

bvkJ.

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

Heft 03/13 · 44. (62.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Forum:

Weibliche Beschneidung – auch
Mädchen in Deutschland bedroht,
Teil 1

Fortbildung:

Ernährung des
behinderten
Kindes

Berufsfragen:

Mehr Geld
für Pädiater?

Magazin:

Serie: Wie
geht es der Familie?
Familienfreundlichkeit
im europäischen Vergleich

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT

bvkJ.



Serie: Wie geht es der Familie?

Familienfreundlichkeit im europäischen Vergleich: von den Finnen lernen

S. 118

Inhalt 3/13

Redakteure: Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Hannover, Prof. Dr. Frank Riedel, Hamburg, Dr. Christoph Kupferschmid, Ulm, Regine Hauch, Düsseldorf

Forum

- 73 Mitgliederbefragung im BVKJ
Nikolaus Weissenrieder
- 74 Weibliche Beschneidung – auch ein Thema für die Pädiatrie (Teil 1)
Nikolaus Weissenrieder
- 78 Das Pferd von hinten aufzäumen
Matthias Brockstedt
- 79 Endlich Facharzt – und was jetzt?
Johanna Treutwein
- 80 Vermischtes
- 82 Mütter mit geringer Bildung haben häufiger ungesunde Kinder
Regine Hauch
- 83 European Congress in Primary Care Paediatrics in Tel Aviv
Gottfried Huss
- 84 Schreibabys: Beziehung und Beratung helfen
Christoph Kupferschmid
- 86 Vermischtes

Fortbildung

- 89 Highlights aus Bad Orb: Ernährung des behinderten Kindes
Anjona Schmidt-Choudhury
- 96 Therapie und Prophylaxe der primären bakteriellen Meningitis – eine medizinische Erfolgsgeschichte
Helmut Helwig
- 103 Welche Diagnose wird gestellt?
Julia Grothaus
- 104 Impressum
- 107 Review aus englischsprachigen Zeitschriften
- 110 Consilium Infectiorum: Besiedlung von Inhalationsmundstücken durch Schimmelpilze
P. Ahrens

Berufsfragen

- 112 Pädiatrische Probleme bei der Umsetzung des Honorarbeschlusses 2013
Roland Ulmer
- 114 Neues Präventionsgesetz – Ein richtiger und verbesserungswürdiger Weg
Christoph Kupferschmid
- 117 Datenschutzbeauftragter in der Arztpraxis
Kyrill Makoski

Magazin

- 118 Serie: Wie geht es der Familie? – Familienfreundlichkeit im europäischen Vergleich
Axel Plünnecke
- 120 Praxistafel
- 122 Fortbildungstermine BVKJ
- 123 Sonstige Tagungen und Seminare
- 124 Buchtipp
- 125 Die Welt der Kinder im Blick der Maler
Peter Scharfe
- 126 Personalie
- 128 Nachrichten der Industrie
- 134 Wichtige Adressen des BVKJ

Beilagenhinweis:

Als Beilage liegt dieser Ausgabe das Programmheft des 43. Kinder- und Jugendärztetages in Berlin bei.

Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

NEU – NEU

Mitgliederbefragung im BVKJ

Der Vorstand des BVKJ hat beschlossen, dass zum ersten Mal in der Geschichte des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte eine schriftliche Mitgliederbefragung durchgeführt wird. Die Befragung erfolgt in Zusammenarbeit mit Herrn Dr. Otto von der Kinderumwelt GmbH, der Ihnen aus PädInform bereits gut bekannt ist. In der Woche vom 25.–29. März 2013 wird Ihnen die Befragung an die uns vorliegende E-Mail-Adresse zugestellt. Bitte klicken Sie den bereitgestellten Link an und beantworten Sie unsere Fragen. Wenn Sie bis zum 29. März 2013 keine E-Mail des BVKJ erhalten haben, möchten wir Sie bitten, eine kurze E-Mail an info@uminfo.de zu senden. Wir werden Ihnen dann kurzfristig einen Link zu unserer Mitgliederbefragung schicken.

Wir möchten Sie bitten, die Mitgliederbefragung schnell zu beantworten. Die Mitarbeit lohnt sich für Sie! Jeder 100ste Antwortter erhält als Anerkennung für seine Mühen einen hochwertigen Buchpreis! Die Befragung wird am 12. April 2013 abgeschlossen.

Selbstverständlich können Sie die Befragung anonym durchführen, verzichten dabei aber auf die Gewinnchance.

Warum brauchen wir eine Mitgliederbefragung? Um wichtige Impulse für die Ausgestaltung der weiteren Arbeit zu erhalten, möchten wir die Einschätzung aller unserer Mitglieder erheben, um auch in der Zukunft den Wünschen, Anforderungen und Vorstellungen unserer Basis gerecht zu werden. Mit Ihren Antworten werden wir die aktuellen Fragen kompeten-

ter beantworten und unsere Serviceleistungen Ihren Anforderungen anpassen können. Die Fragen beziehen sich auf unterschiedliche Themenbereiche wie z.B.:

- Wird die Arbeit des BVKJ aus Sicht der Mitglieder den Bedürfnissen des Faches Kinder- und Jugendmedizin gerecht?
- Wie bewerten die Mitglieder die Informationsangebote des BVKJ?
- Wie werden das gesundheitspolitische und das medizinisch-wissenschaftliche Engagement unserer Berufsverbandes bewertet?
- Welche neuen Ziele sollte sich der BVKJ in Zukunft stellen und welche zusätzlichen Leistungen und Angebote werden für die Zukunft gewünscht?
- Wie bewerten Sie die Arbeit der gewählten Funktionsträger wie Präsident, Vorstand, Landesverband, Delegierte usw.?

Wir möchten Sie herzlich bitten, an der Mitgliederbefragung teilzunehmen und die Zukunft unseres Verbandes aktiv mitzugestalten. Nach Abschluss der Mitgliederbefragung werden wir die Ergebnisse im Kinder- und Jugendarzt und in unseren Internetforen veröffentlichen.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Nikolaus Weissenrieder

für die Planungsgruppe Mitgliederbefragung

Internationaler Tag des krebserkrankten Kindes: Früherkennung verbessert Heilungschancen

Symptome, die bei Kindern auf eine Krebserkrankung deuten, werden oft nicht ernst genug genommen. Dadurch werden nach Einschätzung von Kinderonkologen Chancen vertan, die zu einer schnelleren Heilung führen können. Darauf hat die Deutsche Kinderkrebsstiftung anlässlich des Internationalen Tags des krebserkrankten Kindes am 15. Februar hingewiesen. Der Tag steht in Deutschland unter dem Motto „Früherkennung verbessert Heilungschancen“.

Obwohl viele Symptome, die auf eine Tumorerkrankung hindeuten können, auch bei anderen und weitaus harmloseren Krankheiten auftreten, sei es ratsam,

Rat in einem Kinderkrebszentrum zu holen, wenn sie über einen längeren Zeitraum beobachtet würden.

Der Internationale Kinderkrebstag wurde 2001 von der ICCCPPO ausgerufen. Sie ist ein weltweites Netzwerk von Eltern mit krebserkrankten Kindern. Nach ICCCPPO-Angaben erkranken weltweit jedes Jahr etwa 250.000 Kinder an Krebs; in Deutschland sind es rund 2.000. In den westlichen Ländern werden zurzeit acht von zehn Kindern geheilt. In den unterentwickelten Ländern sind die Chancen auf Grund des Mangels an Medikamenten, Einrichtungen, Informationen und ausgebildetem Personal deutlich schlechter.

Die ICCCPPO, repräsentiert zurzeit 158 Elterngruppen krebserkrankter Kinder in 82 Ländern. Sie setzt sich dafür ein, dass alle krebserkrankten Kinder unabhängig vom Ort der Erkrankung Zugang zu ausreichender Behandlung bekommen. In Deutschland ist sie durch den Dachverband „Deutsche Leukämie-Forschungshilfe – Aktion für krebserkrankte Kinder“ (DLFH) beziehungsweise durch dessen Stiftung „Deutsche Kinderkrebsstiftung“ vertreten.

Quelle: www.kinderkrebsstiftung.de

Kup

Weibliche Beschneidung – auch ein Thema für die Pädiatrie

Teil 1



Dr. med. Nikolaus Weissenrieder

FGM (Female genital Mutilation) ist im Gegensatz zur Beschneidung bei Jungen in der deutschen Kinderheilkunde und Jugendmedizin bisher wenig thematisiert worden. Auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin in Hamburg 2012 fand ein Workshop zu diesem Thema statt. FGM umfasst alle Verfahren, die eine teilweise oder vollständige Entfernung der weiblichen äußeren Genitalien oder deren Verletzung zum Ziel haben, sei es aus kulturellen oder anderen nichttherapeutischen Gründen.

Eine Jahrtausende alte Praxis

Die Anfänge der weiblichen Beschneidung liegen Tausende Jahre zurück. Die Ägypter glaubten 3000 vor Christus, dass die Menschen eine „unreine Doppelgeschlechtlichkeit“ hätten und die männliche Vorhaut ein Teil der Frau und umgekehrt die weibliche Klitoris ein Teil des Mannes sei. Die Reinheit des einzelnen Geschlechts könne nur durch Entfernen der unreinen Körperteile hergestellt werden. Dieser Brauch der Ägypter wurde durch die Moslems aufgegriffen. Die Mehrheit der Muslime, die Beschneidung praktizieren, gehen davon aus, dass ihre Religion eine weibliche Beschneidung erwartet. Im Koran wird die Beschneidung von Frauen nicht erwähnt und ist in den heiligen Städten wie Mekka oder Medina sowie in anderen muslimischen Ländern völlig unbekannt. In einigen Aussprüchen (Hadithe), die dem Propheten Mohammed zugeschrieben werden, wird die sogenannte leichte Beschneidung erwähnt. Dabei wird der äußerlich sichtbare Teil des Präputiums clitoridis entfernt. Die Exzision von Klitoris, Labia minora oder majora sowie die Infibulation werden nicht erwähnt. Auf diese Aussprüche beziehen sich die Rechtsschulen des Islam (Sunniten, Schafiten, Hanafiten, Malakiten), die eine Beschneidung zumindest für ehrenhaft, als empfehlenswert oder sogar als Pflicht ansehen.

In Europa wurde bereits in der Antike die Beschneidung von Frauen

erwähnt und dokumentiert. Schon damals wurde sie als „Behandlung“ gegen Nymphomanie eingesetzt, wie die Zirkumzision bei Männern gegen Masturbation. Noch bis weit in das 19. Jahrhundert wurden deswegen unterschiedliche Formen von FGM praktiziert.

Bis Anfang der 1990er Jahre war im Westen nahezu unbekannt, dass Genitalbeschneidungen bei Frauen in Afrika eine weitverbreitete Tradition ist. Dies ändert sich durch Berichterstattung der Medien sowie zahlreiche Bücher, wie die Autobiographie „Wüstenblume“ von Waris Dirie (1998).

Definition von FGM

In jedem Fall bedeutet FGM das Beschneiden, Zusammenheften oder Entfernen eines Teiles oder aller äußeren weiblichen Genitalorgane ohne medizinische Indikation. Die

jüngste Klassifizierung durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO 2008) unterscheidet vier Typen von FGM.

Die Infibulation umfasst die Entfernung der großen und kleinen Labien und der Klitoris. Die äußeren Wundränder werden anschließend mit Dornen oder anderem lokalen Material zusammengefügt, so dass nach Abheilung eine glatte, vernarbte Hautplatte die Vagina bis auf eine winzige Öffnung (meist dorsal) verschließt.

In den Ländern, die FGM praktizieren, gibt es viele lokale Variationen. In ländlichen Gebieten wird die Prozedur entsprechend der jeweils übernommenen Tradition der Vorfahren ausgeführt. Die Typen I und II sind am weitesten verbreitet. Weltweit sind etwa 80% der genital verstümmelten Frauen in diesem Sinne beschnitten. Zum Typ III gehören ca.

Typ I	Teilweise oder vollständige Entfernung der Klitoris und/oder der Klitorisvorhaut (Klitoridektomie)
Typ II	Teilweise oder Entfernung der Klitoris und der kleinen Schamlippen, mit oder ohne Entfernung der großen Schamlippen (Ekzision)
Typ III	Verengung der vaginalen Öffnung mit Herstellung eines bedeckenden, narbigen Hautverschlusses nach Entfernen der kleinen und/oder großen Schamlippen durch Zusammenheften oder -nähen der Wundränder, meistens mit Entfernung der Klitoris (Infibulation oder „Pharaonische Beschneidung“)
Typ IV	Alle anderen schädlichen Eingriffe in die weiblichen Genitalien ohne medizinische Indikation, zum Beispiel: Stechen, Durchbohren, Schneiden, Ausschaben und Ausbrennen, Verätzen oder Dehnen.

Land	FGM betroffen	% der im Heimatland betroffenen Frauen	Anzahl der Migrantinnen in der BRD	Davon Mädchen unter 15 Jahre insgesamt	Von FGM bedroht Mädchen unter 15 Jahre
Ägypten		97%	2884	613	595
Äthiopien		80%	5583	654	516
Dschibuti		98%	36	3	3
Eritrea		89%	3250	496	441
Gambia		89%	547	92	82
Guinea		99%	603	99	98
Liberia		60%	392	77	46
Mali		92%	194	28	26
Mauretanien		71%	91	18	13
Sierra Leone		95%	833	153	138
Somalia		98%	2674	798	773
Sudan		90%	887	172	155
Togo		50%	4544	1450	725
Gesamt					3611

Tab. 1: Abschätzung der Anzahl von FGM bedrohten Mädchen unter 15 Jahren in der Bundesrepublik

15% aller von FGM betroffenen Frauen. Es gibt jedoch Länder bzw. Landesteile, in denen praktisch alle Mädchen dieser extremsten Form von FGM unterzogen worden sind.

Gefährdung in Deutschland

In Deutschland leben nach Berechnungen von Terre des Femmes (2005) inzwischen annähernd 60.000 Migrantinnen aus Ländern, in denen FGM (noch) praktiziert wird („Prävalenzländer“). Aufgrund der prozentualen Verbreitung (Prävalenz) in diesen Ländern lässt sich errechnen, dass darunter ca. 25–30.000 Mädchen und Frauen von FGM betroffen und mutmaßlich ca. 4000 bis 5000 Mädchen unter 15 Jahren dem Risiko ausgesetzt sind, illegal in Deutschland oder in den Ferien im Heimatland beschnitten zu werden (Tab. 1). Nach Einschätzung des Bundes Deutscher Kriminalbeamter (BDK) gelten sogar zwischen 30.000 und 50.000 minderjährige Mädchen als gefährdet.

Die Prävalenzländer befinden sich vor allem in Afrika, in arabischen und asiatischen Ländern (Abb. 1).

Alter der Kinder

Auf Grund des wachsenden Drucks der internationalen Öffentlichkeit ist heute bereits eine starke Tendenz zu einem immer jüngeren

Beschneidungsalter zu beobachten. Häufig werden schon wenige Tage alte Babys beschnitten. Traditionell gibt es große Unterschiede. Das Alter, in dem die Prozedur vorgenommen wird, variiert je nach Ethnie und ist unterschiedlich von Land zu Land. Sehr häufig sind die Kinder vier bis acht Jahre alt. Bei den Massai wird die Beschneidung mit 15 Jahren oder später durchgeführt, bei einigen Stämmen in Westafrika erst während der ersten Schwangerschaft.

Rechtfertigungen

Die Rechtfertigungen von FGM sind zahlreich und spiegeln die weltanschauliche und historische Situation der Gesellschaften wider, in denen sich diese Praxis entwickelt hat. Vier Bereiche werden als besonders wichtig angesehen: Tradition, Religion, Initiation sowie das Bestreben, die „überschießende weibliche Sexualität“ zu dämpfen. Als weitere Gründe werden die ungleichen Machtverhältnisse und die verinnerlichte Pflichtauffassung der Frauen angeführt, den Anforderungen der Gesellschaft Folge zu leisten. Beschneidung ist auch eine Frage der Familienehre und verleiht das Gefühl, zur Gemeinschaft zu gehören. Sie sichert die Anerkennung im sozialen Zusammenhang (z.B. des Dorfes) und dient der Reinigung und Hygiene.

Komplikationen

Frühkomplikationen sind mitunter hämodynamisch bedeutungsvolle Blutungen bis hin zu Todesfällen oder nachfolgender Anämie. Neben lokalen- können Allgemeininfektion mit Sepsis und Septischem Schock auftreten. Tetanus-, HIV- oder Hepatitiserreger können übertragen werden. Gelegentlich werden Nachbarorgane verletzt, wie Darm-

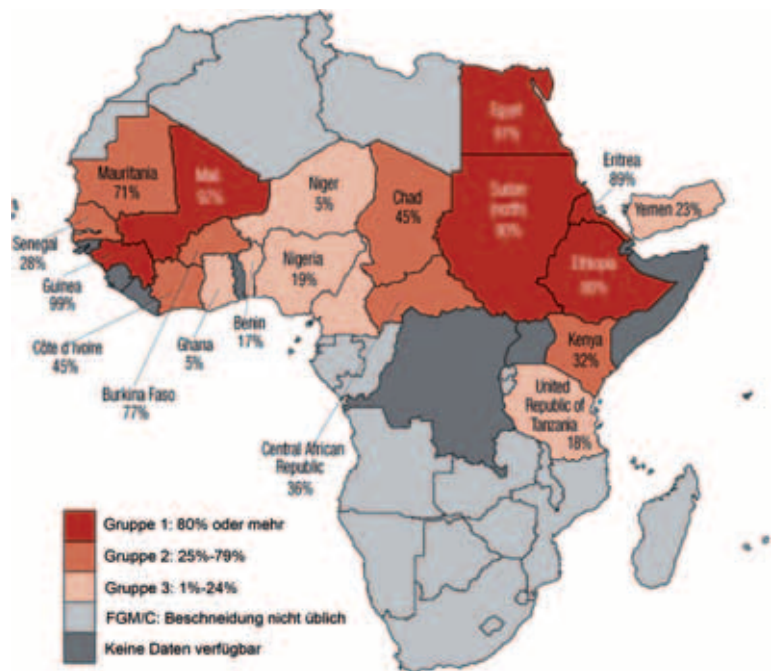


Abb. 1: Anteil beschnittener Frauen in afrikanischen Ländern (nach WHO)

ausgang, Harnröhre, Harnblase oder Vaginalwand. Dies birgt die Gefahr von Fistelbildungen. Als Spätkomplikationen finden sich häufig Inkontinenz, rezidivierende Harnwegsinfekte, erschwerte und behinderte Miktion. Zudem chronische Entzündungen im kleinen Becken, Dysmenorrhoe, Menstrualblutstauungen und Haematokolpos. Nebenwirkungen führen bis hin zu einer primären und sekundären Infertilität oder geburtshilflichen Schwierigkeiten jeglicher Art bis hin zu Totgeburten oder Verblutung der Mutter.

Neben den somatischen Störungen droht eine lebenslange seelische Folgesymptomatik mit Angst, Depressionen, Gefühl von Unvollständigkeit oder vielfältige psychosomatische Erscheinungen. Aus fröhlichen, unbeschwerten Mädchen werden nach diesem Eingriff ernsthafte, mitunter teilnahmslose Kinder. In allen Lebensaltern bedeutet dieses enorme Trauma den Verlust des Urvertrauens gegenüber den Bezugspersonen.

Vielen durch FGM traumatisierten Frauen fehlt die Möglichkeit, ihre Gefühle und Probleme auszudrücken. Dies wird verschärft durch das Tabu, mit dem Sexualität allgemein und FGM im Besonderen belegt ist.

Wer beschneidet Mädchen?

Im Allgemeinen wird die Prozedur von einer älteren Frau im Dorf vorgenommen, die diese Aufgabe speziell übertragen bekommen hat, nicht selten schon in Generationenfolge von ihrer Mutter. Häufig handelt es sich auch um traditionelle Geburtshelferinnen oder spezifische Beschneiderinnen, die von Ort zu Ort reisen und durchaus Anerkennung genießen.

Küchenmesser, Glasscherben, Rasierklingen oder -messer, alte geschärfte Eisenblechstücke stellen ihre Hauptwerkzeuge dar. Häufig kommt es zu unbeabsichtigten Zusatzverletzungen durch stumpfes Werkzeug, mangelnde Beleuchtung, plötzliche Abwehrbewegungen des

Opfers und mangelhafter Hygiene. Zur Schmerzlinderung werden Kräuterezubereitungen verwendet, Betäubung oder Narkosen gibt es dabei nicht.

Einzelne Organisationen und örtliche Helfer bemühen sich, FGM unter klinischen Bedingungen durchzuführen, um die gesundheitlichen Risiken zu reduzieren. Vor allem sozial und finanziell gut gestellte Eltern versuchen, die Beschneidung in medizinischen Einrichtungen durch medizinisches Personal durchführen zu lassen. Im Gegensatz zur Zirkumzision von Jungen handelt es sich bei der FGM von Frauen immer um den Tatbestand der Körperverletzung, auch wenn er von medizinischem Fachpersonal durchgeführt wird.

Dr. med. Nikolaus Weissenrieder
Saarstraße 7
80797 München
mail@Praxiszentrum-Saarstrasse.de

Red.: Kup

Europarat soll klar Position gegen Beschneidung beziehen

Die körperliche Unversehrtheit von Jungen und Mädchen soll europaweit im Rahmen der Konvention der Kinderrechte garantiert werden. Ende Januar diskutierte der Europarat über die Beschneidung. Der österreichische SPÖ-Bundesrat Stefan Schennach möchte medizinisch nicht notwendige Eingriffe bannen. Die körperliche Unversehrtheit von Kindern müsse garantiert werden. Experten hätten zu Be-

ginn der Erörterungen des Europarats erschreckende Dokumentationen über die Folgen von Beschneidungen und von Schmerzen der Knaben gezeigt. „Wir können das auf Europäischem Boden nicht länger so laufen lassen“, erklärte Schennach.

Babys und Kleinkinder müssten durch die Gesellschaft geschützt werden. Es dürfe nicht länger in der Entscheidung der El-

tern liegen, wie viel Schmerz einem Kleinkind zugefügt werden dürfe, unabhängig aus welchen Motiven. Das Thema wird im Europarat jetzt in den Ausschüssen diskutiert und bis zum Sommer soll es zu einer klaren Position „im Sinne der Durchsetzung der physical integrity von Kindern kommen“.

Kup

Österreicher votieren gegen rituelle Beschneidung von Jungen

Es gibt einen Internationalen Tag gegen Genitalverstümmelung, den 6. Februar. Aus diesem Anlass hat die österreichische Initiative gegen Kirchenprivilegien eine repräsentative Umfrage zur Beschneidung in Auftrag gegeben. Für 55 % der Befragten ist Beschneidung eine Körperverletzung.

