfassung von Störungen von Wahrnehmung und Feinmotorik dar. Die Ergebnisse bedürfen gleichwohl der engen Verknüpfung zur Anamnese und den im Alltag gestörten Funktionen.

In umfassenderen Intelligenztests finden sich auch Teile, die den Bereich der visuellen Wahrnehmung betreffen, so etwa das *Bilder ergänzen* im HAWIVA-III, die *Suchbilder* im SON-R 5 1/2-17 oder das *Gestaltschließen* im K-ABC. Der FEW-2 erlaubt aber einen differenzierten und validen Einblick in diesen Bereich. Ergotherapeuten bedienen sich gerne dieses Tests, lassen sich doch aus den Ergebnissen di-



rekte Hinweise auf zu bearbeitende Schwächen gewinnen. So ermöglicht der praktische Umgang mit diesem Test es dem Kinder- und Jugendarzt auch die Berichte der Ergotherapeuten kritisch beleuchten zu können bzw. nach eigener vorheriger Testung differenzierte Therapieziele nennen zu können. Der Test kann bei auffällig abweichenden Testergebnissen auch Hinweise auf spezifische neuropsychologische Störungen geben. Damit ist der FEW-2 ein geeignetes Mittel zur Diagnostik sowohl in der Praxis des Kinder- und Jugendarztes wie auch des Neuropädiaters.

Abgesehen von der Abbildung in der GOÄ (welche sich im Umbruch befindet; bisher GOP 856), ist die Abrechnung der Leistung im Rahmen der GKV leider problematisch, da die Testziffer im EBM (GOP 35301) in das Regelleistungsvolumen eingeht und somit bei sonstiger Ausschöpfung dieses Volumens keine Umsatzsteigerung bewirkt. Zumindest in dem neuen pädiatriezentrierten Versorgungsvertrag mit der AOK in Bayern lässt sich die Testdurchführung abbilden und somit abrechnen (GOP 93214 PzV Bayern).

Dr. Harald Tegtmeier-Metzdorf
Kemptener Str. 28
88131 Lindau

Red.: ge

Dr. Udo Wohnhas-Baggerd **ADHS und Psychomotorik**

Verlag Hofmann, Schorndorf,
2008, 216 Seiten, € 21,90, ISBN
978-3-77807-029-1



In der Problematik des Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndroms (ADHS) gibt es unterschiedliche, zum Teil konträre Sichtweisen. Dies erschwert die Suche nach einer geeigneten Therapieform für die betroffenen Kinder. Zu dem werden Eltern, Pädagogen und Therapeuten immer öfter mit der Diagnose ADHS konfrontiert, ohne ein ent-

sprechendes Hintergrundwissen zu haben. Es entsteht in diesen Kreisen viel Unsicherheit, oft begleitet mit Frustration.

Der Autor Udo Wohnhas-Baggerd spricht schon in der Einführung zu seinem Buche: *ADHS und Psychomotorik: Systemische Entwicklungsbegleitung als therapeutische Intervention* die in der Arbeit mit ADHS Kinder auffallenden Probleme an. Es wird das breite Spektrum von der Ursachenhypothese über therapeutische Interventionsversuche, Bedingungen der Persönlichkeitsentwicklung zu dem Modell einer ganzheitlich-systemischen Entwicklungsbegleitung veranschaulicht und mit Studien unterlegt.

Er erläutert die Wichtigkeit einer guten Diagnose, mit standardisierten Lehrer- und Elternfragebögen. Diese sind unabdingbar für die differenzialdiagnostische Abgrenzung und für die folgenden therapeutischen Interventionen.

Der Autor diskutiert die unterschiedlichen Fachbereiche wie z.B. die Stimulanzengabe, die psychologische Intervention (1. analytische Kinderpsychotherapie, 2. klientenzentrierte/nondirektive Spieltherapie, 3. kognitive Verhaltenstherapie), die pädagogische Intervention (Schule und Elternhaus), den bewegungszentrierten Therapieansatz (Ergotherapie, Psychomotorik und Entspannungsmethoden, Modelle interdisziplinärer Konzepte). Er bringt zum Ausdruck, dass diese Methoden als wichtige Basis in der Entwicklung der Kinder eine Rolle spielen, aber die Effektivität nicht ausreicht. Effektiver sind Kombinationen zwischen den genannten Einzelinterventionen und belegt dies anhand von Studien.

Zum Beispiel schneidet die Kombination psychologische und medikamentöse Therapie unter den Kombinationen am schlechtesten ab.

In seiner Studie zeigt er auf, dass die medikamentöse Therapie die Primärsymptomatik wesentlich beeinflusst, lehnt sie aber als Monotherapie strikt ab, da man zu den Verhaltensproblemen (z.B. Selbstwertgefühl) keinen Zu-

gang bekommt und beim Absetzen des Medikaments das volle Bild des ADHS Problems wieder auftritt.

Nur durch das Modell der ganzheitlich – systematischen Entwicklungsbegleitung sieht der Autor einen langfristigen Therapieerfolg über eine positive Persönlichkeitsentwicklung und somit eine positive Entwicklung des Kindes. Das Kind wird in seinen jeweiligen Lebenszusammenhängen und jeweiligen Systemen betrachtet.

Der Therapeut hat die Aufgabe die Kommunikationsstörung systemisch aufzubrechen. Ziel einer so verstandenen ganzheitlichen Entwicklungsbegleitung ist es nicht primär die Behandlung der Basissymptome, sondern die Begleitung der Entwicklung zu einem selbstverantwortlichen und sozialen Wesen.

Gerade die Psychomotorik bietet in ihrem kindzentrierten umfassenden therapeutischen Ansatz eine gute Möglichkeit, Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten. Es darf keine Zusammenstößelung von unterschiedlichen Therapien stattfinden.

Daher besteht die Notwendigkeit verhaltenstherapeutische Verfahren zu integrieren, als auch Familie und Schule zu inkludieren.

Dieses Modell der ganzheitlich-systemischen Entwicklungsbegleitung erläutert er an drei aufschlussreichen Fallbeispielen.

Auch die praxisorientierten Bedingungen, wie z.B. Qualifikation des Therapeuten, Aufnahme und Diagnostik des auffälligen Kindes, werden in seinem Buch gut zusammengefasst. Es wird aber auch auf die Schwierigkeiten hingewiesen: Medikamentengabe ja oder nein, die Bereitschaft und Möglichkeiten der Eltern und der Schule das Modell zu unterstützen, sowie die finanzielle Belastung zur Durchführung dieser Intervention.

Ein umfangreiches, aber sehr interessantes Buch für alle, die mit der Problematik ADHS arbeiten.

Jutta Sonnenkalb
Physiotherapeutin und
Motopädin

Red.: ge

■ **Anmietung geeigneter Räumlichkeiten**

■ **Tagungsbüro**

■ **Teilnehmerverwaltung**

■ **Hotelbuchungen**

■ **Industrierausstellung**

■ **Referentenbetreuung**

KONGRESS ORGANISATION

**Ihr leistungsstarker Partner mit
über 30-jähriger Erfahrung**

Kompetent bei der Durchführung von

- Kongressen
- Tagungen
- Seminaren
- Symposien (auch via Satellit)

im gesamten Bundesgebiet und
dem benachbarten Ausland.

Lassen Sie sich von uns beraten!

- Bereitstellung modernster Technik
und Kommunikationssysteme
- Drucksachen, Herstellung
und Versand
- Rahmenprogramm
- PR unterstützende Aktivitäten



Hansisches Verlagskontor

**SCHMIDT
RÖMHILD**

Kongressgesellschaft mbH

Mengstraße 16 · 23552 Lübeck · Tel. 04 51/70 31-2 05 · Fax. 04 51/70 31-2 14
e-Mail: kongresse@schmidt-roemhild.com · www.schmidt-roemhild.de