Fast 70 % der Jugendlichen fordern, die medizinisch nicht indizierte Beschneidung unter Strafe zu stellen. Wenn die Religion einen Eingriff wie die Beschneidung vorschreibt, würden 89 % der Österreicherinnen und Österreicher die Entscheidung den Betroffenen nach der Voll-

jährigkeit selbst überlassen. Mehr als zwei Drittel der Befragten fordern ein Schutzalter von mindestens 16 Jahren für die religiöse Beschneidung. Unter den Jugendlichen sind 80 % für die Einführung eines Schutzalters.

Kup

Kommentar:**„Das Pferd von hinten aufzäumen“****Spahn will Eltern von „Komatrinkern“ zur Kasse bitten**

Eltern von jugendlichen „Komatrinkern“ sollen pauschal mit 100 Euro an den Behandlungskosten ihrer Kinder beteiligt werden, hat der CDU-Gesundheitsexperte Jens Spahn vorgeschlagen. Die Gebühr soll sie an ihren Erziehungsauftrag erinnern. Über diesen seltsamen Vorschlag sollte man eigentlich gnädig den Mantel des Schweigens und Vergessens breiten, hätte er nur nicht bereits soviel mediales Echo erzeugt. Der selbsternannte Pädagoge Spahn hat sich wahrscheinlich noch nie ernsthaft mit dem Thema Alkoholmissbrauch von Jugendlichen beschäftigt, sonst wüsste er, was alle Experten wissen, was alle Studien sagen, dass es nämlich nichts bringt, „das Pferd von hinten aufzäumen“. Gegen „Komasaufen“ hilft es nicht, Eltern zu bestrafen. Helfen können hier nur mehr Vorbeugung durch Aufklärung und aufsuchende Hilfen und die konsequente Anwendung aller Jugendschutzgesetze. Solange Alkohol an jeder Ecke angeboten wird, solange nicht einmal Ausweiskontrollen flächendeckend konsequent durch-

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes wurden im Jahr 2011 insgesamt mehr als 26.300 Heranwachsende im Alter von zehn bis 20 Jahren wegen akuten Alkoholmissbrauchs stationär behandelt. Das waren 1,4 Prozent mehr als im Vorjahr.

geführt werden, solange die Industrie nicht zu mehr Prävention verpflichtet wird, solange werden Jugendliche sich auch ins Koma trinken. Wir Kinder- und Jugendärzte können ebenfalls helfen, dem Komasaufen vorzubeugen.

Dazu zählt das konsequente Ansprechen der Eltern auf wahrgenommene Alkoholprobleme in der Familie bei jedem Arztkontakt, denn in Deutschland wachsen etwa 2,65 Millionen Kinder und Jugendliche in einem Haushalt mit mindestens einem alkoholkranken Elternteil auf. Ein Drittel dieser Kinder entwickeln im späteren Leben selbst eine Abhängigkeits-

erkrankung. Hier vermitteln wir Kinder- und Jugendärzte an die regionalen Hilfs- einrichtungen der Sucht- und Jugendhilfe (siehe z. B. www.trampolin.de oder www.netzwerk-fruehintervention.de). Im Schulalter findet daneben Primärprävention gegen Alkoholmissbrauch bevorzugt in der Schule statt wie beim Programm **Klasse 2000**. Entscheidend für den Erfolg dieser Bemühungen auf Fachebene ist eine fortlaufende Finanzierung aller dieser Aktivitäten durch die öffentliche Hand und die Krankenkassen. Nachträgliche Bußgelder sind weder Prävention noch Abschreckung: die vom Komasaufen besonders betroffenen Jugendlichen und deren Eltern unterer sozialer Schichten werden von Bußgeldandrohungen gar nicht erreicht.

Dr. Matthias Brockstedt

Matthias.brockstedt@ba-mitte.verwalt-berlin.de

Der Autor ist ärztlicher Leiter des KZZD-Mitte, Berlin und Suchtbeauftragter des BVKJ

Red.: ReH

Mehr Zwillingskinder als je zuvor

Während die Geburtenrate insgesamt sinkt nehmen die Mehrlingsgeburten in Deutschland zu. Nach Angaben des statistischen Bundesamtes gab es 2011 mit 11.254 Zwillinggeburten vier Prozent mehr als noch drei Jahre zuvor. Die anderen Mehrlingsgeburten haben nicht zugenommen. Mittlerweile ist eines von 29

Kindern ein Mehrlingskind, 1991 war es eines auf 42.

Als eine Ursache der häufigeren Mehrlingsschwangerschaften kann die Fortpflanzungsmedizin mit hormoneller Stimulation gelten. Nach Hormonbehandlung liegt die Wahrscheinlichkeit einer Zwillingsschwangerschaft bei 16–18

Prozent. Da eine solche Behandlung in der Regel nicht bei Unverheirateten durchgeführt wird, sind auch deutlich mehr Eltern von Mehrlingskindern verheiratet (75 %) als von den Einzelkindern (60 %).

Quelle: destatis.de

Kup

Beikost-Beratung

Die meisten Mütter in Deutschland greifen bei der Beikost zu Fertigprodukten – und stehen vor der schwierigen Entscheidung, aus dem Regal im Supermarkt das Passende heraus zu suchen. Die Babynahrung-Produktsuche, ein Kooperationsprojekt zwischen dem Forschungsinstitut für Kinderernährung und dem Land Hessen unterstützt Mütter und Fachkräfte bei der Suche nach Beikostprodukten (www.verbraucherfenster-hessen.de).

Was steckt dahinter?

Die Babynahrung-Produktsuche ist eine Datenbank mit mehr als 1200 Produkten. Sie wird jährlich aktualisiert und informiert über die wesentlichen Merkmale der Beikost: Zutaten, Nährstoffe und Einsatzzeitpunkt. Darüber hinaus werden für jedes Produkt auch die wissenschaftlichen Empfehlungen für die Selbstzubereitung zum Vergleich aufgeführt, sodass gleichzeitig eine Bewertung des Produktes

ermöglicht wird. Eltern können schon zu Hause in Ruhe geeignete Produkte für ihr Kind auswählen und müssen sich nicht im Gedränge am Einkaufsregal entscheiden.

Red.: ReH

Endlich Facharzt – und was jetzt?

Spätestens mit der Facharztreihe kommen Gedanken auf wie „Wohin will ich eigentlich: Klinik oder Praxis? Allein oder in Gemeinschaft? In ein MVZ oder doch zum Öffentlichen Gesundheitsdienst? Was macht eigentlich der Arzt den ganzen Tag in der Praxis? Wie erwirbt man eine Praxis? Was muss ich rechtlich beachten? Und was muss ich über Betriebswirtschaft und Personalmanagement wissen?!“

Die Fülle an Möglichkeiten aber auch die neuen Herausforderungen können auf manchen fast abschreckend wirken. Anlass genug für den BVKJ, einen „Orientierungskongress“ anzubieten, welcher im November letzten Jahres zum ersten Mal in Frankfurt stattfand.

Unter dem Motto „Endlich Facharzt/-ärztin – und danach?“ fanden sich am 24. und 25.11. knapp 70 junge Pädiater ein, zur einen Hälfte bereits mit Facharztreihe, zur anderen im vierten und fünften Jahr der Weiterbildung. Erfahrungen in einer Praxis hatten dabei nach eigenen Angaben jedoch nur zehn junge Pädiater.

Um den Teilnehmern die verschiedenen Möglichkeiten einer Tätigkeit als Pädiater aufzuzeigen, gab es nach der Begrüßung durch BVKJ-Präsident Dr. Wolfram Hartmann zunächst mehrere Kurzvorträge.

Prof. Ronald G. Schmid stellte die Tätigkeit im Krankenhaus vor, welche sich nach der Umfrage des letzten Assistentenkongresses immerhin 70 Prozent der damals Befragten vorstellen können.

Prof. Norbert Wagner sprach über die Tätigkeit an einer Universitätsklinik, welche sowohl hochspezialisiert als auch forschungsorientiert sei. In der anschließenden Diskussion bemängelten die Teilnehmer jedoch, dass die Weichen für eine universitäre Laufbahn teils bereits im Studium oder zu Beginn der Weiterbildung gestellt werden und die Förderung des weiblichen

Forschungsnachwuchses zu wünschen übrig lässt. Prof. Wagner zufolge ist es deshalb wichtig, sich bereits früh in der Berufslaufbahn ein Zehnjahres-Ziel zu setzen, sicher für viele keine leichte Aufgabe angesichts der zu beachtenden Faktoren wie Partnerschaft und Familienplanung.

Die Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung wurde von Dr. Roland Ulmer vorgestellt, der die Teilnehmer gleichzeitig auch über Grundlagen der „EBM“-Berechnungen aufklärte. Den niedergelassenen Kollegen längst als Werkzeug der täglichen

Praxen gebildet werden müssen. Mehrfach wurde auf die Möglichkeit einer Angestelltentätigkeit zusätzlich zur Niederlassung und umgekehrt hingewiesen, z.B. als Kombination von Praxistätigkeit und Arbeit in einem sozialpädiatrischen Zentrum.

Dies kommt nach Ergebnissen der Umfrage des Assistentenkongresses den Pädiatern in Weiterbildung entgegen, welche generell flexibel sind, sich jedoch zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf überwiegend Teilzeitstellen wünschen.

In mehreren Seminaren konnten die Teilnehmer anschließend tiefer einsteigen: Ob im Seminar „Der Weg zur eigenen Praxis“ mit Informationen zu den rechtlichen Grundlagen einer Zulassung, Informationen zu Praxisgründung oder -übernahme, den Seminaren zu betriebswirtschaftlichen Aspekten, zur notwendigen Geräteausstattung, Qua-

litätsmanagement, EBM/GOÄ oder Selektivverträgen. Für einige sicher Neuland, für andere bereits bekannte Begriffe.

Insgesamt war der Kongress durch die Mischung aus allgemeinen und speziellen Informationen sehr gelungen, die Seminarleiter waren Fragen gegenüber stets aufgeschlossen, so dass die Teilnehmer in einer konstruktiven Atmosphäre eventuell vorhanden Ängste abbauen und sich auf die Fülle der Möglichkeiten als Kinder- und Jugendarzt freuen konnten.

Hierfür gebührt mein Dank allen Mitwirkenden, vor allem auch den Mitarbeiter/innen der Geschäftsstelle des BVKJ für die gelungene Organisation!

Der nächste Orientierungskongress wird in Kooperation mit der DGKJ am 30.11. und 01.12.2013 wiederum in Frankfurt stattfinden.

Johanna Treutwein
Assistentensprecherin im BVKJ und Assistentenvertreterin im Vorstand des BVKJ
E-Mail: johannatreutwein@hotmail.com

Red: ReH



Traumberuf Kinder- und Jugendarzt: Immer eine gute Wahl

Abrechnung bekannt, übersetzen einige Assistenten die Abkürzung gerne noch mit „evidence based medicine“.

Interessant war auch die statistische Arbeitsverteilung einer Niedergelassenentätigkeit mit durchschnittlich 51 Wochenstunden, davon 39 am Patienten und u.a. drei Stunden im Praxismanagement. Auf die Neufassung der Bedarfsplanung für das Jahr 2013 und deren Auswirkung auf den pädiatrischen Sektor darf man gespannt sein.

Die Vorteile einer Tätigkeit im öffentlichen Gesundheitsdienst, die speziellen Anforderungen und Chancen dieses Bereichs stellte Dr. Gabriele Trost-Brinkhues kurzweilig dar. Dr. Gerd Claußnitzer ergänzte in einem Seminar mit der Vorstellung der Tätigkeit in Rehabilitationskliniken.

Alle Vortragenden waren sich einig, dass zur Sicherstellung der flächendeckenden fachärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Zukunft neue Strategien entwickelt und Netzwerke von

Wer geht in die Reha und warum?

Studienankündigung rekju

Die Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg führt seit Herbst 2012 unter Leitung von Prof. Dr. Matthias Richter eine Untersuchung zur Inanspruchnahme von stationären Rehabilitationsmaßnahmen bei Kindern und Jugendlichen durch. Gefördert wird die Studie von der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland. Unterstützt wird das Vorhaben durch den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte in Thüringen sowie verschiedene Kinder-Rehabilitationskliniken in Mitteldeutschland. Die Studie endet voraussichtlich im Dezember 2013.

Ziel des Projektes ist es, den Einfluss sozialer Ungleichheiten auf die Inanspruchnahme stationärer Rehabilitationsmaßnahmen von Kindern und Jugendlichen bei der Deutschen Rentenversicherung zu untersuchen. So kann eine mögliche Fehlversorgung in diesem Bereich der Rehabilitation aufgedeckt und künftig vermieden werden.

Das Forschungsteam bittet unsere Leser um Unterstützung des Vorhabens.

Red.: ReH



Nähere Informationen zum Forschungsprojekt:

Nadine Schumann (M.A.)
E-Mail:
nadine.schumann@medizin.uni-halle.de

Eva-Maria Fach (M.A.)
E-Mail:
eva-maria.fach@medizin.uni-halle.de

Tel.: 0345-557 1179

oder unter http://ims.uni-halle.de/forschung/forschungsprojekte/laufende_projekte/rekju/

Geburtenrate in den USA 2011 so niedrig wie nie

Auf 1000 Frauen wurden in den USA 2011 nur noch 12,7 Kinder geboren im Vergleich zu 13,0 im Jahre 2010 und 14,4 im Jahr 2000. An 1950 zählte man noch 24,1 Geburten auf 1000 Frauen. Die Abnahme war zu einem großen Teil bedingt

durch einen dramatischen Rückgang der Teenagerschwangerschaften um 8 %. Angesichts der bevölkerungspolitischen Folgen wird in dieser Rückgang von Mutterschaften bei 15–19-jähriger Jugendlichen in den USA mehr bedauert als begrüßt.

Aber auch unter den 20–24 Jahre alten Frauen nahm die Geburtenhäufigkeit 2011 um 5,2 % gegenüber 2010 ab.

Quelle: Pediatrics, 11. Feb. 2013

Kup

Fett und schlaflos durch TV im Kinderzimmer

Kinder, die elektronische Geräte wie Fernsehen, Handys oder PC im Kinderzimmer haben, schlafen weniger. Und weil sie weniger schlafen, werden sie dick. Das haben Forscher von der Universität im kanadischen Alberta in einer Studie herausgefunden.

Bei Schülern, die abends und nachts Zugang zu einem elektronischen Gerät hatten, war das Risiko für Übergewicht 1,46-fach höher als bei Kindern ohne TV oder PC im Schlafzimmer, und bei drei Geräten dieser Art sogar 2,57-fach höher.

Kinder, die eine Stunde länger schlafen als andere, haben ein um etwa 30 Prozent

niedrigeres Risiko für Übergewicht oder Adipositas.

„Wenn Sie also wollen, dass Ihre Kinder besser schlafen und gesünder leben, entfernen Sie die Technik aus dem Kinderzimmer,“ sagte der Gesundheitswissenschaftler und Co-Autor der Studie, Paul Veugeler.

Fast 3400 Fünftklässler wurden für die Studie zu ihren Schlaf- und Technikkonsumgewohnheiten befragt. Die Hälfte von ihnen hatte im Kinderzimmer TV, DVD-Player oder Videospielkonsolen. Rund ein Fünftel hatten Computer und Handys.

Über die Hälfte der Kinder berichteten, dass sie ihre elektronischen Geräte nutzen, also glotzten oder spielten (bzw. beides gleichzeitig taten), während die Eltern im Wohnzimmer nebenan dachten, dass sie schliefen.

Je mehr Geräte sich in den Kinderzimmern befanden, desto dicker waren ihre Bewohner. Die Forscher fanden ebenfalls heraus, dass mehr Schlaf zu signifikant mehr körperlicher Bewegung und gesünderer Essensauswahl führt.

Die Forschungsergebnisse wurden im September in der Zeitschrift *Pediatric Obesity* veröffentlicht.

Red.: ReH



Betriebswirtschaftliche Beratung für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

An jedem 1. Donnerstag im Monat von 17.00 bis 21.00 Uhr stehen Ihnen Herr Jürgen Stephan und seine Mitarbeiter von der SKP Unternehmensberatung unter der Servicenummer **0800 1011 495** zur Verfügung.

Mütter mit geringer Bildung haben häufiger ungesunde Kinder

Hauptschulabschluss geht mit einem doppelt so hohen Risiko einer Frühgeburt einher wie Abitur – Jugendliche leben umso gesünder, je höher die Bildung ihrer Mutter ist

Jugendliche rauchen häufiger, treiben seltener Sport, sind öfter übergewichtig und schätzen ihre eigene Gesundheit schlechter ein, je niedriger der Bildungsabschluss ihrer Mutter ist. Eine gesundheitliche Ungleichheit zeigt sich bereits bei Neugeborenen: Mütter mit höherer Bildung bringen seltener Frühgeburten und Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht zur Welt. Das sind die zentralen Ergebnisse einer Studie des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW Berlin) auf Grundlage von Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP). „Die Gesundheit von Kindern wird nicht nur durch die Genetik bestimmt“, erklären die Studienautorinnen Jan Marcus und Daniel Kemptner. „Eine maßgebliche Rolle spielt auch die elterliche Bildung, etwa indem sie das eigene Gesundheitsbewusstsein erhöht und sich dieses Verhalten auf die Kinder überträgt.“ Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Bildungsinvestitionen Einfluss auch auf nicht-monetäre Indikatoren wie die Gesundheit haben. „Bildungspolitik ist auch Gesundheitspolitik“, so DIW-Ökonom Marcus.

Insgesamt sechs Indikatoren haben die DIW-Forscher für die Studie untersucht, um die Gesundheit und das gesundheitsbezogene Verhalten von Kindern und Jugendlichen zu beurteilen: Bei Neugeborenen wurden die Häufigkeit von Frühgeburten und niedrigem Geburtsgewicht herangezogen, bei Jugendlichen das Rauch- und Sportverhalten, das Körpergewicht sowie die subjektiv empfundene Gesundheit.

Gesundheitliche Unterschiede bestehen von Geburt an

Die Untersuchungen zeigen, dass das Risiko einer Frühgeburt, also einer Geburt vor Vollendung der 37. Schwangerschaftswoche, zunimmt, je niedriger der Schulabschluss der Mutter ist: Mit einem Hauptschulabschluss ist die Wahrscheinlichkeit im Vergleich zum Abitur oder Fachabitur fast doppelt so hoch. Ein ähnliches Bild zeigt sich beim Geburtsgewicht. Während mehr als jedes fünfte Kind von Müttern



mit Hauptschul- oder Realschulabschluss bei der Geburt ein Gewicht von weniger als 3000 Gramm aufweist, ist dies nur bei 13 Prozent der Kinder von Müttern mit Abitur der Fall.

Unsicher ist jedoch bei beiden Beobachtungen, ob es sich lediglich um eine Gleichzeitigkeit (Korrelation) handelt, oder ob die Bildung der Mutter ursächlich (kausal) ist für die Gesundheit von Neugeborenen.

Sportverhalten unterscheidet sich besonders stark nach der Bildung der Mutter

Für die Jugendlichen lassen die Untersuchungen vermuten, dass der Schulabschluss der Mutter einen erheblichen Einfluss auf das gesundheitsbezogene Verhalten ihrer jugendlichen Söhne und Töchter hat. So ist der Raucheranteil bei Jugendlichen mit Müttern, die keinen Schulabschluss haben, fast doppelt so hoch wie bei Jugendlichen mit Müttern, die Abitur oder Fachabitur haben. Auch die Wahrscheinlichkeit für Übergewicht ist höher, je niedriger der Schulabschluss der Mutter ist. Ein besonders deutliches Bild zeigt sich beim Sportverhalten der Jugendlichen: Die Wahrscheinlichkeit, wöchentlich Sport zu treiben, ist bei Jugendlichen, deren Mutter Abitur hat, dreimal so hoch wie bei Jugendlichen, deren Mutter keinen Schulabschluss hat.

Analog zu den Neugeborenen lässt sich nicht für alle Indikatoren zweifelsfrei feststellen, ob das Bildungsniveau der Mutter direkt ursächlich ist für die Beobachtungen. Das gilt in erster Linie für jugendliche Söhne. Für die Töchter konnten die DIW-

Forscher den Effekt des Bildungsniveaus auf das Rauch- und Sportverhalten aber kausal nachweisen: Ein zusätzliches Bildungsjahr der Mutter reduziert die Wahrscheinlichkeit, dass die Tochter raucht, um 7,5 Prozent und die Wahrscheinlichkeit, dass die Tochter unsportlich ist, um 7,4 Prozent. „Dass sich die Effekte bezüglich des Geschlechts des Kindes unterscheiden, ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass die Mutter stärker für ihre Töchter als für ihre Söhne als Rollenvorbild wirkt“, erklärt DIW-Ökonom Daniel Kemptner.

Schlechte Gesundheitsaussichten könnten soziale Aufstiegschancen begrenzen

Die Erkenntnisse des DIW Berlin betreffen neben der Bewertung von Bildungsinvestitionen auch Fragen der sozialen Mobilität innerhalb der Gesellschaft. DIW-Forscher Jan Marcus: „Wenn ein geringes Bildungsniveau der Mutter die Startchancen des Kindes durch schlechtere Gesundheitsaussichten beeinträchtigt, sinkt auch die Wahrscheinlichkeit eines sozialen Aufstiegs des Kindes.“

Stichwort SOEP

Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) ist die größte und am längsten laufende multidisziplinäre Langzeitstudie in Deutschland. Das SOEP ist am DIW Berlin angesiedelt und wird als Teil der Forschungsinfrastruktur in Deutschland unter dem Dach der Leibniz-Gemeinschaft (WGL) von Bund und Ländern gefördert. Für das SOEP werden jedes Jahr mehr als 20 000 Menschen in rund 11 000 Haushalten vom Umfrageinstitut TNS Infratest Sozialforschung befragt. Die Daten des SOEP geben unter anderem Auskunft über Einkommen, Erwerbstätigkeit, Bildung und Gesundheit. Weil jedes Jahr dieselben Personen befragt werden, können nicht nur langfristige gesellschaftliche Trends, sondern auch die gruppenspezifische Entwicklung von Lebensläufen besonders gut analysiert werden.

Red: ReH

Ein besonderer Kongress für Praxispädiater, die über den Tellerrand hinausschauen und heilige Stätten besuchen wollen

Die European Confederation of Primary Care Paediatricians (ECPCP) richtet gemeinsam mit der Israel Ambulatory Paediatric Association (IAPA) vom 3.–5. Juli 2013 den European Congress in Primary Care Paediatrics in Tel Aviv, Israel aus.

Die wichtigsten **Kongressthemen** sind:

- Vaccinations
- Primary Care a Paediatrics Systems in Europe
- Children Health and the Society: minorities, migrants and media
- Simulation Medicine in Primary Care Paediatrics
- Teaching and Quality Assurance
- Adolescent Health

Leitung des Kongresses: Manuel Katz MD, MPH

Vorsitzende des wissenschaftlichen Komitees: Yona Amitai (Israel) und Elke Jäger-Roman (bis Sommer 2012 Präsidentin der ECPCP)

Der Kongress wird im **Dan Panorama Hotel, Tel Aviv** ausgerichtet, das direkt an der Strandpromenade und am Sandstrand liegt. Zu Fuß können der große Flohmarkt, Einkaufszentren, gemütliche Bars und Restaurants im mondänen und liberalen Zentrum der Stadt erreicht werden. In der Nähe liegt der historische Ort Jaffa mit seinem Yachthafen. Es werden auch andere Hotels in der Nähe empfohlen (Maxim Hotel und Leonardo Suite TLV Bat Yam).

Der Flughafen Ben Gurion in Tel Aviv wird von Deutschland aus direkt angefliegen. Die Kosten für Hin- und Rückflug liegen bei frühzeitiger Buchung zwischen 500 und 700 Euro.



Durch das Rahmenprogramm bekommt der Kongress einen besonderen Reiz:

Neben dem wissenschaftlichen Teil in englischer Sprache werden am Mittwoch 3.7.2013 nachmittags und am Donnerstag 4.7.2013 nachmittags pädiatrische Ausflüge angeboten: **Besichtigungen von Kinder-Gesundheits-Zentren in der Stadt und auf dem Land** – geführt durch israelische Pädiater in verschiedenen Sprachen, gekrönt von einem **beduinischen Dinner** im Joe Alon Center in der Nähe des Kibbutz Lahav.

Nach der Konferenz können fakultativ zwei Anschluss-Touren gebucht werden:

Freitag 5. 7. 2013

Zu Fuß durch die Altstadt in Jerusalem und

Samstag 6. 7. 2013

Busreise zum See Genezareth, Nazareth und Tiberias

Die Anmeldung zum Kongress und für das Rahmenprogramm ist ab 18.2.2013 auf der Webseite www.ecpcp.eu möglich. Dort sind detaillierte Informationen über die Gebühren und Unterkunftspreise, die im Vergleich zu anderen internationalen Kongressen günstig sind.

Wir würden uns über die Bildung einer deutschen BVKJ Reisegruppe und besonders über Einreichungen von Abstracts bis zum 15.3.2013 sehr freuen.

Gottfried Huss (grhuss@t-online.de)

Elke Jäger Roman (jaeger-roman@snaflu.de)

Red.: Kup

Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

Die Justitiare des BVKJ e.V., die **Kanzlei Dr. Möller und Partner**, stehen an jedem **3. Donnerstag** eines Monats von **17.00 bis 19.00 Uhr** unter der Telefonnummer

0211 / 758 488-14

für telefonische Beratungen zur Verfügung.



Schreibabys: Beziehung und Beratung helfen

„Die Forschungslage zur Effektivität der Behandlung und Versorgung von Schreibabys weist erhebliche Lücken auf. Es liegen keine belastbaren Daten und/oder Studien zur Wirksamkeit von Schreiambulanzen und der Kosten-Nutzen-Effektivität der Behandlung von Schreibabys und/oder ihrer Eltern vor.

Studien zeigen,

- dass gezielte orale Interventionen mit pflanzlichen Tinkturen und hydrolisierter Kost im stationären Kontext das exzessive Schreien reduzieren können,
- dass Akupunktur exzessives Schreien verringert,
- dass verhaltenstherapeutische und multidisziplinäre Interventionen im stationären Setting auch bei ambulanter Betreuung zur Reduktion des exzessiven Schreiens effektiv sind.“

Das ist Fazit eines HTA-Berichts (Health Technology Assessment) des Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information DIMDI, der im Februar 2013 veröffentlicht wurde.

Säuglinge gelten als „Schreibabys“, wenn sie mindestens drei Wochen lang mindestens drei Tage pro Woche mehr als drei Stunden weinen. Exzessives Schreien ist eine schwere Belastung für die Familien und gefährdet nicht selten das Kindeswohl. Der Münchner Soziologe Dieter Korczak hat zusammen mit Mitarbeitern für DIMDI unterschiedliche Therapieformen des exzessiven Schreiens wissenschaftlich bewertet. Hierzu gehören psychologische, psychiatrische sowie sozial- und komplementärmedizinischer Interventionsformen. Er beleuchtet auch die Frage, inwieweit die Interventionen in Schreiambulanzen effektiv sind und ob insgesamt die Versorgung von Schreikindern und ihren Eltern gewährleistet ist. Hierfür identifizierten die Autoren 18 medizinische, eine ökonomische und drei ethische Studien. Die Mehrzahl stammt aus den USA (fünf) und UK (fünf). Eine Studie ist aus Deutschland.

Diät oder Aufmerksamkeit?

Eine wesentliche Problematik in der wissenschaftlichen Beurteilung exzessiven Schreiens bei Säuglingen bestünde darin, dass die Ursachen in der Forschung unterschiedlich beurteilt würden. Die einen fokussieren auf gastrointestinale Ursachen, also Koliken. Andere vermuten psychosoziale Gründe und schließlich werden vorgeburtliche oder geburtsbedingte Störungen der Halswirbelsäule herangezogen, das KISS-Syndrom.

Vier Ernährungsstudien zeigten, dass sowohl eine Mischung aus Fenchel, Kamille und Melisse, eine Fenchelsamen-

emulsion das Schreien der Kinder signifikant reduzieren könnte. Wirksam seien auch hydrolisierte Kost sowie ein Verzicht auf Kuhmilchprodukte. Durch die Untersuchungen könne jedoch nicht geklärt werden, so der Zweifel der DIMDI-Autoren, ob tatsächlich Koliken die Ursache für das auffällige Schreiverhalten sind und diese durch die Behandlung gelindert würden oder das Ergebnis durch die erhöhte Aufmerksamkeit der Mutter aufgrund ihrer Studienteilnahme verzerrt würde.

Akupunktur besser als Osteopathie

Zur Wirksamkeit chiropraktischer Interventionen und Osteopathie lägen widersprüchliche Ergebnisse vor. Qualitativ hochwertige Studien können keinen Effekt chiropraktischer Behandlungen nachweisen. Eine einzige Studie belege zwar die Effektivität der osteopathischen Behandlung. Diese sei aber durch zahlreiche Schwächen gekennzeichnet. Die gegenwärtige Studienlage reiche nicht aus, um abschließend die Wirksamkeit oder Nicht-Wirksamkeit chiropraktischer manueller Therapie beurteilen zu können. Zwei Studien aus Schweden weisen die Wirksamkeit von minimaler Akupunktur nach. Aber auch diese Studien hätten methodische Schwächen.

Beziehung und Beratung helfen

Verhaltensbezogene therapeutische Interventionen seien sowohl hinsichtlich des Schreiverhaltens der Säuglinge als auch des Stressempfindens der Eltern wirksam. Als ausschlaggebender Faktor für die Wirksamkeit wurde die persönliche Un-



© Robert Kneschke - Fotolia.com

terstützung durch die beratende Fachkraft identifiziert, also die persönliche Beratung und Begleitung der Eltern. Das schließt einen strukturierten Tagesablauf und eine Verminderung von Reizen für den Säugling ein.

Ob spezielle Schreiambulanzen nötig sind, konnte die DIMDI-Analyse nicht beantworten. Hierfür gebe es keine ausreichenden Studien. Allerdings erweise sich eine stationäre Behandlung gegenüber einer Therapie in der häuslichen Umgebung gleichwertig.

Mehr Versorgung, weniger Gefahr

Fünf bis 25 Prozent der jungen Säuglinge seien als „Schreibabys“ anzusehen. Bei starken regionalen Unterschieden gäbe es Frühinterventionsangebote für etwa 1,2 %. Die Versorgungsrate ist also insgesamt zu klein. Nur ein Fünftel der beratenden Einrichtungen arbeite niederschwellig aufsuchend und häufig sei in die Finanzierung nicht eindeutig geklärt. Die DIMDI-Autoren fordern weitere Studien, um den exakten Bedarf zu eruieren und festzustellen.

len, ob das Beratungsangebot flächendeckend ausgebaut werden müsse. Insbesondere sei der Ausbau niedrigschwelliger Strukturen geboten, da gefährdete Eltern mit hohen psychosozialen Belastungen die vorhandenen Beratungs- und Therapieangebote seltener in Anspruch nehmen. Die Wissenschaftler bemängeln zudem, dass keine gemeinsamen Standards in der Aus- und Weiterbildung der Fachkräfte erstellt worden sind.

Eine Nichtinanspruchnahme professioneller Hilfe bei exzessiven Schreien könne zu einer Gefährdung des kindlichen Wohls führen. Dies zeige unter anderem die hohe Zahl von Todesfällen durch Schütteltraumen. Von großer Bedeutung sei die professionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren, wie Kinder- und Jugendärzten, medizinischen Einrichtungen, den Hebammen, Sozialarbeitern und den Ju-

gendämtern. Nur so könnten akute Gefährdungen der betroffenen Kinder verhindert und langfristige Entwicklungsstörungen und Todesfälle vermieden werden

Christoph Kupferschmid

Quelle: http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta338_bericht_de.pdf

Japanischer Enzephalitis-Impfstoff zugelassen

Wenn Eltern bislang mit ihren kleinen Kindern in Endemiegebiete der japanischen Enzephalitis reisten, war eine Impfberatung schwierig. Der in Österreich hergestellte Impfstoff Ixiaro® war für Kinder nicht zugelassen. Allenfalls gab es Berichte, dass er ohne Probleme angewendet worden sei. Seit 12. Februar 2013 hat der Impfstoff die Zulassung der europäischen Arzneimittelbehörde EMA und kann in allen europäischen Staaten auch bei Kindern verwendet werden.

Die Herstellerfirma Intercell hat in einer Phase III-Studie mit 1869 Kindern und Jugendlichen im Alter von zwei Monaten bis 18 Jahren nachgewiesen, dass nach einer Impfung bei mehr als 99 % der Kinder schützende Antikörper entwickelt wurden. Die Nebenwirkungen seien vergleichbar gewesen mit jenen nach anderen Kinderimpfungen.

Die japanische Enzephalitis ist eine durch Mücken übertragene tropische Viruserkrankung. Sie kommt im gesamten süd-ostasiatischen Raum vom indischen Subkontinent bis Japan vor. Dort erkranken insbesondere Kinder, Erwachsene sind



Verbreitungsgebiet der japanischen Enzephalitis (CDC, USA)

meist immun. Die wichtigste Vorbeugemaßnahme bleibt allerdings der Schutz vor Mückenstichen. Obwohl das Infektionsrisiko unter Touristen relativ klein ist, wird eine Impfung bei längeren Reisen oder beruflichem Aufenthalt mit Kindern

immer wieder empfohlen und nachgefragt. Nach Schätzungen sterben in der Bevölkerung der Endemiegebiete etwa 10.000 Menschen jährlich an der Erkrankung.

Kup

USA: Übergewicht bei Kindern nimmt ab

Nachdem Kinder in den USA jahrzehntelang immer übergewichtiger wurden, nimmt nun die Zahl der dicken Kinder leicht ab, berichtet die New York Times.

Der Trend zeige sich in Großstädten wie New York und Los Angeles, aber auch in kleineren Orten wie Anchoridge. Die Rückgänge sind klein: zwischen fünf und drei Prozent, Experten halten sie jedoch

für signifikant und richtungsweisend. Was hinter dem Rückgang steckt, steht nicht fest. Fest steht nur, dass das Übergewicht dort zurückging, wo es seit Jahren Programme zur Gewichtsreduktion gibt.

Philadelphia hat zum Beispiel schon 2004 gezuckerte Getränke wie Eistee, Fruchtpunch und Sportdrinks aus den Schulkiosken verbannt, 2005 wurden

Nährangaben und Höchstgrenzen für Fett in den Schulkantinen etabliert, seit 2009 gibt's nichts Frittiertes und keine Vollmilch mehr.

Derzeit sind nach Angaben des Centers for Disease Control and Prevention in den USA 17 Prozent aller Kinder und Jugendlichen übergewichtig – dreimal so viel wie 1980.

ReH

Balancieren hilft beim Rechnen und Schreiben

Studie der Dietrich Grönemeyer Stiftung zu den positiven Auswirkungen eines regelmäßigen Gleichgewichtstrainings im Schulalltag auf die schulischen Lernerfolge in Deutsch und Mathematik!

Wer nicht balancieren kann, hat auch beim Rechnen, Lesen und Schreiben Schwierigkeiten. Dies ist das Ergebnis der im März 2013 erschienenen Studie „Schnecke-Bildung braucht Gesundheit II“, herausgegeben von der Dietrich Grönemeyer Stiftung für Prävention und Gesundheitsförderung in Kooperation mit dem Hessischen Kultusministerium. Im Rahmen eines Screenings von mehr als 8000 hessischen Zweitklässlern aller Schulformen wurde über einen Zeitraum von zwei Jahren die Korrelation zwischen Auffälligkeiten in den Bereichen Hören, Sehen und Gleichgewicht und den Schulnoten in Deutsch, Mathematik und Sport untersucht.

Die Auswertungen ergaben, dass eine alarmierend hohe Zahl von Schülern Schwierigkeiten in der Verarbeitung von Gleichgewichtsreizen hat. Gleichzeitig er-



zielten jene Schüler auch deutlich schlechtere Leistungen in den Fächern Deutsch, Mathe und Sport als ihre Mitschüler mit gutem Gleichgewichtsvermögen.

Die Studie soll helfen, eventuelle Veränderungen des Gleichgewichts ohne besonderen organisatorischen und zeitlichen Aufwand im täglichen Schulalltag durch pädagogische Maßnahmen in Form kleinster, gezielter und regelmäßiger Gleichgewichtsübungen im Schulalltag zu erreichen und damit Leseverständnis, Rechtschreibfähigkeit, Rechenfähigkeit, sozial-emotionale Kompetenz und die Fein- und Grobmotorik der Schüler zu verbessern.

Mehr Infos:

www.schuleundgesundheit.hessen.de/themen/bewegung-wahrnehmung/projekte/projekt-schnecke-bildung-braucht-gesundheit.html

ReH

Deutsche Kliniken und Medtronic unterstützen herzkrankte Kinder



Insgesamt 23 deutsche Kliniken sowie der Medizintechnik-Hersteller Medtronic haben mit ihrer Weihnachtsaktion „Engel für Engel 2012“ insgesamt Spenden von 32.425 Euro für den Bundesverband Herzkranker Kinder e.V. (BVHK) aufgebracht. Der Verband, in dem sich bundesweit 21 Selbsthilfegruppen von Familien mit Kindern zusammengeschlossen haben, die an zumeist angeborenen Herzfehlern leiden, will mit der Spende seine Arbeit zur Integration der Kinder in Schule und Beruf intensivieren. Überreicht wurde die großzügige Spende nun in der kinderardiologischen Praxis Kahl in Düsseldorf.

Red: ReH

Foto: Inez Kamps

● Wenn Schackeline zur U6 kommt

Unsere Lieblingsnamen im März

Egypt, Kachina, Mando, Noting, Paris, Peyton-Zoe-Summer, Samuel Friedrich Nepomuk-Echo, Telsche, Vinko.

Red.: ReH



© Philipus - Fotolia.com

Highlights aus Bad Orb ●●●

Ernährung des behinderten Kindes

Die Ernährung behinderter Kinder und Jugendlicher stellt eine große Herausforderung für Familien, Betreuer und Ärzte dar. Viele Faktoren können zu einer Ernährungsstörung führen. Hierzu zählen z.B. mangelnde Kalorienzufuhr, Mangelversorgung mit Spurenelementen und Vitaminen, jedoch auch Überernährung und daraus resultierende Adipositas mit gleichen Risikofaktoren für Folgeerkrankungen wie bei nicht behinderten Kindern. Neben organischen Ursachen für eine Fehlernährung behinderter Kinder haben eine Reihe von psychosozialen und nicht-nutritiven Faktoren einen Einfluss auf die Längen- und Gewichtsentwicklung in diesem Patientenkollektiv. Dazu gehören z.B. Schwere und Art der neurologischen Erkrankung, eingeschränkte Mobilität und eingeschränkte kognitive Fähigkeiten. Darüber hinaus spielt die Einstellung des Betreuerteams und der Familie zu Art und Applikationsformen der Ernährung eine bedeutende Rolle. Der nicht selten schlechte Ernährungszustand von Kindern und Jugendlichen mit schwerer Behinderung wird häufig bedingt durch inadäquate Kalorienzufuhr bezogen auf den Bedarf, Störungen der oralen motorischen Dysfunktion, gesteigerten Energieverlust oder im Verlauf nicht erkannten veränderten Energiebedarf. Im Folgenden soll unter Einbeziehung aktueller Untersuchungen dargelegt werden, welche Ernährungsprobleme im Kollektiv der behinderten Kinder und Jugendlicher häufig auftreten und wie diese verhindert, diagnostiziert und behoben werden können.



Priv.-Doz. Dr. med.
Anjona Schmidt-
Choudhury

Begriffsbestimmungen

Ernährungsprobleme treten bei Kindern und Jugendlichen mit sehr unterschiedlichen Erkrankungen auf, die zu einer Behinderung führen können. Der Begriff „behindertetes Kind“ ist jedoch zunächst ein Sammelbegriff, der z.B. Kinder und Jugendliche mit eingeschränkter Intelligenz, die im Rahmen verschiedenster Syndrome vorkommen kann, beschreibt, aber auch Patienten mit völlig anderen Krankheitsbildern wie z.B. schweren angeborenen Stoffwechselstörungen oder auch spastischer Zerebralparese einschließt.

Die Prävalenz neurologisch beeinträchtigter Kinder in Europa ist schwer feststellbar. Es gibt hierzu wenig publizierte Daten, und die Definition der Behinderung ist von Zentrum zu Zentrum sehr unterschiedlich, daher sind die vorhandenen Daten nicht gut vergleichbar.

Im Folgenden wird nicht näher auf Patienten mit angeborenen Stoffwechselerkrankungen eingegangen, hauptsächlich sollen die Facetten der Ernährungsprobleme schwer körperlich und geistig behinderter Patienten aufgezeigt werden. Das hierfür am besten untersuchte Kollektiv ist das der Kinder mit Zerebralparese.

Datenlage zur Ernährungssituation von Kindern und Jugendlichen mit Zerebralparese

Auch der Begriff „Zerebralparese“ ist prinzipiell ein Sammelbegriff. Er beschreibt eine Gruppe von Patienten mit nicht-progressiven Bewegungs- und Haltungsstörungen.

Wenn unter den behinderten Kindern nur die mit Zerebralparese betrachtet werden, ergibt sich in industrialisierten Ländern eine Inzidenz von ca. 2:1000 Lebendgeborenen. Somit ist die Zerebralparese (ZP) eine der häufigsten körperlichen Beeinträchtigungen bei Kindern. 23% der Kinder mit ZP haben ein eingeschränktes Län-

genwachstum, 8–14 % haben Übergewicht (basierend auf Trizeps-Hautfaltendickemessung und längenbezogenes Gewicht), über 50 % (in einigen Untersuchungen sogar 60–80 %) der Kinder mit ZP haben Ernährungsschwierigkeiten; bei Quadriplegie sogar bis zu 85 % (Angaben von Eltern, Observation oder auch Videofluoroskopie). Oftmals geht das Erleben der Fütterungsschwierigkeiten (schlechtes Saugen, Erbrechen, Würgen) der Diagnose ZP voraus. Die Prävalenz der Unterernährung steigt mit steigendem Alter, niedrigerem IQ und Schwere der neurologischen Beeinträchtigung.

Gründe für die Überwachung des Ernährungszustandes von Patienten mit Zerebralparese und anderen schweren Behinderungen

Die regelmäßige Evaluation des Ernährungszustandes behinderter Patienten im Kindes- und Jugendalter ist ein essenzieller Bestandteil der Betreuung, da ernährungsbedingte Morbidität und Mortalität bei behinderten Patienten deutlich erhöht sind. Sie erfordert das Erkennen nutritiv bedingter Komorbiditäten (Abb. 1) und beinhaltet die frühzeitige Beteiligung eines multidisziplinären Teams (Abb. 2).

Nutritive Komorbiditäten

Die Überwachung des Ernährungszustandes behinderter Kinder und Jugendlicher beinhaltet die rechtzeitige Identifikation, bzw. idealerweise die Verhinderung von:

- Unterernährung
- Wachstumsrückstand
- Übergewicht
- Spurenelement-/Vitaminmangel
- Osteopenie

Abb. 1: Häufige nutritive Komorbiditäten, die erfasst und behandelt werden müssen

Überwachung des Ernährungszustandes durch frühen Einsatz eines multidisziplinären Teams

Idealerweise sollen Patienten mit schweren Erkrankungen, bei denen die Gefahr der Entwicklung einer Ernährungsstörung wahrscheinlich ist, frühzeitig und in regelmäßigen Abständen einem Team aus folgenden Disziplinen vorgestellt werden:

- Ärzten
- Pflegekräften
- DiätberaterInnen
- Ergo-/Esstherapeuten
- Sprachtherapeuten
- Psychologen
- Sozialarbeitern

Abb. 2

Der frühe Einsatz des multidisziplinären Teams soll die unerwünschten Folgeprobleme, die mit Unterernährung und Fütterungsschwierigkeiten assoziiert sind, verhindern. Dazu gehören z.B. häufige Anspruchnahme des Gesundheitssystems, häufige Arztbesuche oder auch die verminderte Teilnahme an häuslichen und schulischen Aktivitäten.

Darüber hinaus kann eine Ernährungsintervention eine Vielzahl von Verbesserungen der individuellen Gesundheitssituation bewirken, wie in Abbildung 3 dargestellt.

Verbesserung des Gesundheitszustandes durch Ernährungsüberwachung und -modifikation

Adäquate Ernährung kann

- Aufholwachstum erzeugen
- Gewicht normalisieren
- Gesundheit und Lebensqualität verbessern
- die Hospitalisationsfrequenz vermindern
- Irritabilität und Spastizität verringern
- Wachheit fördern
- Entwicklungsprozesse verstärken
- Wundheilung und periphere Zirkulation verbessern
- das Aspirationsrisiko senken

Abb. 3

Behandlungsziele zur Optimierung des Ernährungszustandes

Oberstes Ernährungsziel soll die Vorbeugung oder ggf. die Beseitigung von Malnutrition durch adäquate Zufuhr der zur Aufrechterhaltung des Metabolismus und des Flüssigkeitshaushalts nötigen Substrate inklusive ausreichender Energiezufuhr sein. Zusätzlich sollen ausreichende Energiespeicher zur Steigerung der Widerstandsfähigkeit aufgebaut werden.