Wir gratulieren zum Geburtstag im April 2010

65. Geburtstag

Herrn Dr. med. Jani *Simkoputra*, Jakarta Barat, am 03.04.
 Frau Dr. med. Margarete *Steinhoff*, Unterschleißheim, am 03.04.
 Herrn Wolfgang *Schmidts*, Villingen-Schwenningen, am 05.04.
 Frau Dr. med. Barbara *von Kries*, Ahrensburg, am 07.04.
 Frau Dr. med. Hannelore *Siegle-Joos*, Gundelfingen, am 07.04.
 Frau Dr. med. Aniko *Pfeifer*, Naumburg, am 08.04.
 Frau Dr. med. Irmtraud *Limbach*, Riesa, am 09.04.
 Herrn Dr. med. Hans-P. *Müller*, Lübeck, am 09.04.
 Herrn Dr. med. H.-G. *Zöberlein*, Melsungen, am 10.04.
 Herrn Dr. med. Harald *Rönitz*, Frankfurt/Oder, am 16.04.
 Frau Dipl.-Med. Renate *Greupner*, Rostock, am 18.04.
 Herrn Dr. med. Friedemann Alfred *Puls*, Friedrichshafen, am 19.04.
 Frau Karin *Haase*, Eisenhüttenstadt, am 20.04.
 Herrn Dr. med. Wolfgang *Storm*, Paderborn, am 20.04.
 Frau Dr. med. Ursula *Augener*, Hamburg, am 22.04.

70. Geburtstag

Herrn Dr. med. Frank-Reiner *Grosse*, Osterholz-Scharmbeck, am 03.04.
 Frau Dr. med. Hedy *Greiner*, Hamburg, am 11.04.
 Herrn Peter *Jäckel*, Wolfsburg, am 11.04.
 Frau Dr. med. Marianne *Edelmann*, Freiberg, am 14.04.
 Frau SR Ingrid Kluge, Berlin, am 15.04.
 Frau Dr. med. Barbara König, Konradsreuth, am 15.04.
 Herrn Dr. med. Michael Mertner, Münster, am 18.04.
 Frau Dr. med. Ursula Wacker, Schwäbisch Gmünd, am 19.04.
 Frau Dr. med. Marianne Pohlmeier, Bielefeld, am 21.04.
 Frau Dr. med. Gisa Schubert, Cottbus, am 21.04.
 Herrn Dr. med. John-M. Schmidt, Greven, am 26.04.
 Herrn Dr. med. Wolfgang Schöntag, Kronach, am 26.04.

Herrn Dr. med. Peter-Caspar *Altfeld*, Hannover, am 27.04.
 Frau Dr. med. Barbara *Böhme*, Dresden, am 28.04.
 Herrn Dr. med. Guntram *Salzer*, Regensburg, am 30.04.
 Herrn Dietfried *Ullsperger*, Schorndorf, am 30.04.

75. Geburtstag

Frau Dr. med. Türkan *Schmieders*, Geilenkirchen, am 01.04.
 Herrn Prof. Dr. med. Kurt *Baerlocher*, St. Gallen, am 02.04.
 Frau Dr. med. Karin *Lembeke*, Berlin, am 03.04.
 Herrn Dr. med. Gernot *Büttner*, Koblenz, am 05.04.
 Herrn Dr. med. Horst *Meyer*, Berlin, am 07.04.
 Herrn Priv.Do. Dr. Heinz G. *Terheggen*, Köln, am 10.04.
 Herrn Prof. Dr. med. Eberhard *Straub*, Königstein, am 12.04.
 Frau Theda *Nehring*, Syke, am 14.04.
 Frau Dr. med. Magdalena *Kießling*, Berlin, am 17.04.
 Frau Dr. med. Ursula-Ruth *Bauch*, Chemnitz, am 19.04.
 Frau Dr. med. Anke *Althaus*, Schrecksbach, am 22.04.
 Frau Dr. med. Wanda *Müller*, Schlotheim, am 24.04.
 Herrn Dr. med. Hovsep *Sarkissian*, Landau, am 28.04.
 Frau Dr. med. Rodica *Draia*, Duisburg, am 29.04.
 Herrn Dr. med. Hans-Gernot *Bohlmann*, Mönchengladbach, am 30.04.

80. Geburtstag

Herrn Dr. med. Faruk Ömer *Erdem*, Izmir, am 01.04.
 Frau Dr. med. Gisela *Feldheim*, Kronshagen, am 21.04.

82. Geburtstag

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

83. Geburtstag

Frau Dr. med. Sigrid *Schönbohm*, Königswinter, am 02.04.
 Herrn Dr. med. Rudolf *Schlanstedt*, Goslar, am 06.04.
 Frau Dr. med. Marlis *Gleichauf-Dauber*, Mainz, am 16.04.

84. Geburtstag

Herrn Prof. Dr. Dr. med. Johannes *Meinhardt*, Petersberg, am 02.04.
 Herrn Dr. med. Bertold *Klüser*, Köln, am 04.04.

85. Geburtstag

Frau Dr. med. Irmgard *Hoffmann-Kraft*, Neu-Ulm, am 04.04.

86. Geburtstag

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

87. Geburtstag

Frau Dr. med. Lieselotte *Wolde*, Olpe, am 05.04.
 Herrn Dr. med. Edward *Jung*, Mölln, am 07.04.
 Frau Dr. med. Käthe *Kleine*, Paderborn, am 16.04.
 Frau Dr. med. Maria *Ott*, Allensbach, am 24.04.

88. Geburtstag

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

90. Geburtstag

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

92. Geburtstag

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

93. Geburtstag

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

95. Geburtstag

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

96. Geburtstag

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

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

100. Geburtstag

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

Als neue Mitglieder begrüßen wir

Ausland

Frau Dr. med. Fatimah Saehrendt
Frau Dr. med. Evelyn Manfreda

Landesverband Baden-Württemberg

Frau Dr. med. Evelyn Kant
Herrn Dr. med. Tilo Sauter
Frau Julia Silvia Schäfer
Herrn Dr. med. Jochen Riedel
Frau Julia Junne
Frau PD Dr. med. Andrea Heinzmann
Frau Dr. med. Anita Patel
Frau Dr. med. Rahel Schuler
Frau Sara Rosendahl
Frau Dr. med. Sabine Pfister
Frau Ulla Schneider
Frau Dr. med. Carola Gärttner
Herrn Omar Abubaerah
Frau Dr. med. Elisabeth Walker
Frau Katharina Aufenanger
Herrn Dr. med. Marcus Handel

Landesverband Bayern

Frau Lena Hölzer
Herrn Dr. med. Tim Schmitz
Frau Dr. med. Maike Nordmann
Frau Dr. med. Jutta Hüfner
Frau Dr. med. Marion Eckert
Frau Dr. med. Ursula Bienengraber
Frau Annette Saver
Frau Anja Hanser
Frau Uta Tielker
Frau Dr. med. Katharina Henrich
Herrn Dr. med. Martin Falke
Frau Dr. med. Benedikta Huber-Lederer
Herrn Dr. med. Markus Gauer
Frau Dr. med. Martina Stein
Frau Dr. med. Evelyn Waldner
Frau Nadine Geda
Frau Stefanie Fiedler
Frau Dr. med. Andrea-Silvia Nemet
Herrn Johannes Hilberath
Frau Dr. med. Isabella Spormann
Frau Dr. med. Michaela Tröger
Herrn Dr. med. Peter Schlemmer
Herrn Dr. med. Roland Schmid
Frau Dr. med. Sophia Ross
Frau Dr. med. Maria Laura Dagna
Frau Veronika Eigner
Frau Julia Klein
Frau Dr. med. Samiera Amawi
Frau Dr. med. Ulrike Wahl

Wir trauern um:

Frau Dr. med. Hildegard Classen,
Eching
Frau Dr. med. Ingrid Petri, Sinsheim

Landesverband Berlin

Frau Dr. med. Julia Janin Krüger
Frau Dr. med. Beatrix Schneeweiß
Frau Janna Buchenau
Frau Dr. med. Ute Kloß
Frau Dr. med. Ellen Dellbrügger
Herrn Sven Chlench
Frau Philis Wedde

Landesverband Brandenburg

Frau Marleen Mudrach
Herrn Dr. med. Peter Kroschwald
Frau Dr. med. Uta Neitzke
Herrn Dr. med. Klaus Goldhahn
Frau Alexandra Röhrich

Landesverband Bremen

Herrn Jan-Ole Gehrman

Landesverband Hamburg

Frau Gabriela de Almeida Sedas
Herrn Dr. med. Nils Lück
Frau Svenia Willmann
Frau Sarah Teichmüller

Landesverband Hessen

Frau Dr. med. Ulrike Reimold
Frau Fatima Atiye
Frau Dr. med. Juliane Siewert
Frau Dr. med. Marin Eggers
Frau Elisabeth Koy
Herrn Valentin J. Geduldig
Frau Simone Engel