Alle an der Betreuung behinderter Patienten beteiligten Disziplinen sollten diese in Abbildung 4 aufgeführten Ernährungsziele im Auge behalten. Dabei gilt es immer zu berücksichtigen, wie die vom Expertenteam vorgeschlagene Ernährungsmodifikation mit den Bedürfnissen des Individuums und gleichzeitig mit den Möglich-

Ernährungsziele

- Vorbeugung und Beseitigung von Malnutrition
- Adäquate Zufuhr der zur Aufrechterhaltung des Metabolismus und des Flüssigkeitshaushalts nötigen Substrate inklusive ausreichender Energiezufuhr
- Ausreichende Energiespeicher zur Steigerung der Widerstandsfähigkeit (Infektionen)

Abb. 4

keiten des/der Versorger in Übereinstimmung gebracht werden kann, da sonst eine Veränderung unrealistisch ist. Auch die Art der Nahrungsapplikation und der Nahrungszubereitung muss den Gegebenheiten angepasst werden; insbesondere muss dabei berücksichtigt werden, ob der Patient ohne Aspirationsgefahr selber essen kann oder ob eine Schluckstörung sich entwickelt, sodass feste Kost zunehmend ein Problem wird oder Fütterzeiten übermäßig lang werden. Auch eine behandlungsbedürftige Obstipation oder eine gastroösophageale Refluxerkrankung müssen erkannt und behandelt werden, da sie untherapiert auch einen erheblichen Einfluss auf das Ernährungsverhalten der Patienten haben.

Ursachen für einen nicht-optimalen Ernährungszustand behinderter Patienten

Die Gewichts- und Längenentwicklung kann durch eine Reihe von nutritiven und nicht-nutritiven Faktoren beeinflusst werden. Zu den nicht-nutritiven Faktoren zählen z.B. Schwere und Art der neurologischen Erkrankung, Einschränkung der Mobilität sowie kognitive Faktoren.

Der häufig unzureichende Ernährungszustand wird meistens durch eine Kombination aus folgenden Faktoren bedingt: Inadäquate Kalorienzufuhr bezogen auf den Bedarf, orale motorische Dysfunktion, gesteigerter Energieverlust, veränderter Energiebedarf. Im Folgenden sollen diese Ursachen mangelhafter Ernährung ausführlich beleuchtet werden.

Inadäquate Energiezufuhr

Inadäquate Energiezufuhr ist die Hauptursache für Unterernährung, Minderwuchs und Übergewicht bei neurologisch beeinträchtigten Patienten. Kinder mit Zerebralparese nehmen weniger Energie mit der Nahrung auf als unbeeinträchtigte Kinder. Dies liegt zu einem großen Teil daran, dass sie ihre Wünsche wie Hunger, Nahrungspräferenzen oder Sättigung nicht äußern können. Somit sind die Betreuer für die Regulierung der Energiezufuhr verantwortlich. Diese überschätzen jedoch oft die Energiezufuhr und unterschätzen die Fütterungszeiten. Da das Füttern der Patienten sehr zeitaufwändig ist, können Nahrungsmenge und somit Energiezufuhr unabsichtlich deutlich unterhalb des Bedarfs liegen.

Untersuchungen hierzu konnten zeigen, dass es nach Steigerung der Energiemengen in einem Patientenkollektiv mit ZP, in dem zuvor nachweislich eine hypokalorische Tagesmenge zugeführt wurde, zu einer deutlichen Gewichts- und Längenzunahme kam.

Eine enge Überwachung bleibt nach Nahrungsmodifikation nötig, damit es nicht zu einer überproportionalen Gewichtszunahme kommt.

Orale motorische Dysfunktion

Fütterungsprobleme treten bei Kindern mit Zerebralparese sehr häufig auf. Reilley et al. veröffentlichten bereits vor vielen Jahren eine Untersuchung, in der sich zeigte, dass 90 % aller Kinder im Vorschulalter mit Zerebralparese Fütterungsprobleme hatten. In der genaueren Analyse wurde von 57 % der Kinder berichtet, dass sie nicht gut saugen konnten, 38 % hatten Schluckprobleme und 80 % wurden mindestens einmal als Säugling oder Kleinkind nicht oral mit Nahrung versorgt. Interessanterweise gingen die Fütterungsprobleme in 60 % der Fälle der Diagnosestellung „Zerebralparese“ voraus. Häufig angegebene Beschwerden von Eltern waren: schwaches Saugen, Probleme beim Einführen solider Kost, Schwierigkeiten, Flüssiges zu trinken, Schwierigkeiten, zu beißen und zu kauen, Würgen und Husten beim Füttern.

Dies zeigt, wie wichtig eine sorgfältige Ernährungsanamnese durch alle Betreuer in einem Risikokollektiv, das eine ZP entwickeln könnte, ist, insbesondere damit Warnzeichen erkannt und Interventionsmaßnahmen entsprechend rechtzeitig eingeleitet werden können.

Zusätzlich werden traumatisch erlebte invasive Eingriffe wie z.B. Sondieren, Intubation, Absaugen, Bougienen o.ä. als ursächlich für jegliche Abwehr von Nahrungsaufnahme angesehen.

Die Abhängigkeit vom Betreuer und die durch die orale motorische Schluckstörung bedingte Ineffektivität der Fütterung, bezogen auf die Menge an Nahrung, die zugefüttert wurde, und auf die Nahrungsmenge, die wieder ausgespuckt wurde, sowie der nötige Zeitaufwand, beeinflussen den Ernährungszustand der Patienten erheblich! Kinder mit ZP brauchen im Vergleich zu gesunden Kindern 2–12 mal länger, pürierte Kost zu schlucken und bis zu 15 mal länger, feste Kost zu kauen und zu schlucken.

Die Verlängerung der Gabe von Mahlzeiten führt nicht notwendigerweise zur Kompensation der Fütterungsineffektivität. In einer Publikation wurde von 28 % der Eltern eine tägliche Fütterungsdauer von über 3 Stunden angegeben, von 6 % bis zu 6 Stunden!

Fütterung wird in solchen Situationen von Kind und Eltern oftmals als unangenehm erlebt. Die Wahrnehmung der Eltern-/Betreuergefühle ist aufgrund der Abhängigkeit der Patienten von ihnen extrem wichtig.

Die Kinder zeigen oft eine Unfähigkeit, die Lippen richtig zu formen (den Mund zu schließen), speicheln und schieben die Zunge vor, sodass viel Nahrung verloren wird.

Aufgrund nicht vorhandener oraler Sensibilität, unkoordinierter Bewegungen oder der nicht altersgerechten oralen Motorik gelingt die Bolusformation bei fester Nahrung nicht.

Die Initiation des Schluckreflexes ist verzögert, die Nahrung bleibt in der Vallecula oder im Sinus piriformis hängen, und die Aspirationsgefahr steigt.

Hilfestellungen bei orofazialen Störungen

- Koordination:
Pädiater, Neuropädiater, Logopäden, Psychologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten
- Familienkonstellation mit einbeziehen!
Welche Kompetenz besitzen die Eltern intellektuell, sozial, zeitlich, psychisch?
- Hilfsmittel:
verschiedene Sauger, Becher, Haltevorrichtungen
- Korrekte Lage, Haltung des Kindes in der Fütterungssituation
- Korrekte Füttertechnik
z.B. kein Füttern des Kindes ohne vorangegangenes Signal, verschiedene Konditionierungstechniken
- Ggf. aber auch Sonde!
Dann intensive Begleitung der Eltern (praktisch und psychologisch) und weitere orofaziale Stimulation!!

Abb. 5: Maßnahmen zur Diagnostik und Therapie orofazialer Störungen

Es ist daher wichtig, so früh wie möglich das Vorhandensein einer oralen motorischen Störung zu erkennen, damit rechtzeitig eine Verbesserung erzielt werden kann und die Gefahr möglicher Aspirationen erkannt wird. Wie in Abbildung 5 zusammengefasst, ist die Zusammenarbeit einer Reihe von Experten zur Diagnostik der Nahrungsaufnahmestörung und zur Anleitung mit verschiedenen Hilfsmitteln oder Füttertechniken hier sinnvoll. Ebenso gilt es, verschiedene Grundsätze wie z.B. korrekte Lage des Patienten beim Füttern, kein Füttern des Kindes ohne vorausgegangenes Signal, dass Hunger vorhanden ist, oder Konditionierungstechniken zu berücksichtigen, soweit dies abhängig vom kognitiven Zustand des Patienten möglich ist.

Es gibt jedoch Patienten, bei denen der Einsatz einer zusätzlichen oder alleinigen (Patienten mit progredienter Schluckstörung und erheblicher Aspirationsgefahr) Ernährungssonde notwendig wird. Wie weiter unten dargelegt, bedingt dies jedoch eine intensive Vorbereitung sowie eine praktische und psychologische Begleitung der Eltern und Betreuer.

Gesteigerter Nährstoffverlust und veränderter Energiebedarf

Kinder, die noch selber essen können, haben oft eine schlechte Hand-zu-Mund-Koordination, dabei geht viel Essen verloren. Dies kann leicht übersehen werden.

Nachgewiesenermaßen leiden über 75 % der Patienten mit Zerebralparese und anderen schweren Behinderungen an einer gastroösophagealen Refluxerkrankung (GÖRK). Über Erbrechen kommt es oft zu einem erheblichen Verlust von Nährstoffen. Dies wird immer noch zu häufig übersehen, fälschlich werden Verhaltensänderungen wie z.B. neu aufgetretene Aggressivität, abwehrende Kopfbewegungen oder dystone Bewegungen der Grunderkrankung zugeordnet, obwohl sie auch Ausdruck von Schmerzen im Rahmen einer GÖRK mit z.T. schwerer Ösophagitis sein können. Daher sollte auch der Kinder-

Häufige gastroenterologische Probleme bei behinderten Kindern und Jugendlichen

- Gastroösophageale Refluxerkrankung
Diagnostik: Ösophagogastroskopie, pH-Impedanzmessung
Therapie: z.B. Protonenpumpeninhibitoren
- Verzögerte Magenentleerung
Ggf. Prokinetika
- Dumping-Syndrom bei Sondenernährung
Auf Schweißausbrüche nach Sondierung achten
Ggf. Blutzuckermessung
- Obstipation
Stuhlweichmacher wie z.B. Macrogol rechtzeitig einsetzen

Abb. 6

und Jugendgastroenterologe Teil des betreuenden Expertenteams sein (Abb. 2). Weitere Motilitätsstörungen des Gastrointestinaltraktes sind eine nicht selten verzögerte Magenentleerung sowie die Obstipationsneigung, die zu erheblichen Bauchschmerzen mit nachfolgender Nahrungsverweigerung führen kann. Somit gilt es, auch diese Symptome abzufragen und ggf. zu behandeln (Abb. 6).

Wie bei anderen mit Unterernährung einhergehenden chronischen Erkrankungen, sind behinderte Kinder und Jugendliche im Rahmen schwerer Infektionen bei bereits bestehender Mangelversorgung mit Nährstoffen durch den Katabolismus schwer gefährdet. Der Energiebedarf steigt in solchen Situationen stark und kann ohne Ernährungssonde oft nicht adäquat zugeführt werden. Zusätzlich können verschiedene Medikamente, die für die Therapie der Grunderkrankung notwendig sind, den Appetit beeinflussen und unerwünschte Wirkungen auf den Gastrointestinaltrakt haben und somit das Ernährungsverhalten beeinflussen.

Evaluation des Ernährungszustandes

Jeder Patient mit schwerer Behinderung sollte in regelmäßigen Abständen einer Untersuchung seines körperlichen Zustandes und einer Einschätzung seiner Ernährungssituation unterzogen werden. Mangels gut standardisierter Evaluationshilfen steht das Betreuersteam jedoch häufig vor der Frage, wie dies praktiziert werden soll, wie der Energiebedarf ermittelt werden kann und was als „optimales“ Wachstum für ein schwer behindertes quadriplegisches Kind angesehen werden kann. Im Folgenden soll auf Basis einer gleichwohl spärlichen Datenlage hierzu eine Empfehlung gegeben werden.

Zunächst sollten eine eingehende körperliche Untersuchung, eine Basis-Laborwertkontrolle und je nach Symptomatik oder Vorbefunden ggf. eine Reihe weiterer, hier „fakultativ“ genannte, Untersuchungen durchgeführt werden (Abb. 7). Insbesondere ist hier zu beachten, dass fast immer eine primäre Osteopenie vorliegt. Durch Inaktivität und häufig mangelnde Zufuhr von Vitamin D

Evaluation des Ernährungszustandes

Anamnese:

- Grunderkrankung mit Ausprägungsgrad
- Assoziierte Erkrankungen
- Entwicklungsstand / orale Motorik
- Medikation
- Stuhlverhalten
- Ernährungsverhalten!!! GÖRK?

Körperliche Untersuchung:

- Größe, Gewicht, Vitalparameter, Hautfalterdicke
- Beobachtung, genereller Eindruck
- Abdomen (Skybala? Distension)
- WS: Kyphoskoliose, sakrale Anomalien
- Neurologisch: Tonus, Reflexe, Funktionen
- Oral: Aufstoßen, Speicheln, Schleim
- Zeichen der Mangelernährung:
- Uhrglasnägel, Nagelrillen, Hautturgor, -beschaffenheit, Hämatome, Dekubiti

Laboruntersuchungen:

- Differenzialblutbild
- Elektrolyte, Harnstoff
- Gesamteiweiß, Albumin
- Eisen, Ferritin, Transferrin
- ggf. Vitamine, Spurenelemente
- Antikonvulsiva-Spiegel
- Schilddrüsenfunktion

Weitere Untersuchungen (fakultativ):

- Knochenalterbestimmung (li. Hand)
- ggf. Knochendichtemessung (Normwerte ?!; sollte evaluierten Studien vorbehalten bleiben)
- Endoskopie des oberen GIT, 24-h-pH-Metrie-Impedanzmessung
- Breischluck

Abb. 7

und Kalzium steigt die Häufigkeit von Frakturen, die schon bei leichten Umlagerungsmaßnahmen bei schwer retardierten, immobilen Patienten auftreten können. Die Ermittlung des Basis-Kalorienbedarfs im hier besprochenen Patientenkollektiv ist äußerst schwierig. Das erste Hindernis ist bereits das Erfassen der anthropometrischen Daten. Für die Zerebralaparese gibt es zwar Perzentilen; die Länge behinderter Patienten ist jedoch meistens aufgrund von Gelenkkontrakturen, Skoliose, Muskelspasmen oder auch aufgrund mangelnder Kooperation bei kognitivem Defizit nicht zuverlässig bestimmbar. Besonders wichtig ist daher die Kinetik des Wachstums oder des Gewichtsverlaufes, nicht so sehr die absolute Länge oder das absolute Gewicht. Alternativ können jedoch zur Körperlängenschätzung die Längenmaße von Oberarm, Tibia oder Kniehöhe im Sinne einer so genannten „Längensegmentmessung“ genutzt werden. Wie in Abbildung 8 dargestellt, kann aufgrund dieser Maße eine Längenschätzung erfolgen, die dann wiederum in Formeln zur Berechnung des Energiebedarfs eingesetzt werden kann. Ausführliche Analysen von Patientengruppen in großen Studien zeigten, dass der Energiebedarf behinderter Kinder sehr unterschiedlich ist und vor allen Dingen in Abhängigkeit folgender Faktoren variiert: Schwere

der Beeinträchtigung, Mobilität, Ausmaß metabolischer Veränderungen und Vorhandensein von Fütterungsschwierigkeiten. Man kann versuchen, den basalen Energiebedarf mittels indirekter Kalorimetrie und Einsatz der dabei erhaltenen Werte in Formeln auszurechnen; dies ist jedoch in der täglichen Praxis nicht realistisch durchführbar und bleibt Studienzentren vorbehalten. Praktiker erscheint eine Einschätzung der ungefähren Bedarfsmenge anhand der Kalorienzufuhr pro Länge (gemessen oder geschätzt anhand der Segmentlängenbestimmung wie in Abb. 8 und 9 dargestellt). Wie bereits oben erwähnt, dient dies aber nur einer ungefähren Anfangseinschätzung, die keinesfalls als starres Schema anzuwenden ist. Wichtig bleibt die Wachstums- und Gewichtszunahmekinetik. Weitere Messungen wie Körpermassenzusammensetzung, z.B. mittels Bioimpedanzanalyse oder knemometrische Methoden zur Verlaufsbeurteilung können hilfreich sein; es liegen hierfür jedoch nicht genügend Daten vor, um dies standardisiert für das Patientenkollektiv der schwer behinderten Kinder und Jugendlichen in der Praxis anzuwenden.

Nahrungsauswahl und Art der Nahrungsapplikation

Die Art der zuzuführenden Nahrung hängt vom Alter, dem klinischen Zustand und dem geschätzten Energiebedarf sowie den Möglichkeiten ab, die der Patient bezüglich der Nahrungsapplikation hat (oral vs. enteral).

Längenschätzung durch Segmentmessung

Segmentmessung	Längenschätzung	Standardabweichung
Oberarmlänge (OAL)	$L=(4,35 \times \text{OAL}) + 21,8$	1,7
Tibiallänge (TL)	$L=(3,26 \times \text{TL}) + 30,8$	1,4
Kniehöhe (KH)	$L=(2,69 \times \text{KH}) + 24,2$	1,1

Abb. 8

Oftmals möchten Eltern und Betreuer im Falle einer ausschließlichen Ernährung mittels Sonde selbst gekochte Nahrung pürieren und diese verfüttern. Prinzipiell ist nichts gegen eine zusätzliche Gabe selbst gekochter Nahrung einzuwenden, wenn sie in Maßen verwendet

Bestimmung des Energiebedarfs neurologisch beeinträchtigter Kinder

Längenbezogene Kalorienzufuhr
(Krick et al. Dev Med Child Neurol 1992:34, 481-87)

- 15 kcal/cm für Kinder ohne Beeinträchtigung der motorischen Funktionen
- 14 kcal/cm für Kinder mit motorischer Beeinträchtigung, die gehfähig sind
- 11 kcal/cm bei Kindern, die nicht gehfähig sind

Abb. 9

Die perkutane enterale Gastrostomie (PEG)

- ist ein minimal invasiver nicht-chirurgischer Eingriff
- bereitet wenig Unannehmlichkeiten
- kann bereits einige Stunden nach Applikation zur Ernährung genutzt werden

Mögliche Kontraindikationen:

- Abdominale Voroperationen
- Aszites
- Hepatomegalie/Splenomegalie/portale Hypertension

Abb. 10

wird und der überwiegende Anteil aus industriell hergestellter Sondennahrung besteht. Wenn keine Kuhmilchallergie besteht, sollte eine altersadäquate Kasein-basierte Formulanahrung gewählt werden. Für Patienten, die zusätzlich zur enteralen Ernährung mittels Sonde auch orale Nahrung zu sich nehmen, steht eine Vielzahl an Produkten mit verschiedenen Geschmacksrichtungen als Flüssignahrung oder in Brei-/Puddingform zur Verfügung. Bei Gebrauch hochkalorischer Nahrung (1,5–2 kcal/ml) muss auf ausreichende zusätzliche Flüssigkeitszufuhr geachtet werden und je nach Grunderkrankung berücksichtigt werden, dass der Eiweißgehalt u.U. zu hoch sein kann. Bei faserreicher Formula kann zwar die Obstipationsneigung verbessert werden, es kann jedoch bei schneller Volumensteigerung oder gerade erst erfolgter Nahrungsumstellung zu starker Blähungsneigung kommen. Ob eine Nahrungszufuhr überwiegend durch Bolusgaben mittels Sondieren „aus der Hand“ in geeigneten Abständen oder mittels Dauerpumpeninfusion über die Nahrungspumpe erfolgt, muss individuell entschieden werden. Bei Kindern ohne sauren Reflux oder verzögerter Magenentleerung wird die Bolusfütterung bevorzugt, da sie die physiologischere Form der Ernährung darstellt, den Kindern und Betreuern mehr Flexibilität lässt und für mobile Patienten angenehmer ist. Bei Kindern, die Bolusfütterungen nicht tolerieren oder die eine jejunale Sonde haben, erfolgt die Nahrungszufuhr per kontinuierlicher Infusion. Wenn sehr große Volumina nötig sind, können Bolus-Fütterungen und z.B. nächtliche Infusion kombiniert werden.

Besonderheiten bei PEG-Anlage

Operative Anlagen:

- bei Kindern mit PEG-Kontraindikationen
- +/- Funduplicatio / verschiedene Techniken
- Sondenanlagen unter Durchleuchtung

Gastrojejunostomie/Jejunostomie bei Kindern, die

- gastrale Ernährung nicht tolerieren (Erbrechen)
- schwersten gastro-ösophagealen Reflux haben
- ständig aspirieren
- keine guten Kandidaten für eine Funduplicatio sind
- schon eine nicht-erfolgreiche Anti-Refluxplastik hatten

Abb. 11

Häufig wird über Tag neben oraler Nahrung in Abhängigkeit des Ausmaßes an erhaltener Fähigkeit, diese aufzunehmen, per Bolus sondiert und in der Nacht über einige Stunden eine Infusionspumpe angeschlossen. Zu berücksichtigen sind dabei Faktoren wie: Verträglichkeit der Nahrungsmengen, Fahrten zur Schule oder in Einrichtungen, häusliche Situation und Verfügbarkeit von zusätzlichen Hilfspersonen wie ambulantem Pflegedienst o.ä.

In jedem Fall muss die Umstellung auf ein neues Ernährungsregime unter strenger, zunächst meist stationärer Überwachung erfolgen. Durch Einführen hoher Kalorienmengen im Bolus kann es zu Phänomenen wie deutlich beschleunigter Magenentleerung mit schweren Folgen kommen. Dazu gehören z.B. Kreislaufprobleme mit Schweißausbrüchen bis hin zum Kollaps in der Frühphase oder Hypoglykämien im Verlauf, die häufig unerkannt bleiben können. Im Falle ausgeprägter Kachexie muss ein enteraler Nahrungsaufbau unbedingt stationär unter Überwachung eines erfahrenen Ernährungsteams erfolgen, da der zu rasche Nahrungsaufbau zum sogenannten „Refeeding-Syndrom“ führen kann, einem gefährlichen Krankheitsbild mit ausgeprägter Elektrolytverschiebung infolge erhöhter Insulinausschüttung, insbesondere bezogen auf extra- und intrazelluläre Konzentrationen von Kalium, Magnesium und Phosphat mit multiplen Folgen bis hin zum plötzlichen Herzversagen.

Nach Initiierung einer neuen Ernährungsform unter Verwendung von Sondenkost ist eine regelmäßige Vorstellung in einem Team mit Ernährungsberatungskompetenz wichtig. Die somatischen Parameter müssen engmaschig kontrolliert werden. Die Entwicklung von Übergewicht muss unbedingt vermieden werden. Neuere Daten aus Skandinavien und aus der Arbeitsgruppe von Professor Reinehr aus Datteln zeigen, dass der Prozentsatz an übergewichtigen behinderten Kindern und Jugendlichen deutlich zunimmt. Dies gilt es unbedingt zu vermeiden, da Übergewicht für diese Patienten zum einen die Risiken der Entwicklung eines metabolischen Syndroms birgt, wie bei nicht-behinderten Patienten, und zum anderen das Übergewicht sich nachteilig auf die Pflegesituation auswirkt. Effektive, nachhaltige Interventionen zur Übergewichtsreduktion sind bisher für adipöse behinderte Kinder und Jugendliche nicht publiziert worden. Zukunftsziel müsste es sein, effektive Präventions- und Interventionsstrategien zur Übergewichtsreduktion zu entwickeln, um die soziale Teilhabe behinderter Kinder und Jugendlicher im Rahmen ihrer Möglichkeiten nicht noch weiter zu gefährden.