Landesverband Mecklenburg-Vorpommern

Herrn Dr. med. Eric Anders

Landesverband Niedersachsen

Herrn Dr. med. Wilhelm Kampmann
Herrn Cengiz Senol
Frau Nicole Rüdiger
Frau Dr. med. Meike-Tabea Curdt
Frau Dr. med. Theresa Harbauer
Herrn Dr. med. Elmar Klusmeier
Frau Dr. med. Julia Schiller
Frau Dr. med. Anne Billmann

Landesverband Nordrhein

Frau Melanie Wandelski
Herrn Markus Linke
Frau Farina Morgenroth
Herrn Klaus Rechenberger
Frau Elisabeth Roeling
Frau Stefanie Hardt
Herrn Dr. med. Peter Seiffert
Frau Gabriele Schlebusch

Herrn Viktor E.A. Schippmann
Frau A. Christine Breull-Raue
Herrn Dr. med. Martin Elsner
Herrn Dr. med. Olaf Mennicken
Frau Katrin Emmerich
Frau Julia May
Frau Dr. med. Anette Honskamp
Herrn Carsten Müller
Frau Anja Riebe
Frau Dr. med. Ulrike Lüdtke
Frau Anna Kucharozky
Herrn Ilker Zafer

Landesverband Rheinland-Pfalz

Herrn Dr. med. Thomas Fabian
Frau Dr. med. Irina Köth
Frau Dr. med. Antje Münkler
Frau Dr. med. Katharina Lücke
Frau Dr. med. Gülsah Ergül
Frau Dr. med. Anne Hävecker
Frau Annika Jung
Frau Jessica Franz
Frau Dr. med. Christine Tertilt

Landesverband Sachsen

Frau Simone Bernerth
Frau Dipl.-Med. Kathrin Baumann
Herrn Michael Pommerenke
Frau Julia Cäcilia Lamm
Frau Franziska Wurlitzer
Frau Dr. med. univ. Barbara Hausn-Frick
Herrn MU Dr. Miroslav Prochazka
Frau Anne Mehlberg
Herrn Martin Knappe

Landesverband Sachsen-Anhalt

Frau Babett Wismann
Herrn Dr. med. Daniel Windschall

Landesverband Schleswig-Holstein

Frau Dr. med. Imme Klüver
Frau Nicole Frank
Frau Beate Schadwinkel

Landesverband Thüringen

Frau Dr. med. Hanna Rudloff
Frau Simone Müller
Frau Yvonne Bauer
Frau Adrienn Kovacs
Frau Veronika Pup
Frau Dr. med. Alexandra Sandulesan

Landesverband Westfalen-Lippe

Herrn Philipp Ostendorf
Frau Dr. med. Amrei Bartels
Herrn Dr. med. Shadi Isa
Frau Dr. med. Leonie Podszuk
Frau Julia Herbst
Herrn Hendrik Staender
Frau Özlem Dessin Dagdeviren
Herrn Dr. med. Christian Wiemann
Frau Johanna Dietl

Influenza im Kindesalter

**Die Risiken einer Influenza-Infektion bei Kindern werden noch immer unterschätzt
Die Erkrankung verläuft bei Kindern mit einer überproportionalen Krankheitschwere und -häufigkeit**

Eine Influenza-Infektion stellt bei vielen Kindern eine schwerwiegende, therapiebedürftige Erkrankung dar. Kinder erkranken während der jährlichen, saisonalen Influenza-Epidemie oft als Erste. Sie infizieren als Indexpatienten im weiteren Verlauf ihre Geschwister und Eltern und stellen somit einen Multiplikator für die Ausbreitung der Erkrankung dar.

Aktuelle epidemiologische Situation

Nach Angaben des Robert Koch-Instituts (RKI) werden in Deutschland derzeit fast ausschließlich Viren des Typs A (H1N1) „Neue Influenza“ nachgewiesen (Stand: Feb. 2010). In der Altersgruppe der 5 bis 19-jährigen traten die meisten Infektionen mit H1N1 (Neue Influenza) auf. Die Mehrzahl (70 %) der Patienten, die aufgrund einer A (H1N1)-Infektion stationär aufgenommen wurden, ist jünger als 24 Jahre. 9 % der Hospitalisierungen betreffen die Altersgruppe < 5 Jahren. Damit unterscheiden sich die von der Neuen Influenza betroffenen Altersgruppen entscheidend von denjenigen, die typischerweise von der saisonalen Influenza betroffen sind.¹

In Deutschland betrafen während der ersten Pandemiephase 17 % (37/216) der Neue Influenza A (H1N1)-assoziierten Todesfälle Kinder unter 14 Jahren (Robert Koch-Institut, Stand bis zum 31.01.2010). Bei fünf der verstorbenen Kinder lagen Hinweise auf eine Grunderkrankung vor.

Krankheitsverlauf bei Kindern und Kleinkindern

Der Krankheitsverlauf und das Krankheitsspektrum einer Influenza unterscheiden sich je nach Lebensalter ganz wesentlich vom Bild beim Erwachsenen. Neben dem plötzlichen Krankheitsbeginn und hohem Fieber (über zwei bis vier Tage) tritt häufig initial ein Angstgefühl auf, das sich in einer plötzlichen Niedergeschlagenheit und Hilfsbedürftigkeit äußert. Kleinkinder neigen zu Fieberkrämpfen und Schläfrigkeit, die als Dämmerzustand ausgeprägt sein können. Bei bis zu 40 % der Kinder fallen gastrointestinale Symptome auf.

Ein Krankheitsverdacht besteht gemäß den derzeitigen Empfehlungen des RKI bei Vorliegen von Fieber (>38,0°C, bei Kindern >38,5°C) und Husten, wenn die Symptome nicht durch eine andere Ursache hinreichend erklärt sind.

Die Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie e.V. (DGPI) empfiehlt für die folgenden Patientengruppen eine erregerspezifische Diagnostik (PCR) und eine antivirale Behandlung, sofern Symptome vorliegen, die einen Krankheitsverdacht begründen (Stand: 9.11.2009):² Säuglinge, Klein- und Schulkinder sowie Jugendliche

- mit hospitalisationspflichtiger, schwerer Erkrankung,
- mit der Diagnose einer schweren unteren Atemwegsinfektion (z.B. Pneumonie),
- mit schwerer Erkrankung, die außer dem Respirationstrakt noch andere Organsysteme betrifft (z.B. Myokarditis, Enzephalitis, Rhabdomyolyse),
- mit nach Einschätzung des Arztes relevant erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens wie zum Beispiel derzeit behandlungsbedürftige chronische Lungen- (einschließlich Asthma bronchiale) oder Herz-Kreislauf-Krankheiten etc.,

- unter nach Einschätzung des Arztes relevanter immunsuppressiver Therapie,
- die an einer Immunschwäche leiden (z.B. angeborener Immundefekt, HIV-infizierte, Stammzelltransplantations-Patienten).

Abrechnung und Kennzeichnung von A/H1N1-Infektionsfällen

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) gab bekannt, dass alle ärztlichen Leistungen, die im Zusammenhang mit der Behandlung von H1N1-Patienten erbracht wurden, mit der speziell aufgerufenen Pseudoziffer 88200 gekennzeichnet und abgerechnet werden. Diese Leistungen sind außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung berechnungsfähig. Die Kennzeichnung kann aufgrund der klinischen Diagnose erfolgen. Der Virusnachweis muss nicht durch eine PCR bestätigt werden.³

Antivirale Therapie

Die Neuraminidasehemmer Oseltamivir (Tamiflu®) und Zanamivir (Relenza®) sind gegen das pandemische Influenzavirus A (H1N1) wirksam – das bestätigen die WHO und die US-amerikanischen CDC.^{4,5}



Kinder kommen sich beim Spiel sehr nah, Spielzeug wandert schnell von einer Hand in die andere. Ideale Voraussetzungen für die Verbreitung von Influenzaviren

Die optimale Wirkung wird erreicht, wenn die Therapie innerhalb der ersten 48 Stunden nach Auftreten der ersten Krankheitszeichen beginnt. Bei schweren Verläufen und/oder Risikopatienten kann es sinnvoll sein, mit der Therapie nach Ablauf von 48 Stunden zu beginnen.^{6,7}

Oseltamivir reduziert bei Kindern die Schwere der Erkrankung um 30 %, wenn es innerhalb der ersten 48 Stunden nach Auftreten der ersten Symptome gegeben wird. Die Inzidenz von Sekundärinfektionen des Ohres und der Atemwege kann um 40 % gesenkt werden. Der Antibiotika-Einsatz kann um fast 25% reduziert werden.⁸

Oseltamivir ist für Kinder ab dem 1. Lebensjahr zur Behandlung und Prophylaxe zugelassen – im Pandemiefall auch zur Therapie und Postexpositionsprophylaxe bei Kindern unter einem Jahr.