Ernährung via Ernährungssonde – Indikationsstellung und Ethische Probleme

Für Eltern und Betreuer neurologisch schwer beeinträchtigter Kinder ist es sehr häufig ein großes Problem, die Notwendigkeit der Gastrostomie zu akzeptieren. Die Entscheidungsfindung sollte unter Berücksichtigung elterlicher Wünsche jedoch zum Wohl des Kindes getroffen werden. Ein Insistieren des medizinischen Teams auf das Sondenlegen verstärkt die elterlichen Versagensge-

fühle, insbesondere bei Müttern, deren Ur-Instinkt, ihr Kind zu sättigen, nicht erfüllt wird. Umfassende Untersuchungen zu diesem Thema zeigten, dass nicht nur Eltern sondern auch professionelle Betreuer angesichts der Empfehlung zur Ernährung via PEG-Sonde zunächst negative Gefühle angaben. Die Mehrzahl der Befragten gab dann aber rasch eine Verbesserung der Ernährungssituation nach PEG-Anlage an, jedoch wurde die Ernährung via PEG primär als unnatürlich erlebt. Oftmals wird im Übergang zur Anlage einer perkutan gelegten Nahrungssonde eine orogastrale Sonde bevorzugt. Dieses Verfahren ist zwar minimal invasiv, dient jedoch nur zur Kurzzeittherapie unterernährter Kinder. Auf längere Sicht betrachtet ist die Dislokationsgefahr groß, es kann bei längerer Lage zu intestinalen Perforationen, zu Nasenverstopfung, Sinusitiden und zu Schleimhautirritationen bis hin zu Druckulzera kommen. Ein Gastrostoma bietet eine gute Alternative für Kinder, die hartnäckige Fütterungsprobleme und eine mangelnde Gewichtszunahme haben. Die Langzeit-Therapie ist viel komfortabler, und es besteht nur eine geringe Dislokationsgefahr. Die Nahrungszufuhr über ein Gastrostoma begünstigt die Gewichtszunahme erheblich, verbessert den Gesundheitszustand und verkürzt die Fütterungszeiten. Studien belegen, dass Kinder mit dem kürzesten Intervall zwischen Beginn der neurologischen Auffälligkeit und Anlage des Gastrostomas zur Nahrungszufuhr das beste Ansprechen zeigen. Zusätzlich hatten Kinder, die bereits im ersten Lebensjahr ein Gastrostoma erhielten, eine größere Chance, mit ihrem Gewicht und ihrer Länge über die 5. Perzentile zu gelangen. Eine Ernährungsintervention 8 Jahre nach diagnostizierter schwerer neurologischer Erkrankung begünstigte zwar die altersbezogene Gewichtsentwicklung, nicht jedoch die altersbezogene Längenentwicklung. Daher sollte die Indikationsstellung eher frühzeitig erfolgen. Eine PEG-Anlage ist ein minimal invasiver nicht-chirurgischer Eingriff, der nur in geringem Ausmaß Unannehmlichkeiten bewirkt. Selten gibt es Kontraindikationen oder Besonderheiten, die eine Sondenanlage nicht erlauben oder die bedingen, dass die Ernährungssonde operativ erfolgen muss (Abb. 10, 11).

Fazit für die Praxis

Das Thema „Ernährung behinderter Kinder“ ist sehr komplex. Adäquate Beratung von Patienten und deren Familien muss durch geschultes Personal erfolgen. Die einzelnen Fachdisziplinen müssen eng miteinander kooperieren. Damit noch konkretere Empfehlungen zu Nahrungszusammensetzung und zu Verlaufskriterien für Nachfolgeuntersuchungen ausgesprochen werden können, sind prospektive Untersuchungen in größeren Patientenkollektiven erforderlich.

Literatur bei der Verfasserin

Interessenkonflikt: Die Autorin hat Vorträge bei Veranstaltungen, die von der Firma Nutricia unterstützt wurden, zu diesem Thema gehalten.

Priv.-Doz. Dr. med. Anjona Schmidt-Choudhury
Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Ruhr-Universität
Bochum im St. Josef-Hospital
Alexandrinenstr. 5, 44791 Bochum
a.schmidt-choudhury@klinikum-bochum.de

Red.: Christen

Therapie und Prophylaxe der primären bakteriellen Meningitis – eine medizinische Erfolgsgeschichte



Prof. Dr. med.
Helmut Helwig¹

Die primäre bakterielle Meningitis (BM) hat sich im 20. Jahrhundert von einer epidemischen Seuche durch Meningokokken, die Menschen aller Altersgruppen befiel, zu einer Erkrankung vornehmlich des Säuglings- und Kleinkindes-Alters entwickelt¹. Neben *N.meningitidis* wurden *S.pneumoniae* und insbesondere *Haemophilus influenzae Typ b (Hib)* zu Erregern der BM jenseits des Neugeborenenalters. Während Hib nur ein einzelner Erregertyp ist, kommen für Meningokokken und Pneumokokken eine ganze Reihe Subtypen mit jeweils unterschiedlichen Antigenen als Meningitis-Erreger vor.

Die **Prognose** der BM war vor Einführung einer wirksamen Therapie zu mehr als 90 % infaust.

Voraussetzung für eine **wirksame Therapie** der BM war die Entwicklung diagnostischer Möglichkeiten (Tab. 1) zum Erreger-Nachweis und zur Sicherung des klinischen Verdachts¹.

175	Galen	Symptomatologie
1661	Willis	Krankheits-Beschreibung
1803	Herpin	Terminologie
1887	Matthey	Morphologie
1891	Quincke	Lumbalpunktion
1897	Heubner	Bakteriologie

Tab. 1: Geschichte der Meningitis-Diagnostik

Die Meningitis-Therapie im 20. Jahrhundert¹

1906 gelangen erste begrenzte Erfolge mit intra-venöser und intrathekaler Gabe eines **Meningokokken-Antiserums** vom Pferd bei der Meningokokken-Meningitis^{3,3}. In Ermangelung wirksamerer Therapieformen wurde die Serumtherapie bis etwa 1940 praktiziert.

• SERUMTHERAPIE	1906 – 1940
• SULFONAMIDE	1937 – etwa 1965
• PENICILLIN G	1943 – heute
• CHLORAMPHENICOL	1946 – etwa 1985
• AMPICILLIN	1962 – heute
• CEFOTAXIM/CEFTRIAXON	1980 – heute
• DEXAMETHASON	1988 – heute
• MEROPENEM	1996 – heute

Tab. 2: Chronologie der Meningitis-Therapie

I. Sulfonamide

1935 brach mit der Einführung der **Sulfonamide** eine neue Ära der antibakteriellen Therapie an. Erste Erfolge mit **Sulfanilamid** bei der **Meningokokken-Meningitis** wurden 1937 publiziert⁴. Die Letalität konnte so auf 9–15 % reduziert werden¹.

Die rasche Resistenzentwicklung vieler Erreger begrenzte die Sulfonamid-Monotherapie nach wenigen Jahren. Sulfonamide wurden nach Einführung des Penicillin G und weiterer wirksamer Antibiotika aber viele Jahrzehnte als Kombinations-Partner weiter verwendet.

II. Die Penicillin-Behandlung⁵

1943 wurde **Penicillin** in die Therapie der **Meningokokken-Meningitis** eingeführt^{6,7}. Qualität und Menge des verfügbaren Penicillin, sowie die niedrigen Serumspiegel und die schlechte Liquorgängigkeit begrenzten die Effektivität der Therapie⁸.

Die **konventionelle i.m.-Dosierung** mit 5–30.000 IE/kg K.-Gew./Tag bei Kindern, bzw. 0,1–1 Mega I.E./Tag bei Erwachsenen, ergänzt durch tägliche intrathekale Injektionen führte bei empfindlichen Erregern zu etwa gleich guten Ergebnissen wie die Sulfonamid-Behandlung¹².

Mit der **Kombination von Sulfonamiden mit Penicillin** in konventioneller Dosierung, ergänzt durch intrathekale Applikationen, gelang auch bei der **Pneumokokken-Meningitis** keine entscheidende Resultatsverbesserung.

Ab 1946/1949 wurden mit der **Erhöhung der Penicillin-Dosierungen** (bis zu 1 Mill I.E./kg K.-Gew./Tag bei Kindern, bzw. 20–30 Mill. IE/Tag bei Erwachsenen als i.v.-Kurzinjektionen) entscheidende Resultatsverbesserungen bei penicillin-empfindlichen Erregern erreicht^{8–11}.

Da im Akutstadium der Meningitis eine stärkere Ödembereitschaft des Gehirns besteht und die erreichbaren Penicillin-Liquorkonzentrationen wesentlich höher – u.U. toxisch – sind als bei abklingender Entzündung,

müssen Bolus-Applikationen vermieden werden. Üblich sind heute für Säuglinge und Kinder 4-stündlich 50.000 IE/kg K.-Gew. als i.v. Kurzinfusion.

Die **Kombination von hochdosiertem Penicillin mit Sulfonamiden** wurde besonders bei noch unbekannter Erreger-Empfindlichkeit als Initialtherapie viele Jahre favorisiert.

III. Chloramphenicol

Mit *Chloramphenicol (CMP)*, einem 1946 neu eingeführten bakteriostatisch und breit wirksamen Antibiotikum mit hoher Liquor-Penetration, konnten auch die bis dahin kaum beeinflussbare **Hib-Meningitis** und die Neugeborenen-Meningitis durch gram-negative Erreger erfolgreich behandelt werden¹. *CMP* wurde für mehr als vier Jahrzehnte zum führenden Breitspektrum-Antibiotikum für viele Infektionen in Praxis und Klinik. Die hämatologischen Risiken schränkten seine Anwendung schließlich wieder ein. Daneben wurde für Kombinationen von Penicillinen mit Chloramphenicol von Mikrobiologen stets der Antagonismus zwischen bakterizid und bakteriostatisch wirksamen Antibiotika angemahnt. Bei Neugeborenen kam es infolge des unreifen Abbau-mechanismus in der Leber zu rascher Kumulation mit teils tödlichem Ausgang infolge toxischer Blut- und Gewebe-Konzentrationen („Gray-Syndrom“).

Heute sind in Deutschland keine *Chloramphenicol*-Präparate mehr auf dem Markt.

IV. Ampicillin

1961 wurde *Ampicillin*, das auf viele gramnegative Erreger, insbesondere auch auf *H.influenzae*, bakterizid wirkt, in die Therapie der BM eingeführt¹³⁻¹⁵. Die initiale *Ampicillin*-Monotherapie erwies sich bei der BM in ausreichend hoher i.v.-Dosierung (300 mg/kg/Tag bei Kindern, 12–15 g/Tag bei Erwachsenen) als zumindest gleich gut wirksam wie die Kombination von Penicillin G mit Sulfonamiden und *CMP*.

1974 wurden erstmals **ampicillinresistente**, β -Lactamase-produzierende **Hib-Stämme** beobachtet und daraus resultierende Therapieversager^{16,17}. Die *Ampicillin*-Resistenz hat sich insbesondere in den USA rasch ausgebreitet und stieg zeitweise bis > 35 %.

Die **initiale Ampicillin**-Monotherapie wurde daraufhin zugunsten der kombinierten **Ampicillin-Chloramphenicol**-Behandlung¹⁵ verlassen, bis zur Einführung der Cephalosporine der 3. Generation (s.u.).

V. Cefotaxim / Ceftriaxon / Meropenem

*Cefotaxim*¹⁸⁻²⁰ und *Ceftriaxon*^{21,22} als hochwirksame Cephalosporine der 3. Generation mit bakterizider Wirkung auf die meisten Meningitis-Erreger wurden ab 1980 innerhalb weniger Jahre Mittel der ersten Wahl zur – initialen (kalkulierten) – **Monotherapie** der BM im Säuglings- und Kindesalter²³.

Im Gegensatz zu den frühen Cephalosporinen – *Cephalotin* und *Cefaloridin* –, die sich für die Meningitis-Behandlung wegen ihrer Aktivitäts- und Dosis-Begrenzung als ungeeignet erwiesen hatten, besitzen *Cefotaxim* und *Ceftriaxon* eine längere Halbwertszeit und hohe bak-

terizide Aktivität. Trotz der mäßigen Liquorgängigkeit konnte die minimale Behandlungsdauer erheblich reduziert werden²⁴⁻²⁶.

Seit 1996 wird **Meropenem** bei BM durch cephalosporin-resistente Pneumokokken mit Erfolg verwendet.

VI. Kalkulierte Initialtherapie

Das Bemühen um eine optimale **Initial-Behandlung** der BM, vor Nachweis eines Erregers und dessen Empfindlichkeit, veranlasste viele Kliniker bis Ende der 1980iger-Jahre zur Standard-Behandlung mit **Sulfonamid-Penicillin/Ampicillin-Chloramphenicol** für wenigstens 3 Wochen, mit anschließender „Rezidivprophylaxe“ mit oralem *CMP* für weitere 2–3 Wochen, was auch in den Behandlungsrichtlinien 1965 zum Ausdruck kam¹⁵. Eine Überlegenheit dieser 3er-Kombination gegenüber einer 2er-Kombination oder Monotherapie wurde in kontrollierten Studien nicht nachgewiesen.

Dagegen wurde in mehreren Studien und Erfahrungsberichten nachgewiesen, dass der **unverzögliche Beginn einer wirksamen Antibiotika-Behandlung** entscheidend für den Therapie-Erfolg ist. Jede (unnötige) Verzögerung des Behandlungsbeginns ist auch heute noch häufig Ursache ungünstiger Krankheitsverläufe.

Epidemiologie in Deutschland (vor Einführung der allgemeinen Hib- und Pneumokokken-Impfung):

In einer bundesweiten Umfrage konnten 1986 die aktuelle BM-Häufigkeit (Abb. 1) und die Therapie-Regime im Kindesalter erfasst werden²⁷: Meningokokken und *H.influenzae* waren (vor Einführung der generellen Hib-Impfung 1990) zu je etwa 40 % vertreten, gefolgt von Pneumokokken mit rund 15 %.

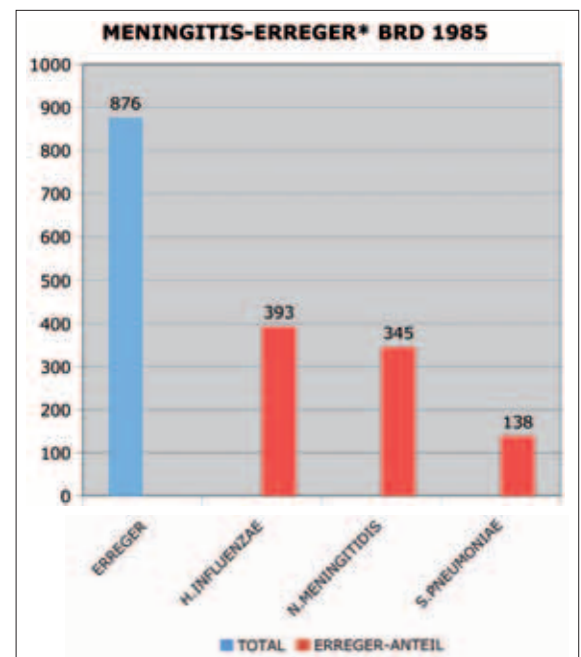


Abb. 1: Erreger-Übersicht der BM im Kindesalter, jenseits der Neonatalperiode in 155 Kinderkliniken und -Abteilungen

(* ohne Erreger-Nachweis: 111, Neugeborenenmeningitis: 262, sekundäre Meningitis: 150)

Das **Therapie-Regime** für die **kalkulierte Initial-Therapie** und die gezielte erregere-bezogene Therapie wies 1985 in vielen Kliniken noch erhebliche Variationen auf, da nicht alle Kliniken der Effektivität der Monotherapie mit Cefotaxim/Ceftriaxon vertrauten.

VII. Dexamethason²⁸

Zwischen **1988 und 1993** wurde in verschiedenen Doppel-Blind-Studien ein signifikanter Nutzen initialer **Dexamethason**-Gaben, beginnend unmittelbar bis 30 Min. vor der 1. Antibiotika-Dosis, auf eine Verminderung von Spätschäden²⁹, insbesondere der Hörschäden, nach Hib- und Pneumokokken-Meningitis nachgewiesen^{30,31}. Dieses Vorgehen hat sich inzwischen allgemein etabliert (Tab. 3) und wird auch bei unbekanntem Erreger eingesetzt, obwohl bei der Meningokokken-Meningitis kein signifikanter Nutzen nachweisbar ist.

	Odio ³⁰	Schaad ³¹
Einzeldosis	0,15 mg/kg 6-stdl.	0,4 mg/kg 12-stdl.
Zahl der Applikationen	16 in 4 Tg.	4 in 2 Tg.
Gesamtdosis	2,4 mg/kg	1,6 mg/kg

Tab. 3: Dexamethason bei bakterieller Meningitis (Erw. 10 mg i.v. alle 6 Std., für 4 Tage)

VIII. Aktuelle Therapie-Empfehlungen³²⁻³⁷

Jeder klinische Verdachtsfall einer BM beim Kind erfordert vom erstverantwortlichen Arzt unverzügliches Handeln (Abb. 2).

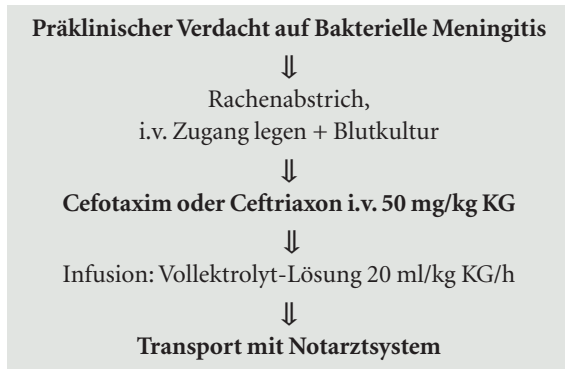


Abb. 2: Prädlinische Handlungsleitlinie bei Verdacht auf primäre BM (in Anlehnung an die aktuelle Version der NICE guideline 2012 (National Institutes for Health and Clinical Excellence); s.a. www.meningitis.org)

Auf dem Höhepunkt der BM-Inzidenz fanden sich von 1982-1994 Kliniker und Mikrobiologen zu den sehr effektiven „Meningitis-Gesprächen“ unter Vorsitz des Autors zusammen, um Standards für die Diagnostik und Therapie der BM zu entwickeln. Aus diesen Arbeitstreffen wurden die ZNS-Arbeitsgemeinschaften der Paul-Ehrlich-Gesellschaft (seit 1982) und der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (seit 1991). Diese Gremien haben wiederholt Empfehlungen zur Diagnose und Therapie der bakteriellen Meningitis erarbeitet und publiziert (Tab. 4).

Erreger	1. Wahl	Alternativen*	Mindest-Behandlungsdauer
Unbekannt oder H. influenzae	Ceftriaxon (1. Tag 100 mg/kg, weiter mit 75 mg/kg/ Tag in 1 Dosis, Erw. 2-4 g/Tag) Cefotaxim (200 mg/kg/Tag in 3 ED, Erw. 6-12 g/Tag)	Ampicillin (4 x 50-100 mg/kg/Tag, Erw. 12-15 g/ Tag)	7 Tage
Meningokokken/ Pneumokokken*	Penicillin G (6x tgl. 50.000 I.E./kg/ Tag als Kurzinfusion, Erw. 20-30 Mill.I.E./Tag)	Cefotaxim oder Ceftriaxon	4 – 7 Tage bei Pneumok. bis 14 Tage

Tab. 4: Aktuell – seit 1997 – gültige Empfehlungen der antibiotischen Behandlung der Bakteriellen Meningitis jenseits des Neugeborenen-Alters¹⁶

Von den Empfehlungen zur Monotherapie weicht die **Meningitis-Therapie in Regionen mit vermehrtem Auftreten penicillin-resistenter Pneumokokken** ab: Initial bei unbekanntem Erreger oder Nachweis von Pneumokokken (bis zum Beweis der Penicillin-Empfindlichkeit): **Cefotaxim** (300 mg/kg/Tag in 4 ED) oder **Ceftriaxon** (80–100 mg/kg/Tag in 1 Dosis – am 1. Tag 2 Dosen) + **Vancomycin** (60 mg/kg/Tag in 4 ED unter Spiegel-Kontrolle).

Die **Mindest-Dauer** für die Antibiotika-Behandlung konnte seit Einführung der **Cefotaxim/Ceftriaxon-Gabe auf 4 bzw. 7 Tage reduziert werden**.

Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie hat 2003 eine **S-1-Leitlinie zur Bakteriellen (eitrigen) Meningoenzephalitis³⁵** veröffentlicht (mit einer Aktualisierung 2008), die weitgehend mit den oben genannten Empfehlungen übereinstimmt und die Besonderheiten der BM im Erwachsenen-Alter differenziert berücksichtigt. Für Erwachsene empfiehlt die PEG in ihren neuesten Empfehlungen von 2010 die initiale Gabe von Cefotaxim/Ceftriaxon + Ampicillin, um evtl. Listerien als Erreger mit zu erfassen.

Prophylaxe der primären BM

Umgebungsprophylaxe bei Meningokokken- und H.influenzae Typ B-Meningitis³⁸⁻⁴⁰

Die wiederholt beobachteten Erkrankungen einer oder mehrerer Kontaktpersonen eines Indexfalles an BM, besonders in Gemeinschaftseinrichtungen wie Internaten und Kasernen, hat zur Suche nach wirksamen Prophylaxe-Maßnahmen geführt. Dabei zeigte sich, dass die Verminderung/Beseitigung einer Besiedelung der Schleimhäute mit dem inkriminierten Erreger im Einzelfall durch Chemotherapeutika möglich ist, die für die Behandlung der BM selber unzureichend sind.

Folgende Richtlinien haben sich seit vielen Jahren bewährt:

Möglichst **innerhalb 24 Stunden** nach Diagnosestellung einer Meningokokken- oder Hib-Meningitis beim

Indexpatienten, notfalls auch später, für **alle Mitglieder der gleichen Wohngemeinschaft** und **weitere enge Kontaktpersonen**:

Rifampicin – Einzeldosis:

< 1 Monat: 10 mg/kg K.-Gew.