Für Kinder bis 12 Jahren stehen neben der Suspension, Kapseln mit 30 mg und 45 mg zur Verfügung (Kapseln zu 75 mg für

Jugendliche ab 13 Jahren und Erwachsene). Falls die Suspension kurzzeitig nicht verfügbar sein sollte, können die Kapseln geöffnet und deren Inhalt zu einer geeigneten Menge (maximal 1 Teelöffel) eines gesüßten Nahrungsmittels gegeben werden, um den bitteren Geschmack zu überdecken. Die Herstellungsvorschriften sind in der Fachinformation bzw. Packungsbeilage zu finden.

Die Grippe wird maßgeblich von Kindern verbreitet. Frühdiagnose und Therapie können zur Eindämmung von Epidemien beitragen. Neuraminidase-Hemmer, wie z.B. Tamiflu®, verkürzen die Dauer der Grippe bei Kindern und Erwachsenen, wenn sie frühzeitig angewendet werden.

Quellen:

1 Epidemiologisches Bulletin Nr. 50/2009 (14. Dezember 2009)

2 http://www.rki.de/clin_160/nn_200120/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/IPV/DGPI_AN1H1_Diagnostik,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/DGPI_AN1H1_Diagnostik.pdf

3 http://www.labmed.de/de/uploads/labmed_aktuelles/091105kbvrs_d3_180_2009_kostenabrechnung_schweinegrippe.pdf

4 WHO: Antiviral drugs and pandemic (H1N1) 2009 – Antiviral drugs: definitions and treatment applications. 6. Oktober 2009. http://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/swineflu_faqs_antivirals/en/index2.html (aufgerufen: 10. Dezember 2009).

5 CDC: Updated Interim Recommendations for the Use of Antiviral Medications in the Treatment and Prevention of Influenza for the 2009-2010 Season – 7. Dezember 2009. <http://www.cdc.gov/H1N1flu/recommendations.htm> (aufgerufen: 10. Dezember 2009).

6 Harper SA et al. Seasonal influenza in adults and children—diagnosis, treatment, chemoprophylaxis, and institutional outbreak management: clinical practice guidelines of the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases* 2009 Apr 15;48(8):1003-1032.

7 McGeer A et al. Antiviral therapy and outcomes of influenza requiring hospitalization in Ontario, Canada. *Clinical Infectious Diseases* 2007 Dec 15;45(12):1568-1575.

8 Whitley RJ et al. Oral oseltamivir treatment of influenza in children. *Pediatr Infect Dis J* 2001; 20:127-33

Nach Informationen der Roche Pharma AG

Qualitätsmanagement praktizieren (Teil 6)

Durchimpfung bei Jugendlichen steigern – visualisierte Impfpläne überzeugen im Gespräch

Jugendliche für Impfmaßnahmen zu gewinnen, ist nicht einfach. Eine aktive Information über fehlenden Schutz sollte leicht verständlich und optisch einprägsam sein. Individualisierte Informationsblätter helfen im Gespräch Impfplänen zu visualisieren. Die **BergApotheke** begleitet die Einführung elektronischer Impfororganisation mit individuellen Praxis-Schulungen.

Jugendliche zeigen noch immer deutliche Impfplücken. Besonders die Impfraten gegen HPV sind rückläufig. Während die Impfung nach der STIKO-Empfehlung gut angenommen wurde, ist die Durchimpfungsrate der 12- bis 17-Jährigen Mädchen in 2009 bereits auf 32% gesunken. Aktives Screening noch nicht (vollständig) geimpfter Mädchen, gekoppelt mit individuellen Recalls, kann die Quote steigern und Gebärmutterhalskrebs vorbeugen.

Handlungsbedarf besteht auch bei den Auffrischimpfungen gegen Pertussis. Hier zeigt sich, dass fast 80% der 11- bis 17-Jährigen keinen ausreichenden Impfschutz haben.