1 Monat – 12 Jahre: 20 mg/kg K.-Gew.
(maximal 600 mg)

> 12 Jahre: 600 mg

zur Meningokokken-Prophylaxe:

2 Einzeldosen täglich für 2 Tage

zur Hib-Prophylaxe:

1 Einzeldosis täglich für 4 Tage

Alternativ: Einmalig *Ceftriaxon* i.m. (< 12 J. 125 mg, > 12 J. 250 mg) oder *Ciprofloxacin* (1 x 500 mg p.o., nur für Erwachsene).

Die **Chemoprophylaxe** wird auch für den **Indexpatienten vor seiner Entlassung** aus der stationären Behandlung empfohlen, da die bakterizide Therapie nicht in allen Fällen die Beseitigung der Schleimhautbesiedelung garantiert.

Immunprophylaxe⁴¹

Effektiver als die frühzeitige Diagnostik und antibiotische Therapie der BM haben sich in den letzten Jahren wirksame Impfprogramme zur Verhütung invasiver Hib-, Meningokokken- und Pneumokokken-Infektionen im Säuglings- und Kindesalter erwiesen:

Bereits 1911 gab es erste (erfolglose) Versuche, mit einem Meningokokken-, bzw. Pneumokokken-Antigen Gemisch aus abgetöteten Erregern und Kultur-Extrakten eine Immunisierung gegen Meningokokken bzw. Pneumokokken zu erreichen⁴².

Seit **1966** sind **Polysaccharid-Impfstoffe** verfügbar, die gegen Kapsel-Polysaccharide der Erreger gerichtet sind.

Polysaccharid-Impfstoffe gegen Meningokokken der Serogruppen ACW₁₃₅ und Y werden seit 1960 verwendet. Da sie T-Zell unabhängig sind, lösen sie bei Säuglingen und Kleinkindern keine ausreichende Immunantwort aus. Bei älteren Kindern und Erwachsenen ist die Schutzdauer begrenzt, da die Antikörper-Konzentrationen innerhalb eines Jahres stark absinken.

Erst mit (an andere Proteine/Antigene gekoppelten) **konjugierten Impfstoffen** wurde eine wirksame Standardimpfung ab Säuglings- und Kleinkindesalter möglich gegen

Meningokokken (Typ A, C, W, Y₁₃₅, erstmals jetzt auch gegen Typ B),

Pneumokokken (7-valent, 10-valent und inzwischen 13-valent) und

Haemophilus influenzae Typ B.

Hier ist das Kapselpolysaccharid des jeweiligen Erregerstammes an ein sog. Träger-Protein, z.B. Diphtherietoxoid, Tetanus-Toxoid oder CRM₁₉₇, – ein dem Diphtherietoxin nahe verwandtes Protein – gebunden. Die konjugierten Impfstoffe können eine B- und T-Zell-Antwort auch bei Säuglingen und Kleinkindern induzieren. Zusätzlich wird durch T-Helfer-Zellen durch Bildung von

Gedächtniszellen ein immunologisches Gedächtnis geschaffen.

Meningokokken-Impfung⁴²⁻⁴⁴

Mit einem neuen preisgünstigen **konjugierte Meningokokken A-Impfstoff** wird es vor allem in Afrika möglich, die Meningitis-Häufigkeit in der Subsahara-Zone drastisch zu reduzieren⁴⁵.

In den USA und Europa ermöglichte die generelle Impfung aller Kinder, frühestmöglich im 2. Lebensjahr, mit einem **konjugierten Impfstoff gegen Meningokokken der Gruppe C** einen weiteren Rückgang der Erkrankungen im Kindesalter.

Seit **2006** empfiehlt die STIKO die generelle Impfung aller Kleinkinder ab Beginn des 2. Lebensjahres einmalig mit einem monovalenten Meningokokken-C-Konjugat-Impfstoff⁴¹, sowie die Nachimpfung aller ungeimpften Jahrgänge bis zum 18. Lebensjahr.

In Deutschland hat sich die **Inzidenz der Meningokokken-Meningitis**, vornehmlich der Meningokokken-C-Infektionen, seither von 0.92 (2001–2003) auf 0.55 (2008) vermindert⁴⁶.

Die in westlichen Ländern vorwiegend auftretenden Meningokokken-B-Infektionen hofft man künftig mit neu entwickelten konjugierten **B-Meningokokken-Impfstoffen**⁵² reduzieren zu können⁴⁶.

Meningokokken-Indikationsimpfung

Bei epidemischem oder endemischem Auftreten definierter Erregertypen oder bei Reisen in solche Gebiete:

Einmalige s.c.-Injektion eines bi-(A-C) oder tetravalenten (ACWY₁₃₅) Polysaccharid-Impfstoffes (bei Kindern <6 Monaten: kein Impfschutz garantiert).

Pneumokokken-Impfung^{42,47}

1946 wurde ein **hexavalenter Polysaccharid-Impfstoff** eingeführt, aber nach wenigen Jahren wieder vom Markt genommen, **1977** wurde ein 14-valenter und **1983** der noch heute gebräuchliche 23-valente Pneumokokken-Polysaccharid-Impfstoff zugelassen. Er wird vornehmlich bei älteren Erwachsenen zur generellen Pneumokokken-Prophylaxe verwendet.

Seit **2006** wird von der STIKO die 4-malige (3+1) Grundimmunisierung aller Säuglinge mit einem **7-valenten, inzwischen 10- und 13-valenten Pneumokokken-Impfstoff empfohlen**⁴¹. Die Inzidenz der Pneumokokken-Meningitis konnte nach Einführung der Impfung aller Säuglinge in den USA (bzw. Deutschland) von 1.13 auf 0.79 reduziert werden⁴⁷.

Dass die Verminderung invasiver Pneumokokken-Infektionen weniger dramatisch war als bei der Hib-Impfung erklärt sich daraus, dass es sich bei Hib nur um einen einzigen Erreger-Typ handelt, während für invasive Pneumokokken-Infektionen mindestens 7 Erreger-Typen in Frage kommen. Es verbleibt daher auch bei vollständig geimpften Kindern ein geringes Restrisiko einer Infektion mit einem vom Impfstoff nicht erfassten Pneumokokken-Typ.

Erreger	1986	1995	Veränderung in %	1998- 1999	2006- 2007	Veränderung in %
Haemoph.infl.	2.9	0.2	-94	0.12	0.08	-35
S.pneumoniae	1.1	1.1	+ 4	1.09	0.81	-26
N.meningitidis	0.9	0.6	-33	0.44	0.19	-58
B Streptok.	0.4	0.3	-25	0.24	0.25	± 0
Listeria monoc.	0.2	0.2	- 5	0.10	0.05	-46

Tab. 5: Veränderung der Meningitis-Inzidenz* 1986/1995* und 1998/2007**

* Inzidenz in 4 US-Staaten (Bevölkerung ca. 10 Mill.)⁵⁰

** Inzidenz in 8 US-Surveillance Areas (Bevölkerung ca. 17,4 Mill.)⁵¹

Haemophilus influenzae Typ B (Hib)-Impfung^{48,49}

Die viermalige (3+1) Grundimmunisierung aller Säuglinge mit konjugierten Impfstoffen gegen Hib, wird seit 1988 in den USA, seit 1990 in Deutschland empfohlen. Diese Impfprogramme wurden von der Bevölkerung überraschend positiv aufgenommen und führten innerhalb weniger Jahre zu hohen Durchimpfungsraten.

Während 1985 in der alten BRD noch 393 invasive Hib-Erkrankungen erfasst werden konnten, waren es 1998 nur noch 35, d.h. < 10 %. Die Inzidenz dieser Infektion bei Kindern < 5 Jahren sank von >20/100.000 auf 0,7/100.000.

Diese Erfolge können nur anhalten, wenn alle nachwachsenden Jahrgänge weiterhin zu > 90 % grundimmunisiert werden.

Epidemiologie 1986 vs. 2007

Es gehört zu den spektakulären Erfolgen der Pädiatrie und der Infektiologie der letzten Jahrzehnte, dass sich das mittlere Erkrankungsalter in nur 10 Jahren von 15 Monaten (1985) auf 25 Jahre⁵⁰ (1995) und in weiteren 12 Jahren⁵¹ (2007) weiter auf 41 Jahre erhöht hat (Tab. 5).

Damit ist die BM heute keine Krankheit des Säuglings- und Kindesalters mehr, abgesehen von der Neugeborenen-Meningitis, deren Inzidenz sich nicht wesent-

lich verändert hat. Künftige Ärzte-Generationen werden wohl kaum noch Gelegenheit haben, ausreichende Erfahrungen in der Diagnostik und Therapie der BM im Kindesalter zu sammeln.

Zusammenfassung

Die Arbeit gibt einen Überblick über die Entwicklung immer wirksamerer Behandlungsmöglichkeiten und Immunisierungen gegen die Erreger der primären BM von 1937 bis heute. Die wirksame Therapie der BM begann mit Einführung der Sulfonamide (1937), der Penicilline (1943), von Chloramphenicol (1946), Ampicillin (1961) sowie Cefotaxim/Ceftriaxon (1980). Die Inzidenz der BM ließ sich durch die wirksame Therapie nur in sehr begrenztem Rahmen beeinflussen. Erst mit der allgemeinen Impfung aller Säuglinge/Kleinkinder mit konjugierten Impfstoffen gegen Haemophilus influenzae Typ b (1990), Meningokokken und Pneumokokken (2006) gelang eine dramatische Reduktion der Inzidenzen.

- Die primäre Bakterielle Meningitis ist nach wie vor ein akut lebensbedrohlicher klinischer Notfall.
- Durch die wirksame antibakterielle Therapie hat sich die Prognose grundlegend verbessert.
- Die Inzidenz der im Säuglings- und Kindesalter häufigsten Meningitis durch *N.meningitidis* und *Haemophilus influenzae Typ b* konnte durch eine wirksame Therapie nicht wesentlich verändert werden.
- Eine dramatische Verminderung der Inzidenzen gelang durch die allgemeine Impfung mit konjugierten Polysaccharid-Impfstoffen gegen Hib (seit 1988/1990), Meningokokken der Gruppe C (seit 2006) und Pneumokokken (hexavalent seit 2006).
- Hohe Durchimpfungsraten sind die Voraussetzung für anhaltend niedrige Inzidenzen.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenz-Anschrift des Autors:
Prof. Dr. med. Helmut Helwig
Alemannenstr. 20, 79117 Freiburg
e-mail: hehelwig@web.de

Red.: Christen

Welche Diagnose wird gestellt?

Julia Grothaus

Anamnese

Der 11-jährige Junge wird wegen des V.a. ein Hämangiom an der Schläfe links und konjunktivaler Hyperämie am linken Auge vorgestellt. Anamnestisch bestehen diese bereits seit der Geburt und haben sich seitdem nicht verändert. Eine augenärztliche Vorstellung sei diesbezüglich im Alter von 4 Jahren erfolgt, der Untersuchungsbefund sei unauffällig gewesen, eine weitere Diagnostik oder Therapie habe bisher nicht stattgefunden. Die Familienanamnese ist unauffällig.



Abb. 1: Scharf begrenztes Erythem temporal links

Untersuchungsbefund

11-jähriger Junge in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. An der linken Schläfe zeigt sich ein scharf begrenztes Erythem (Abb. 1). Es besteht eine deutliche Gefäßzeichnung im Bereich der linken Konjunktiva (Abb. 2) sowie eine leichte Protrusio bulbi. Der übrige dermatologische und pädiatrische Untersuchungsbefund ist unauffällig.



Abb. 2: Deutliche Gefäßzeichnung im Bereich der linken Konjunktiva

Welche Diagnose wird gestellt?

Diagnose: Kutan-mukosale venöse Malformation

Bei V.a. eine Gefäßmalformation wurde eine Sonographie der linken Orbita sowie ein kraniales MRT veranlasst. Hier zeigte sich eine venöse Gefäßdysplasie im Bereich der linken Orbita mit Beteiligung der lateralen und oberen Augenmuskeln, des Oberlides und der Sklera. Gleichzeitig fand sich eine kräftige, retrobulbäre Venendarstellung bei geringer Protrusion bulbi links. Die arteriellen Gefäße waren unauffällig. Die ophthalmologische Untersuchung ergab einen unauffälligen Visus und eine normale Netzhaut. Das Resultat einer molekulargenetischen Untersuchung des *TIE-2*-Gens steht noch aus. Es erfolgen jährliche Verlaufskontrollen. Bei aktuell kosmetischer Belastung des extraokulären Naevus flammeus ist die Therapie mit einem gepulsten Farbstofflaser in Lokalanästhesie geplant.

In der Zusammenschau der Befunde ergab sich die Diagnose einer kutan-mukosalen venösen Malformation (CMVM).

Bei den CMVM (OMIM # 600195) handelt es sich um eine meist autosomal-dominant vererbte Erkrankung, welche durch eine Mutation des *TIE-2*-Gens auf Chromosom 9p21 charakterisiert ist. Die CMVM ist gekennzeichnet durch das Vorhandensein kleiner, multifokaler, bläulicher-rötlicher, an der Haut und/oder der Schleimhaut auftretender venöser Malformationen. Sie sind meist bei Geburt vor-

handen, neue Läsionen können auch noch im Verlauf entstehen. Es wurden auch Fälle mit zusätzlichen Herzvitien beschrieben (1,2).

Differenzialdiagnosen

Zu den Differenzialdiagnosen zählen u.a. glomuvenöse Malformationen. Wie die CMVM sind sie meist bei Geburt vorhanden, treten jedoch vor allem an den Extremitäten auf, ihr Aussehen ist pflastersteinähnlich, sie sind leicht erhaben und gelegentlich druckschmerzhaft. Schleimhautbeteiligungen kommen seltener vor. Hämangiome sind hingegen nur äußerst selten bei Geburt manifest und durch eine Wachstumsdynamik (Wachstum durch Proliferation in den ersten 6–9 Monaten, Spontanregression in 85–90 % ab 2. Lebensjahr) gekennzeichnet (3,4). Eine weitere Differenzialdiagnose ist die Ataxia teleangiectatica (Louis-Barr), die durch progrediente Teleangiektasien, Ataxie und einen schweren Immundefekt gekennzeichnet ist.

Diagnostik

Zur Diagnostik gehören neben der Anamnese (Vorhandensein bei Geburt, Größenzunahme proportional zum Wachstum des Kindes, Familienanamnese) und der klinischen Untersuchung (Farbe, Lokalisation, Aspekt, Größe, Ver-

teilung, Palpationsbefund) auch eine Dopplersonographie und ggf. ein MRT, um das Ausmaß der ggf. intrakraniellen venösen Malformation beurteilen zu können. Weiterhin ist die Bestimmung der D-Dimere je nach Größe der venösen Malformation zu überdenken, da es zu lokalisierten und disseminierten intravasalen Koagulopathien kommen kann (2,4).

Therapie

Je nach Lokalisation und Ausmaß kann eine Sklerotherapie und/oder eine Behandlung mit dem gepulsten Farbstofflaser erwogen werden.

Literaturangaben

1. Wouters V et al. Hereditary cutaneomucosal venous malformations are caused by TIE2 mutations with widely variable hyper-phosphorylating effects. *Eur J Hum Genet.* 2010; 18: 414–20
2. Boon LM, Vikkula M. Multiple cutaneous and mucosal Venous Malformations. In: Pagon RA, Bird TD, Dolan CR et al. (Editors). *GeneReviews.* Seattle: University of Washington. 1993
3. Qing K. Wang. Update on the Molecular Genetics of Vascular Anomalies. *Lymphat Res Biol.* 2005; 3: 226–233.
4. Domp Martin A et al., Venous Malformation: update on etiopathogenesis, diagnosis & management. *Phlebology.* 2010; 25: 224–235

Julia Grothaus
Abt. Pädiatrische Dermatologie und Allergologie
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Liliencronstr. 130
22149 Hamburg

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).

ISSN 1436-9559

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.: Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Geschäftsführerin: Christel Schierbaum, Tel. (0221) 68909-14, Fax (0221) 6890978, christel.schierbaum@uminfo.de.

Verantw. Redakteure für „Fortbildung“: Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Kinder- und Jugendkrankenhaus 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. Peter H. Höger, Kath. Kinderkrankenhaus

Wilhelmstift, Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg, Tel. (040) 67377-202, Fax -380, E-Mail: p.hoeger@khh-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. Christoph Kupferschmid, Olgastr. 87, 89073 Ulm, Tel. (0731) 23044, E-Mail: Ch.Kupferschmid@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“ (V.i.S.d.P. Christiane Kermel, Hansisches Verlagskontor GmbH, Lübeck).

Druckauflage 13.730

lt. IVW IV/2012

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen



LA-MED

Redaktionsausschuss: Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Hannover, Prof. Dr. Frank Riedel, Hamburg, Dr. Christoph Kupferschmid, Ulm, 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: Hansisches Verlagskontor GmbH, 23547 Lübeck, Christiane Kermel (V.i.S.d.P.), Fax (0451) 7031-280, E-Mail: ckerme1@schmidt-roemhild.com – **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 11mal jährlich (am 15. jeden Monats) – **Redaktionsschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.**

Anzeigenpreisliste: Nr. 46 vom 1. Oktober 2012

Bezugspreis: Einzelheft € 9,90 zzgl. Versandkosten, Jahresabonnement € 99,- zzgl. Versandkosten (€ 7,70 Inland, € 19,50 Ausland). Kündigungsfrist 6 Wochen zum Jahresende.

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

Hinweise zum Urheberrecht: Siehe www.kinder-undjugendarzt.de/Autorenhinweise

© 2013. 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.

Bedeutsamkeit der Auffrischimpfung gegen Pertussis

Waning Protection after Fifth Dose of Acellular Pertussis Vaccine in Children

Klein NP et al., *N Engl J Med*; 367:1012-9, September 2012

In den USA erhalten Kinder bis zum Alter von 7 Jahren insgesamt 5 Dosen des Diphtherie-Tetanus-azelluläre Pertussis-(DTaP)Impfstoffes. Die Dauer des (Pertussis-) Impfschutzes nach diesen 5 Impfungen ist unbekannt.

Die Autoren von der Kaiser Permanente Versicherung in Nord-Kalifornien untersuchten mittels Pertussis-PCR in einer Fall-Kontroll-Studie unter allen Mitgliedern ihrer Versicherung das Pertussis-Risiko für den Zeitraum von Januar 2006 bis Juni 2011. Dieser Zeitraum schließt einen großen Pertussis-Ausbruch im Jahr 2010 ein.

277 Kinder im Alter von 4 bis 12 Jahren, die Pertussis-PCR positiv waren, wurden mit 3318 PCR-negativen Kontrollen und 5084 passenden Kontrollen verglichen.

Die Studiengruppe bestand aus Kindern, die 4 bis 12 Jahre alt waren; 58 % von ihnen nahmen durchgehend vom 1. Lebensmonat bis zum PCR-Datum bzw. bis zum 7. Lebensjahr am Gesundheitsplan teil. In dieser Gruppe betrug die Durchimpfung mit DTaP 99 % und unterschied sich nicht zwischen PCR-positiven und PCR-negativen Fällen.

Kinder mit PCR bestätigtem Keuchhusten wurden verglichen mit 2 Kontroll-Gruppen, die für Pertussis-PCR negativ waren. Die PCR-negative Kontrollgruppe bestand aus Kindern, die für Pertussis und Parapertussis PCR-negativ waren und zuvor eine 5. Dosis DTaP erhalten hatten. Die zweite Kontrollgruppe bestand aus Kindern, die im Gesundheitsplan den PCR-positiven Kindern vergleichbar waren; sie stimmten in Geschlecht, Alter, Rasse und ethnischer Gruppe mit den PCR-positiven Kindern überein.

Es wurde eine logistische Regression verwendet, um das Pertussis-Risiko in Relation zur Zeitdauer seit der 5. DTaP-Dosis zu bestimmen.

Ausgeschlossen wurden Kinder, die in der Säuglingszeit einen Ganzkeim-Pertussis-Impfstoff oder einen weiteren Pertussis-Impfstoff nach der 5. Impfung erhalten hatten.

Die besonders bei 8- bis 11-jährigen Kindern beobachteten Pertussis-Fälle waren leicht bis mittelschwer. Innerhalb von 5 Tagen vor bis 5 Tage nach dem PCR-Test hatten 272 der 277 (98,2 %) einen ambulanten Arzt-Termin wahrgenommen; 261 erhielten eine Verordnung von Azithromycin (94,2 %). Bei 219 Kindern wurde die Diagnose Keuchhusten, Husten oder Pertussis-Exposition (79,1 %), bei 45 Kindern (16,2 %) verwandte Diagnosen gestellt (Atemwegsinfekt, Asthma, Bronchitis, Croup oder unspezifischer Virusinfekt), 11 Kinder (4,0 %) hatten 100 Tage vor bis 100 Tage nach dem PCR-Test eine Notfall-Ambulanz wegen Keuchhusten aufgesucht. Keines der 277 Kinder der Studiengruppe wurde wegen Pertussis stationär aufgenommen; ebenso gab es keinen Todesfall durch Pertussis.

PCR-positive Kinder hatten die 5. DTaP-Dosis früher erhalten als die PCR-negativen Kontrollen ($P < 0.001$) oder die Vergleichskontrollen ($P = 0.005$).



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Der Vergleich mit den PCR-negativen Kontrollen ergab (eine Odds Ratio von 1.42/95 % confidence Intervall), dass nach der 5. DTaP-Dosis das Risiko, an Keuchhusten zu erkranken, jedes Jahr um 42 % steigt.

Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass 5 Jahre nach der 5. DTaP-Dosis der Pertussis-Schutz deutlich nachlässt.

Kommentar

Die in verschiedenen Ländern und auch in Deutschland in den letzten Jahren beobachtete Zunahme von Keuchhusten-Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter bei vollständig mit azellulären Pertussis-Impfstoffen geimpften Kindern wird hier in einer sorgfältigen und aufwendigen Fall-Kontrollstudie eindrucksvoll objektiviert. Die Beobachtungen und Ergebnisse bestätigen die Notwendigkeit, dass „neue“ Impfstoffe noch viele Jahre nach ihrer Einführung in die aktuellen Impfprogramme auf ihre Wirkungsdauer überprüft werden müssen. Rechtzeitige Auffrischimpfungen, wie von der STIKO empfohlen, im Alter von 5 bis 6 und 9 bis 17 Jahren – u.U. auch im Rahmen einer erforderlichen Td-Impfung als Tdap Impfung – bzw. ein Impfstoff mit längerer Wirkungsdauer sind für einen optimalen Pertussis-Schutz unerlässlich. (Helmut Helwig, Freiburg)

Codein nach Adeno-Tonsillektomie – potentiell letale Nebenwirkung

More Codeine Fatalities after Tonsillectomy in North American Children

Kelly LE et al., *Pediatrics* 129:1343-7, Mai 2012

Kinder und Erwachsene können unterschiedlich auf eingenommene Medikamente reagieren.

Kelly et al. berichten aktuell über den Krankheitsverlauf von drei Kindern, die wegen einer obstruktiven Schlafapnoe (OSA) adeno-tonsillektomiert worden waren und postoperativ Codein zur Schmerzlinderung erhalten hatten [1].

Kind 1: Ein 4-Jahre-alter Junge (27,6 kg) wurde wegen einer obstruktiven Schlafapnoe (OSA) und einer chronischen Tonsillitis adeno-tonsillektomiert und nach einer Nacht im Krankenhaus nach Hause entlassen. Den Eltern wurde ein Rezept über Codeintropfen zur Schmerzbekämpfung mitgegeben und eine Einzeldosis von 8 mg, nach Bedarf bis zu 5 mal pro 24 Stunden, empfohlen. Bereits bei der Entlassung fiel den Eltern die Lethargie des Kindes auf. Am nächsten Nachmittag, nach 4 Codeindosen, wurde das Kind ohne Lebenszeichen in die Klinik gebracht. Die postmortal im Blut gemessene Morphinkonzentration betrug 17,6 ng/ml. Der therapeutische Bereich liegt zwischen $4,5 \pm 2,1$ ng/ml. Der Codein-Spiegel war nicht erhöht. Andere eventuell verursachende Substanzen konnten nicht nachgewiesen werden. Bei der Genotypisierung des Cytochrom P450 konnte für CYP2D6 ein Polymorphismus vom Typ Ultrarapid Metabolizer (UM) dokumentiert werden. Der CYP2D6-UM-Status hatte bei dem Kind zu einem erhöhten Morphin-Serumspiegel mit nachfolgender Atemdepression geführt.

Kind 2: Das 3-Jahre-alte Mädchen (14,4 kg) wurde wegen OSA adeno-tonsillektomiert. Postoperativ erhielt sie 2 Dosen Codeinsirup mit jeweils 15 mg. Bei der Entlassung wurde den Eltern ein Kombinationspräparat aus Codein und Paracetamol (15 mg Codein und 150 mg Paracetamol) mitgegeben, das nach Bedarf alle 4-6 Stunden verabreicht werden sollte. Sechs Stunden nach der letzten Codein-Gabe war das Mädchen bewusstlos. Bei der stationären Aufnahme betrug die Sauerstoffsättigung 65%, der Serum-Morphinspiegel 17 ng/ml. Nach Reanimation und Gabe von 1,5 mg Naloxon verbesserte sich der Zustand des Kindes. Bei der Genotypisierung konnte nur ein EM-(extensive Metabolizer) vom Typ Cyp2D6 nachgewiesen werden, obwohl der Morphin-Spiegel eher für einen UM-Metabolizer-Typ sprach. Überlappungen des EM-Genotyps mit dem UM-Phänotyp scheinen vorzukommen, wie die Autoren unter Bezugnahme auf eine Studie von Gaedigk et al. berichten [2].

Kind 3: Ein 5-Jahre-alter Junge (29 kg) wurde wegen Paukenergüssen, rezidivierenden Tonsillitiden und OSA adeno-tonsillektomiert und erhielt Paukenröhrchen. Ihm wurde postoperativ Paracetamol und Codein (Codein in einer Dosierung von 12 mg alle 4 Stunden) verordnet. Die Gesamtdosis von 72 mg/Tag lag im Rahmen der empfohlenen Codein-Dosis von 6 mg/kg KG/Tag [3]. Das Kind wurde postoperativ nach Hause entlassen und 24 Stunden nach dem Eingriff ohne Lebenszeichen von seiner Mutter im Bett gefunden. In der Autopsie konnte keine Todesursache nachgewiesen werden. Die postmortale Codeinkonzentration betrug 79 ng/ml und die Morphinkonzentration 30 ng/ml. Obwohl nicht nachgewiesen, gehen die Autoren des Berichtes auch hier von einem CYP 2D6-Polymorphismus vom UM-Typ aus.

Schlussfolgerungen: Codein ist vor allem bei Kindern, die an einer OSA leiden, mit einer hohen Komplikationsrate belastet und nicht sicher, was wahrscheinlich auch für andere Opiate gilt.

Kommentar

Der CYP2D6-Gen-Polymorphismus tritt in unterschiedlichen Phänotypen und bei verschiedenen Ethnien mit unterschiedlicher Häufigkeit auf: als Extensive Metabolizer (EM-normaler Metabolizer), Ultrarapid Metabolizer (UM-schneller Metabolizer), Intermediate Metabolizer (IM-abgeschwächter Metabolizer) und Poor Metabolizer (PM-langsamere Metabolizer).

In den Körper aufgenommenes Codein wird in der Leber durch ein Enzym, das nach seinem Gen als Cytochrom P 450-2D6 (CYP2D6) bezeichnet wird, zu Morphin umgewandelt. Unterschiede in der Codeinwirkung können zum großen Teil auf genetische CYP2D6-Polymorphismen, Verdopplungen oder Vervielfachungen im Gencode, zurückgeführt werden.

Gasche et al. und Ciszkowski et al. haben 2004 und 2009 den Zusammenhang zwischen Codeinunverträglichkeit und einem Cytochrom-Polymorphismus vom UM-Metabolizer Typ mit Verdoppelung oder Vervielfachung des CYP2D6-Gens nachgewiesen [4, 5]. Codein ist eine Pro-Drug des Morphins, die erst in das analgetisch wirksame Morphin umgewandelt werden muss. Das CYP2D6-Enzym katalysiert die Hydroxylierung und die Demethylierung von Codein [5]. Die O-Demethylierung von Codein zum analgetisch wirksamen Morphin über CYP2D6 beträgt weniger als 10% der Codein Clearance, ist aber für die Morphin-Aktivität entscheidend [6]. CYP2D6 ist aber nicht nur am Stoffwechsel von Codein, sondern auch am Stoffwechsel von etwa 100 weiteren Pharmaka beteiligt, zu denen Beta-Blocker, Anti-Arrhythmika, Antidepressiva, Neuroleptika und Opiode gehören [7].

Bei den von Kelly et al. berichteten zwei postoperativen kindlichen Todesfällen und dem einen Fall einer schweren, nicht tödlich verlaufenden Atemdepression konnten die Erkrankungen auf Grund der hohen kindlichen Morphinspiegel auf einen UM-Metabolizer-Status zurückgeführt werden [1]. Die Einnahme von Codein zur Schmerzbekämpfung nach einer Tonsillektomie oder Adeno-Tonsillektomie erhöht durch die bei einem UM-Status höhere Umwandlung von Codein zu Morphin das Risiko einer Atemdepression, die, wie die Fallberichte zeigen, tödlich verlaufen kann.

Kinder und Erwachsene mit einem UM-Status besitzen zwei oder mehrere CYP2D6-Gene, die zu der höheren Konversionsrate von Codein zu Morphin und damit zu einer Morphin-Überdosierung führen können.

Bei der Gabe und Verordnung von Codein muss in Klinik und Praxis das Risiko eines kindlichen UM-CYP2D6-Status bedacht werden [8]. Bei einer Indikation sollte das Kind besonders überwacht und nur die geringste wirksame Codein-Dosis so kurz wie möglich verordnet werden.

Literaturzitate über den Autor: juergen.hower@googlemail.com

(Jürgen Hower, Mülheim/Ruhr)

Reinfektion statt Rückfall bei Borrelien

Differentiation of Reinfection from Relapse in Recurrent Lyme disease

Nadelman RB, Hanincová K, Mukherjee P et al., *N Engl J Med.* 367:1883-90, November 2012

Die Infektion mit *B. burgdorferi* kann in mehreren Stadien verlaufen. Das Erythema migrans ist dabei die häufigste Manifestation der Lyme Erkrankung. Alle Manifestationen der Lyme-Krankheit können durch eine ausreichend lange antibiotische Therapie (meist) erfolgreich behandelt werden. Trotzdem kann es nach einer solchen Behandlung in seltenen Fällen zu einer „erneuten“ Lyme-Symptomatik kommen. Hier stellt sich die Frage: Handelt es sich um ein „Rezidiv“ oder um eine „Reinfektion“?

Um diese Frage zu beantworten, untersuchten Nadelmann und Mitarbeiter mit molekulargenetischen Methoden das „outer-surface protein C“ (*ospC*)-Gen von *B. burgdorferi*-Isolaten (PCR, Sequenzierung) bei 17 Patienten mit rezidivierendem *Erythema migrans* (22 Episoden) nach vorher erfolgter antibiotischer Therapie. In allen Fällen der vermeintlichen *Erythema migrans*-Rezidive fanden sich unterschiedliche *ospC*-Gen-Sequenzen im Vergleich mit den Resultaten bei Erstmanifestation. Dies bedeutet, dass es sich in allen Fällen nicht um ein Rezidiv, sondern tatsächlich um eine Reinfektion durch *B. Burgdorferi* handelt.

Kommentar

Diese Ergebnisse sind sehr wichtig in einem breiteren Kontext: Es ist wahrscheinlich, dass es sich auch bei früher berichteten Fällen von „chronischer persistierender Lyme Erkrankung“ eher um wiederholte Reinfektionen handelt.

(Volker Schuster, Leipzig)

Service-Nummer der Assekuranz AG

für Mitglieder des Berufs-
verbandes 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.



KINDER-UND JUGENDARZT

im Internet

Alle Beiträge finden Sie vier Wochen nach Erschei-
nen der Printausgabe im Internet unter

www.kinder-undjugendarzt.de

Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Ver-
fügung.

Besiedlung von Inhalations- mundstücken durch Schimmelpilze

**CONSILIUM
INFECTORUM**

Priv.-Doz. Dr.
P. Ahrens

Frage:

Dosieraerosole (insbesondere inhalative Corticosteroide) werden häufig im Badezimmer aufbewahrt, nicht zuletzt wegen der empfohlenen Mundspülung nach der Inhalation.

- Geben Studien über die mögliche Besiedlung der Mundstücke durch Schimmelpilze oder Bakterien (*Pseudomonas*) Auskunft?
- Welche Risiken und Empfehlungen leiten sich hieraus für den Patienten ab?

Antwort:

Zunächst erscheint es mir sinnvoll, eine Antwort auf eine nicht gestellte Frage zu geben: Auch wenn die Mundspülung empfohlen wird, ist eine Inhalation vor dem Essen oder ein richtiges „Nachtrinken“ weitaus sinnvoller. Wir sehen bei der Anwendung von Dosieraerosolen immer wieder erhebliche Pilzbesiedlungen des Ösophagus bei empfohlener Anwendung „vor dem Zähneputzen“. Dies hängt mit der erheblichen Flächendosis des inhalativen Steroids im Ösophagus durch das verschluckte Cortison zusammen. Bei der Mundspülung wird diese Gefahr einer Begünstigung von ösophagealen Pilzbesiedlungen nicht beseitigt. Die Pilzbesiedlung des Ösophagus wird nur durch eine Ösophagogastroskopie erkannt, da der Mund durch die Spülung pilzfrei bleibt. Dieser Zusammenhang erscheint mir als eines der wesentlichsten infektiologischen Probleme bei der Inhalation von topischen Steroiden mithilfe von Dosieraerosolen.

Nun zu der eigentlichen Frage: Es gibt keine Studien über die Besiedlung von Mundstücken von Dosieraerosolen oder Untersuchungen über die (potentielle) Gefahr für den Anwender, die möglicherweise aus einer Besiedlung mit pathogenen Keimen resultiert. Das Fehlen solcher Untersuchungen hängt möglicherweise damit zusammen, dass es sehr unwahrscheinlich ist, hier überhaupt eine Gefahr zu vermuten.

Indirekte Daten kann man aus Untersuchungen von Spacern ableiten. Eine Pilotstudie von de Vries (*J Aerosol Med.* 2004) 17(4):354-6) zeigte bei der Untersuchung von 64 Spacern 38 % apathogen kontaminierte Spacer und nur in einem Fall eine Kontamination mit *Pseudo-*

monas als potentiell Pathogen. Auch regelmäßige und intensive Reinigung hat diese Daten nicht günstig beeinflusst. Die Autoren schlussfolgern daher, dass eine Kontamination mit Bakterien bei Spacern häufig, aber harmlos und nicht gefährdend ist. In einer Untersuchung von Cohen zeigten sich von 30 Spacern 12 – also 40 % – kontaminiert. *Pseudomonas* wurde in drei, Klebsiellen in zwei Fällen und Staphylokokken in einem Fall isoliert. Als Konsequenz wurde eine regelmäßige Reinigung empfohlen – obwohl diese Empfehlung in der Literatur sehr unterschiedlich in Bezug auf ihre Effizienz bewertet wird. Inwieweit diese Besiedlungskeime tatsächliche Probleme bei den Kindern verursacht haben, wird nicht berichtet. Über die klinische Relevanz kann daher keine wirkliche Aussage getroffen werden.

Der Effekt der Spacermaterialien wurde 2009 von de Vries untersucht (*Am J Infect Control* 2009 37(3):237-40). Metallspacer schienen weniger anfällig als Polycarbonat oder Polyethylenprodukte.

Wenn man versucht, diese eher spärliche und für die Frage nur indirekte Datenbasis zu interpretieren möchte ich – eher unter Plausibilitäts Gesichtspunkten – von einer nur geringen Gefahr durch Kontamination von Dosieraerosolmundstücken ausgehen. Die in Spacern gefundenen Keime sind – zumindest bei immungesunden Kindern – nur selten Pathogene. Allerdings haben wir in der Pädiatrie bei pulmonalen Infektionen nur selten Keimnachweise, so dass die Beziehung zwischen der Erkrankung und der Infektionsquelle häufig im Unklaren bleibt und damit auch weiterhin Unsicherheiten in der Beurteilung der zur Frage gestellten Problematik bestehen. Gut begründete Empfehlungen können daher nicht gegeben werden. Gelegentliche normale Reinigungsmaßnahmen mit feuchtem Tuch, anschließende Trocknung und trockene Lagerung (z. B. am Tisch) sind aber sicherlich hilfreich, um potentielle Gefährdungen zu reduzieren. Die sinnvolle Inhalation vor dem Essen wird begünstigt und das Risiko ösophagealer Pilzinfektionen reduziert.

Priv.-Doz. Dr. P. Ahrens
Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margarete
Dieburger Str. 31
64287 Darmstadt

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. Frau Dr. Kristin Brendel-Walter, 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.

Pädiatrische Probleme bei der Umsetzung des Honorarbeschlusses 2013



Dr. Roland Ulmer

Im Oktober 2012 konnte die KBV mit den Krankenkassen einen im Vorfeld äußerst umkämpften Honorarbeschluss fassen.

Er enthält z.B. die Herausnahme der antragspflichtigen Psychotherapie aus dem Gesamttopf der niedergelassenen Ärzte. Damit wurde die zukünftige Mengendynamik wieder auf die Krankenkassen zurückverlagert. Leider wurden die probatorischen Leistungen der psychotherapeutisch tätigen Kinder- und Jugendärzte bei der Ausdeckelung hier nicht berücksichtigt, so dass diese weiterhin aus den gemeinsamen Töpfen bezahlt werden und der Honorarbegrenzung unterliegen.

Der Beschluss sieht auch eine Weiterentwicklung des EBM vor. Dies wird im hausärztlichen Bereich mit der mangelnden Darstellung der Morbidität bedingt durch die hohe Pauschalierung erklärt. Es sind 250 Millionen Euro für die Förderung der geriatrischen und palliativmedizinischen hausärztlichen Versorgung aber auch für

die Versorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen u./o. Behinderungen vorgesehen. Um dies im EBM abzubilden bedarf es einerseits einer neu zu schaffenden Gebührenordnungsposition, wie z.B. einer sozialpädiatrischen Abrechnungsziffer, andererseits müssen die hierfür relevanten pädiatrischen ICD-Codes definiert werden. Mitglieder des Honorarausschusses des BVKJ haben zusammen mit Vertretern der Schwerpunktpädiatrie für die KBV ausführliche Listen erarbeiten müssen, da die uns vorgestellten ICD-Übersichten riesige Lücken in der pädiatrischen Versorgungsbreite aufzeigten.

In einem weiteren Beschlussteil werden Kriterien für Zuschläge auf den Orientierungswert zusammengestellt (s. unten).

Dr. Roland Ulmer

Der Autor ist Vorsitzender des BVKJ-Honorarausschusses und stellvertretender Vorsitzender des Pädnetz Bayern Red: ReH

Honorarbeschluss 2013: Mehr Geld für Kinder- und Jugendärzte?

Der Honorarbeschluss des Bewertungsausschusses hat in einem wichtigen Beschlussteil die Grundsätze und Eckpunkte zur Änderung und Weiterentwicklung des EBM festgelegt.

Nachdem die Steigerung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) durch ein Verhältnis aus Morbidität und Demographie berechnet wird, wird die Darstellung der in den Praxen behandelten Krankheiten auch für die Vergütung zunehmend wichtig. Bereits jetzt zeigt sich, dass in kassenärztlichen Vereinigungen, in denen durch die damalige vehemente Ablehnung der am-

bulanten Kodierrichtlinien eher schlecht kodiert wird, auch die darstellbare Morbidität geringer ist und damit auch der Zuwachs der Vergütung.

In allen Fachbereichen, aber besonders in der Kinder- und Jugendmedizin verlagern sich zunehmend früher stationäre Leistungen in den ambulanten Sektor. Dies ist natürlich insgesamt zu begrüßen, sollte aber dann auch im ambulanten Sektor vergütet werden. Dafür ist es notwendig, diesen Trend nachvollziehbar zu belegen, um zusätzlich Gelder in den „ambulanten Topf“ zu leiten.

Bisher war der hausärztliche EBM durch eine weitgehende Pauschalierung gezeichnet. Dadurch war es vielen Praxen aber auch nicht möglich, das ihnen zugewiesene RLV auszuschöpfen, obwohl sie zusätzlich Leistungen, insbesondere nicht vergütete Gespräche etc., erbrachten.

Bei den Allgemeinärzten und hausärztlichen Internisten hat sich gezeigt, dass eine Reihe von Praxen nicht überwiegend „hausärztlich“ tätig sind, aber trotzdem aus dem hausärztlichen Vergütungsvolumen bezahlt werden. Hier werden vor allem die Akupunktur, HIV-Behandlung etc. genannt. Auch wurde die Unterfinanzierung von Geräten wie z.B. Sonographie oder Spirometrie bei unzureichender Auslastung ein Problem und hat dazu

Reden mit den Patienten: Dafür gibt es demnächst vielleicht mehr Geld



© CandyBox Images – Fotolia.com

geführt, dass immer weniger Praxen diese Untersuchungen angeboten haben. Dadurch wird ein Qualitätsverlust der allgemeinärztlichen Hausarztmedizin befürchtet.

Um gegen diese Entwicklungen zu steuern, sind im Moment folgende Stellschrauben im EBM im Gespräch (Vorgaben im Beschluss des GBA waren allerdings, dass eine EBM-Änderung ausgabenneutral zu erfolgen hat):

- Die Versichertenpauschale soll in Zukunft sechs Altersbereiche umfassen.
- Es wird eine Grundpauschale eingeführt, die in allen Fällen, in denen keine „hausarzt-untypischen“ Leistungen erbracht werden, automatisch zugesetzt wird. Die Leistungen der Schwerpunktpädiatrie (Kap. 4.4 und 4.5) gelten hier nicht als untypisch und führen daher nicht zu einer Absenkung der Pauschale.
- In Planung ist auch die Wiedereinführung einer Gesprächsziffer, die gerade für uns Pädiater eminent wichtig wäre, da diese Gespräche ein wichtiges Standbein unserer täglichen Arbeit darstellen.
- Zur Finanzierung dieser Leistungen soll die Versichertenpauschale abgesenkt werden.
- Die Chronikerpauschale soll in Zukunft EDV-gesteuert entsprechend einer von den Fachgruppen erarbeiteten Liste zugesetzt werden. Die zusätzliche Möglichkeit, Behandlung von Multimorbidität (mindestens drei chronische Erkrankungen) mit Aufschlägen auf den Orientierungswert zu fördern, kann durch Zusammenfassung der ICD-Codes in Krankheitsgruppen dargestellt werden. Es wurden pädiatrietypische Chronikerdiagnosen aufgenommen.
- Nachdem im Honorarbeschluss zusätzliche Finanzmittel für Kinder mit chronischen Erkrankungen u./o. Behinderungen eingestellt wurden, bedarf es einer Abrechnungsziffer, mit der diese Erkrankungen dargestellt werden,

damit diese Mittel auch abgerufen werden können. Es zeigt sich nämlich, dass hier auf Landesebene die Kassenverbände blockieren – obwohl die Kassen auf Bundesebene diese Gelder zugesagt haben. Für den Bereich der Kinder- und Jugendmedizin ist eine sozialpädiatrische Abrechnungsziffer (analog der Geriatrie bei den Erwachsenenmedizinerinnen) angedacht.

- Eher für den Erwachsenenbereich relevante Änderungen betreffen die Geriatrie, Palliativmedizin und die Möglichkeit der Hausbesuche durch Medizinische Fachangestellte.
- Bisher setzt sich die Bezahlung einer apparativen Leistung aus einem Anteil „Arztleistung“ und einem Anteil „technischer Leistung“ zusammen. Um auch bei niedrigeren Untersuchungsfrequenzen die Anschaffung eines Gerätes noch wirtschaftlich zu gestalten, sollen in Zukunft bei der Erbringung von apparativen Leistungen, z.B. Sonographie, diese Anteile getrennt werden. Der Anteil „Arztleistung“ wird immer vergütet, der Anteil „technische Leistung“ wird bis zur Amortisierung des Gerätes vergütet, danach nicht mehr.

Insgesamt sind hier also einige Änderungen im Gespräch, deren Umsetzung für uns Kinder- und Jugendärzte positiv sein könnten. Man darf aber nicht vergessen, alle Einzelpunkte noch mit den Krankenkassen abgesprochen werden müssen und dass auch unter den einzelnen Fachgruppen noch einiger Dissens besteht.

Zurzeit erfolgen Simulationsberechnungen für unser Fachgebiet, um die Auswirkungen dieser EBM-Änderungen beurteilen zu können. Diese sind noch nicht abgeschlossen, werden vom Honorarausschuss jedoch sehr aufmerksam verfolgt.

Dr. Roland Ulmer
E-Mail:
dr.roland.ulmer@kinderaerzte-lauf.de

Red: ReH

Neues Präventionsgesetz – Ein richtiger und verbesserungswürdiger Weg

Der BVKJ fordert seit vielen Jahren ein Präventionskonzept, das die primäre Prävention fördert. Erstmals wird die „Vermeidung“ von Krankheiten, im Referentenentwurf eines Präventionsgesetzes des Bundesgesundheitsministeriums als Anspruch der Versicherten festgeschrieben. Die primäre und sekundäre Prävention sollen ausgebaut werden. Insbesondere soll die Altersgrenze für die U-Untersuchungen auf den 10. Geburtstag angehoben werden.