Ein weiteres Beispiel ist die Impfung gegen Meningokokken C: empfohlen von der STIKO für alle Kinder im 2. Lebensjahr zum frühesten Zeitpunkt und als Nachholimpfung für Jugendliche bis 18 Jahre. Doch die Quote liegt bei letzteren deutlich unter 50%.

Nun gilt es, die Jugendlichen für die Bedeutung eines vollständigen Impfschutzes zu sensibilisieren. Der elektronische Impfpfänger *Impf-doc* kann dabei als Leitsystem dienen, denn die Ampelfunktion zeigt den Status für jede Impfung an – verknüpft mit Alter, Diagnose und den Gefährdungsgrößen des Patienten. Auf einen Blick erfahren Arzt und Praxispersonal, über welche Impfungen zu informieren ist und welche Besonderheiten es zu berücksichtigen gilt.

Impfung	Letzte Impfung	Besonderheiten	Nächste Impfung	Impfstatus
Tetanus	20.08.02 - neu			aktuell
Diphtherie	20.08.02 - neu			aktuell
Polio	20.08.02 - neu			aktuell
Hepatitis B	20.03.97 - neu			aktuell
Hib	20.03.97 - neu			aktuell
Pertussis	20.03.97 - neu			aktuell
Masern	15.10.97 - postal			aktuell
Mumps	15.10.97 - postal			aktuell
Röteln	15.10.97 - postal			aktuell
Meningokokk				aktuell
Varizellen	15.10.97 - postal			aktuell
HPV	10.10.09 - gerade			aktuell

Impf-doc: die „Ampel“ zeigt den Status jeder Impfung an

Weitere Funktionalitäten von *Impf-doc* stellen die TÜV-geprüften Außendienstmitarbeiter der **BergApotheke** im Rahmen von Schulungen zum EDV-gestützten Qualitätsmanagement vor.

Nina Passoth

BergApotheke Tecklenburg

Tel. 0800/184 53 90 • Fax 0800/184 53 91 • impfservice@berg-apotheke.de

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. med. Wolfram Hartmann

Tel.: 02732/762900

E-Mail: dr.wolfram.hartmann@uminfo.de

Vizepräsident des BVKJ e.V.

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

Tel.: 08671/5091247

E-Mail: e.weindl@KrK-aoe.de

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Ulrich Fegeler

Tel.: 030/3626041

E-Mail: ul.fe@t-online.de

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Roland Ulmer

E-Mail: dr.roland.ulmer@onlinemed.de

Sie finden die Kontaktdaten sämtlicher Funktionsträger des BVKJ unter www.kinderaerzte-im-Netz.de und dort in der Rubrik „Berufsverband“.

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Hauptgeschäftsführer: Dipl.-Kfm. Stephan Eßer

Tel.: 030/28047510, Tfx.: 0221/683204
stephan.esser@uminfo.de

Geschäftsführerin: Christel Schierbaum

Mielenforster Str. 2, 50169 Köln
Tel.: 0221/68909-14, Tfx.: 0221/68909-78
christel.schierbaum@uminfo.de

Mitgliederverwaltung

Leiterin der Verwaltungsabteilung: Doris Schomburg

E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

Kongressabteilung

Kongresse des BVKJ

Leiterin der Kongressabteilung: Christel Schierbaum

Tel.: 0221/68909-0, Tfx.: 0221/683204

E-Mail: bvkj.kongress@uminfo.de

www.kongress.bvkj.de

Tel.: 0221/68909-15/16, Tfx.: 0221/68909-78

BVKJ Service GmbH

Geschäftsführer: Herr Klaus Lüft

Mielenforster Str. 2, 50169 Köln

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Ansprechpartnerin in Geschäftsstelle:

Frau Ursula Horst

Tel.: 0221/68909-18, Tfx.: 0221/683204

E-Mail: Uschi.horst@uminfo.de

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Christen

E-Mail: Christen@HKA.de

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

E-Mail: p.hoeger@kkh-willhelmstift.de

Prof. Dr. med. Frank Riedel

E-Mail: f.riedel@uke.uni-hamburg.de

Dr. med. Wolfgang Gempp

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

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Sonstige Links

Kinder- und Jugendarzt

www.kinder-undjugendarzt.de

Kinderärzte im Netz

www.kinderaerzte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Pädiatisches Intranet PädInform

www.kinderumwelt.de/kontakt.htm