Der Präsident des BVKJ, Dr. Wolfram Hartmann, begrüßt in einer Stellungnahme zum Referentenentwurf diese Bemühungen der Bundesregierung. Er verweist darauf, dass unser Berufsverband das gesamte Vorsorgeprogramm für Kinder und Jugendliche an die gesellschaftlichen Entwicklungen und die neuen Morbiditäten anpassen will. Er hat dazu konkrete Vorschläge gemacht und das gesamte Vorsorge- und Früherkennungsprogramm inhaltlich umgestaltet.

Der BVKJ möchte sich konstruktiv an der Gestaltung des Präventionsgesetzes beteiligen, damit es den modernen Anforderungen gerecht wird.

Verbesserte Vorsorge kostet nicht viel

Die Gesetzesänderung ist keine automatische Einführung neuer Vorsorgeuntersuchungen im Alter von 6–10 Jahren. Vielmehr muss über diese erste vom gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes entschieden werden. Das Gesundheitsministerium geht davon aus, dass den Krankenkassen hierdurch zusätzliche jährliche Ausgaben im niedrigen einstelligen Millionenbereich entstehen.

Kinder- und Jugendärzte sollen nach der Begründung des Gesetzes auf der Grundlage einer präventionsorientierten Kinderfrüherkennungsuntersuchung „individuelle Leistungen zur Primärprävention empfehlen so insbesondere dem Bedarf für diese Leistungen feststellen“. Bemerkenswert bei dieser Formulierung ist,

dass explizite Kinder- und Jugendärzte genannt sind. Diese spezielle fachärztliche Qualitätsanforderung fehlt leider im Gesetzestext selbst. Bemerkenswert ist weiter, dass der Gesetzgeber das ärztliche Urteil als Grundlage für die Leistung zur primären Prävention macht und damit den Ermessensspielraum der Krankenkassen einschränkt.

Neu ist eine Regelung, die „Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung“ ermöglicht. Voraussetzung hierfür ist, dass es sich um Krankheiten handelt, die wirksam behandelt oder auch vermieden werden können. Hierunter fallen viele Krankheiten, die in der Pädiatrie unter der „neuen Morbidität“ eingeordnet werden. Der BVKJ begrüßt diese Regelung ausdrücklich. Er geht jedoch davon aus, dass es sich um eine neue Leistung im EBM handelt, die einer gesonderten Vergütung außerhalb der gedeckelten Gesamtvergütung bedarf.

Pädiater in Entwicklung einbinden

Um die Auswirkungen von Präventionsanstrengungen im Gesundheitswesen zu überprüfen und das Präventionsangebot weiterzuentwickeln, sollen beim Bundesgesundheitsministerium eine „ständige

Präventionskonferenz“ eingerichtet werden. Dort soll unter dem Vorsitz des Gesundheitsministers oder der Gesundheitsministerin alle vier Jahre ein entsprechender Bericht erstellt werden. Der BVKJ als Verband, dessen Mitglieder ca. 90 % aller Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern durchführen, ist im Gesetz bislang nicht explizit als Mitglied dieses Gremiums benannt. In seiner Stellungnahme zum Gesetzesentwurf beantragt Präsident Dr. Hartmann, dass unser Verband in diesem Gremium mit wenigstens zwei Vertretern oder Vertreterinnen eingebunden werden soll.

Auch Jugendliche brauchen Prävention

Der Gesetzesentwurf erweitert den Zeitraum der Kindervorsorgen lediglich bis zum 10. Geburtstag und erlaubt die J1 als einzige weitere Vorsorge danach. BVKJ-Präsident Hartmann verweist darauf, dass die große Präventionslücke anschließend nicht den Intentionen des Gesetzes entspricht. Nur ein Bruchteil der Jugendlichen zwischen 16 und 18 Jahren würde durch die Jugendarbeitsschutzuntersuchung erfasst. Er fordert einen gesetzlichen Anspruch aller Kinder und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres „auf kinder- und jugendärztliche Untersuchungen zur Prävention und Früherkennung von Störungen der psychischen und physischen Gesundheit, die ihre körperli-



© Lisa F. Young - Fotolia.com

che, geistige, emotionale oder psychosoziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden“. Insbesondere fordert Hartmann, dass die „vorausschauende Beratung“ von Kindern und Jugendlichen in der Gesundheitsprävention stärker verankert werden muss. Ohne gezielte präventionsorientierte Informationen hätte die Gesetzesänderung für Kinder und Jugendliche ihr Ziel verfehlt, da gerade hier noch die Möglichkeit bestünde, Krankheiten zu vermeiden. Diese Beratung ist nur in sehr geringem Ausmaß Bestandteil der bisherigen Früherkennungsrichtlinien.

Vorsorge muss einladend sein

Der neue Gesetzentwurf verpflichtet die Krankenkassen, Boni als finanzielle Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten ihrer Versicherten vorzusehen, also auch Boni für die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchung. Der BVKJ ist, so Hartmann, „prinzipiell gegen eine Bonifizierung von an sich schon kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen“. Er hält es für sinnvoller, „mit einem verbindlichen Einladungssystem ... gerade die bildungsfernen und sozial schwachen Familien zu moti-

vieren“. Dieses Modell habe sich in vielen Bundesländern auch für Familien mit Migrationshintergrund bewährt. Die Erfahrungen der Kinder und Jugendärzte mit Bonusanreizen der Krankenkassen, die im Wert oft höher sind als die Vergütung der Früherkennungsuntersuchungen selbst, zeige, dass sie gerade jene Gruppen, die sie motivieren sollten, nicht erreichten.

Christoph Kupferschmid, Ulm
Ch.Kupferschmid@t-online.de

Kommt das Präventionsgesetz noch 2013?

Skepsis beim 3. Europäischen Präventionstag in Berlin

Der „3. Europäische Präventionstag“ brachte hochkarätige Referenten aus Politik, Wissenschaft und Praxis zusammen, die sich – mal wieder – dem Thema widmeten, mit welchen präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen die Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen erhalten bzw. verbessert werden kann.

In seiner Einführung wies Professor Walter Tokarski, der Vorsitzende der Gesellschaft für Prävention, auf die hohen volkswirtschaftlichen Kosten in Höhe von 130 Mrd. € hin, die durch den Verlust an Produktivität der arbeitenden Bevölkerung entstehen und sich durch zielgerichtete präventive Ansätze vermeiden ließen. Staatssekretär Gerd Müller aus dem Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz hofft auf die positive Wirkung des Präventionsgesetzes, das die gesetzlichen Krankenkassen zwingt, sich mehr als bisher auf dem Feld der Prävention zu engagieren. Dies werde schon allein dadurch gewährleistet, dass der Betrag, den die Kassen pro Versicherten für Präventionsleistungen aufzubringen haben, im Jahre 2014 auf sechs € steigen soll. Dies wäre immerhin eine Verdoppelung, im Vergleich zu den Ausgaben für andere Bereiche des Gesundheitswesens aber immer noch ein recht bescheidener Betrag.

Große Unterschiede in Europa

Dr. Erio Ziglio vom WHO-Regionalsekretariat für Europa wies auf die be-

trächtlichen Differenzen der Gesundheitsparameter im Vergleich der europäischen Länder untereinander hin. Dies wird vor allem bei der durchschnittlichen Lebenserwartung deutlich, die bei Bürgern von Alt- und Neumitgliedsstaaten der Europäischen Union einen Unterschied von sieben Jahren aufweist, aber je nach Region auch um 30 Jahre differieren kann. Auch im Interesse der wirtschaftlichen Entwicklung der Union sei es notwendig, diese Ungleichheiten zu reduzieren, wobei sich die Gesundheitssysteme vor allem um die ärmeren Bevölkerungsschichten zu kümmern hätten.

Präventionsland Nr. 1?

Johannes Singhammer, stellvertretender Vorsitzender der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, forderte, die derzeitigen Überschüsse der gesetzlichen Krankenkassen, die er auf 25 Mrd. € bezifferte, für eine Initialzündung im Bereich der Prävention einzusetzen. Außerdem sei es erforderlich, die vielen erfolgreichen Initiativen zu bündeln. Dies solle im Rahmen einer „ständigen Präventionskonferenz“ mit allen Akteuren geschehen, die organisatorische Plattform könne die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) schaffen. Nach Singhammers Vorstellung werde die ständige Präventionskonferenz einen exakten und zielgenauen Einsatz der zur Verfügung gestellten Mittel erreichen, von denen ein Großteil in die betriebliche Prävention fließen solle. Des Weiteren sollten Unternehmen, die sich für die Gesundheit

ihrer Beschäftigten einsetzen, durch günstige Gruppentarife in der GKV belohnt werden. Singhammer bekannte sich aber auch zum Ausbau der pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen und erklärte, dass die U10 und U11 in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden (mit welcher Vergütung dies erfolgt, bleibt abzuwarten).

Durch die erwähnten Schritte möchte Singhammer Deutschland zum „Präventionsland Nummer 1“ entwickeln, in der Diskussion wurden jedoch Zweifel laut, ob das vorgestellte Präventionsgesetz geeignet ist, diesem Ziel näherzukommen. Insbesondere wurde der Sinn einer ständigen Präventionskonferenz in Frage gestellt und die Befürchtung geäußert, dass diese schnell zu einer „Lagerbude“ verkommen könne.

Wir wissen alles

Uwe Lübking vom Deutschen Städte- und Gemeinden wies denn auch darauf hin, dass eigentlich hinreichend bekannt sei, wo im Bereich der Prävention anzusetzen sei, nur die Umsetzung sei bisher nicht gelungen. Die kommunale Selbstverwaltung habe mit den Krankenkassen gemeinsame Empfehlungen verabschiedet, die auf niedrigschwellige Angebote und die Schaffung lokaler „Präventionsketten“ setzten, wie dies die Stadt Dormagen beispielhaft umgesetzt habe. Um Kinder mit Präventionsangeboten zu erreichen, seien die Schulen ideal, leider sei der deutsche Föderalismus, in diesem Fall durch die Kultusminis-

terkonferenz verkörpert, eher eine Bremse als ein Motor für alle Bemühungen in diese Richtung.

Ulrich Weigeldt, Präsident des Deutschen Hausärzterverbandes, betonte den Vorteil von Hausärzten und Pädiatern, die Menschen auch bei noch nicht lebensbedrohenden Anlässen zu sehen, verbunden

mit der Chance, Einfluss auf das Verhalten ihrer Patienten zu nehmen. Bisher sei aber keine Bereitschaft der Kostenträger zu erkennen, die primärpräventive Arbeit von Ärzten auch zu vergüten. Große Probleme sieht Weigeldt bei älteren Menschen: In Alters- und Pflegeheimen fehlt das Personal, um sinnvolle Bewegungsprogramme an-

zubieten, generell hält er es für geboten, gegen den Kraftmangel bei älteren Menschen gezielt anzugehen, zumal eine Vielzahl von Stürzen auf diesen Kraftmangel zurückzuführen ist.

Stephan Eßer, 10115 Berlin
E-Mail: stephan.esser@uminfo.de

Red: ReH

Datenschutzbeauftragter in der Arztpraxis

In letzter Zeit haben einige Praxen Anschreiben eines „IfG Institut für Grundschutz eK“ bekommen. Dabei wurde ihnen der Abschluss eines Vertrages über die Gewährleistung von Datenschutz und Datensicherheit unterbreitet.

Es handelt sich bei diesen Angeboten um Lockangebote (vergleichbar den bekannten Angeboten für Einträge in Adressbüchern, siehe Makoski, KJJu 2012, S. 510), denn die meisten Praxen müssen keinen Datenschutzbeauftragten bestellen. Soweit in diesen Anschreiben deutlich hervorgehoben auf mögliche Bußgelder verwiesen wird, dient dieser Verweis eher der Einschüchterung als der sachlichen Information.

Ein betrieblicher Datenschutzbeauftragter muss erst dann bestellt werden muss, wenn mehr als neun Personen ständig mit der automatisierten Verarbeitung persönlicher Daten beschäftigt sind (§ 4f Abs. 1 BDSG). Bei dieser Zahl sind der oder die Geschäftsinhaber, z.B. die Gesellschafter einer Berufsausübungsgemeinschaft, nicht mitzuzählen. Nicht zu berücksichtigen sind ebenfalls Mitarbeiter, die nicht ständig mit Patientendaten zu tun haben, z.B. Reinigungspersonal oder Fahrer. Bei der nicht-automatisierten Datenverarbeitung, z.B. der reinen Papierkartei, ist die Bestellung eines Datenschutzbeauftragten erst ab mehr als 20 Mitarbeitern erforderlich. Nur wenige Praxen werden diese Schwellenwerte überschreiten.

Der Datenschutzbeauftragte muss nicht zwingend ein Externer sein. Grundsätzliche Voraussetzungen nach § 4f Abs. 2 BGSg sind nur die erforderliche Fachkunde und Zuverlässigkeit. Dabei bestimmt sich das Maß der erforderlichen Fachkunde nach dem Umfang der Datenverarbeitung und dem Schutzbedarf der personenbezogenen Daten. Das Gesetz sieht es als Ausnahmeregelung vor, dass auch eine Person außerhalb des Betriebes als Datenschutzbeauftragter bestellt werden kann; im Regelfall sollte es ein Betriebsangehöriger sein. Ein Grund hierfür ist unter anderem, dass der Betriebsangehörige die einzelnen Abläufe kennt, ständig im Betrieb verfügbar ist und darüber hinaus er in die Datenverarbeitung schon jetzt eingebunden ist, so dass keine zusätzliche Person Kenntnis von Daten erlangen muss.

Hinsichtlich der Anforderungen an den Datenschutzbeauftragten regelt § 4f Abs. 3 BGSg, dass dieser dem Geschäftsleiter direkt zu unterstellen und in Ausübung seiner Fachkunde auf dem Gebiet des Datenschutzes weisungsfrei ist. Er darf insoweit wegen der Erfüllung seiner Aufgaben nicht benachteiligt werden. Zudem genießt er besonderen Kündigungsschutz. Auch hat er das Recht, auf Kosten des Betriebes sich entsprechend fortzubilden. Entsprechende Fachkurse bietet z.B. die Nordrheinische Akademie als Fortbildungsinstitut der Ärztekammer Nordrhein an; auch andere Ärztekammern bieten entsprechende Kurse an.

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte muss dieses Amt nicht hauptberuflich ausüben. In den meisten Praxen dürfte der Arbeitsanfall so gering sein, dass die Aufgabe nebenher ausgeübt werden kann. Für diese Aufgabe geeignet dürfte z.B. eine schon viele Jahre in der Praxis tätige MFA sein, die über die nötige Erfahrung und Ruhe verfügt.

Bei der Bestellung eines externen Datenschutzbeauftragten besteht das besondere Problem, dass dieser Zugriff auf die Patientendaten erhält. Dies ist jedoch nur mit Einwilligung der Patienten zulässig – vergleichbar der Auslagerung der Privatabrechnung. Da dies nur schwer umzusetzen sein dürfte, dürfte ein externer Datenschutzbeauftragter nicht in die Patientendaten selbst Einblick nehmen. Eine effektive Kontrolle ist damit nicht möglich.

Die Bestellung eines Datenschutzbeauftragten sollte schriftlich erfolgen. Allerdings ist die Benennung nicht von sich aus den Datenschutzbehörden anzuzeigen. Sie sollte nur bei Anfrage oder im Rahmen einer Prüfung nachgewiesen werden können. Ein Muster für eine entsprechende Bestellsurkunde hat der Datenschutzbeauftragte des Landes Schleswig-Holstein, Dr. Thilo Weichert, auf der Internetseite des Unabhängigen Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein veröffentlicht (<https://www.datenschutzzentrum.de/material/themen/gesund/dsbpraxis.htm>).

Dr. Kyrill Makoski
Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht
Der Autor ist Justitiar des BVKJ

Red: ReH



Dr. Kyrill Makoski



© Dron – Fotolia.com

Serie: Wie geht es der Familie?

Familienfreundlichkeit im europäischen Vergleich: von den Finnen lernen

Wie familienfreundlich ist Deutschland? Das lässt sich am besten durch den Vergleich mit anderen europäischen Ländern beurteilen



Prof. Dr. Axel
Plünnecke

Skandinavische Länder erfolgreich bei familienpolitischen Zielen

Die europäischen Staaten lassen sich in einer Reihe von familienpolitisch relevanten Zielfeldern vergleichen. So können als Ziele in Anlehnung an den siebten Familienbericht eine hohe Geburtenrate, hohe Frauenerwerbstätigkeit, hohes Bildungsniveau der Kinder, geringe Familienarmut und die Gleichstellung von Frau und Mann definiert werden (Diekmann/Plünnecke, 2009).

Auf Basis einer Untersuchung des IW aus dem Jahr 2009 erzielt Finnland im Durchschnitt der fünf Zielfelder die besten Ergebnisse und bildet zusammen mit Schweden, Norwegen und Dänemark das europäische Spitzefeld. Deutschland erreicht im Durchschnitt der Zielfelder einen Mittelfeldplatz. Relative Stärken bestehen in Deutschland beim Bildungsniveau. Die PISA- und IGLU-Ergebnisse sind im Vergleich der betrachteten eu-

ropäischen Staaten überdurchschnittlich und der Anteil der Personen ohne Sekundarstufe-II-Abschluss (Berufsausbildung oder Abitur) ist gering. Jedoch ist der Zusammenhang zwischen familiärer Herkunft und Bildungserfolg immer noch hoch. Eine weitere Stärke Deutschlands liegt in der Vermeidung von Familienarmut. Eine relative Schwäche Deutschlands bildet hingegen die sehr niedrige Geburtenrate.

In den letzten Jahren zeigen sich in einigen Bereichen Fortschritte. So ist die Erwerbstätigenquote von Frauen deutlich gestiegen, der Unterschied beim Arbeitsmarktzugang zu den Männern ist gesunken und die Kompetenzen der Schüler in internationalen Leistungstests haben zugenommen. Auch der Einfluss der sozialen Herkunft auf die Bildungsergebnisse der Kinder hat sich verringert. Bei der Geburtenrate sind keine Verbesserungen feststellbar. Auch bei der Familienarmut stagnieren die Ergebnisse.

Enger Bezug der Ziele zu den Handlungsfeldern Geld, Infrastruktur und Zeit

Einen Bezug zu den genannten Zielfeldern haben die Handlungsfelder Geld, Infrastruktur und Zeit. Verschiedene Studien zeigen, dass vor allem eine ausgebaute Infrastruktur positive Effekte auf die Zielfelder hat. So kann eine ausgebaute Infrastruktur die Vereinbarkeit von Familie und Beruf verbessern. Durch KITA-Plätze und Ganztagschulen können Familien ihre Erwerbswünsche besser realisieren. Hierdurch nimmt die Erwerbstätigkeit von Frauen zu. Eine geschlossene Erwerbsbiografie wiederum führt zu besseren Einkommensperspektiven und reduziert die Armutsperspektiven. In Deutschland sind vor allem Alleinerziehende von Armutrisiken betroffen (Anger et al., 2012).

Auch im internationalen Vergleich zeigt sich, dass die Staaten, die eine stark ausgebaute Bildungs- und Betreuungsinfrastruktur haben, zugleich bei den familienpolitischen Zielfeldern tendenziell gut abschneiden. So weisen im Durchschnitt der drei familienpolitischen Handlungsfelder Dänemark, Norwegen und Frankreich innerhalb Europas die besten Ergebnisse auf. In Dänemark und Norwegen ist vor allem die Infrastruktur weit ausgebaut (Diekmann/Plünnecke, 2009).

Stärken Deutschlands bei finanzieller Förderung, Nachholbedarf bei Infrastruktur

Deutschland schneidet im europäischen Vergleich bei der finanziellen Unterstützung von Familien sehr gut ab. So ist in Deutschland vor allem das Ausmaß an Steuervergünstigungen für Familien groß. Auch die Höhe des Kindergelds ist relativ zum mittleren Verdienst eines Arbeitnehmers überdurchschnittlich hoch (Diekmann/Plünnecke, 2009).

Wie auch von politischer Seite bereits aufgegriffen, besteht in Deutschland vor allem in Bezug auf die Bereitstellung von Infrastruktur ein Nachholbedarf. So ist das Angebot an Betreuungsplätzen für unter dreijährige Kinder im Vergleich der europäischen Länder noch unterdurchschnittlich. Zudem gehört der Anteil privater Ausgaben im Elementarbereich noch zu den höchsten innerhalb Europas. Auch im Handlungsfeld „Zeit“ besteht erheblicher Verbesserungsbedarf. Das Absolventenalter insbesondere von Akademikern und Akademikerinnen ist hoch, was die Rushhour-Problematik von jungen Familien verschärft.

Im Vergleich der letzten Jahre hat Deutschland deutliche Verbesserungen im Bereich der Infrastruktur erreicht. So ist das Angebot an Ganztagsplätzen in den Schulen gestiegen. Ferner gibt es in der frühkindlichen Bildung Fortschritte. So besuchten im Jahr 2008 erst 17,7 Prozent der Kinder im Alter unter drei Jahren in Deutschland eine Kindertagesstätte oder öffentlich geförderte Tagespflege. Im Jahr 2012 sind es 27,6 Prozent (Statistisches Bundesamt, 2012). Trotz dieser Zunahme werden die Ausbauziele der Bundesregierung bis zum Jahr 2013 und dem dann gültigen Rechtsanspruch jedoch wohl nicht erreicht werden können.



© K.F.L. – Fotolia.com

Auch bei den Handlungsfeldern „Geld“ und „Zeit“ gibt es Fortschritte. So wurde in den letzten Jahren das Kindergeld erhöht, ein Elterngeld eingeführt und für die Zukunft ein Betreuungsgeld verabschiedet. Gerade letztere Maßnahme ist jedoch bezogen auf ihre Effekte auf die familienpolitischen Ziele kritisch zu bewerten (Plünnecke, 2012). Im Handlungsfeld Zeit sind die Fortschritte im Bildungssystem zu nennen. Frühere Einschulungen, weniger Nachqualifizierungsschleifen, G8 und kürzere Studienzeiten bewirken, dass Absolventen des Bildungssystems früher in den Arbeitsmarkt eintreten.

Familienfreundlichkeit in Unternehmen

Im Jahr 2010 hat das IW Unternehmen in verschiedenen europäischen Ländern zu Einstellungen und Maßnahmen zum Thema Familienfreundlichkeit befragt. Aus der Untersuchung können zwei grundsätzliche Schlussfolgerungen gezogen werden: Erstens umfasst Familienfreundlichkeit zwei Aspekte. Zum einen zeichnen sich familienfreundliche Unternehmen durch eine ausgeprägt familienfreundliche Einstellung aus. Zum anderen zeigt sich Familienfreundlichkeit darin, dass eine Vielzahl an Maßnahmen angeboten werden, die die Vereinbarkeit von Familie und Beruf erleichtern. Die Studie zeigt, dass diese zwei Aspekte von Familienfreundlichkeit nicht in allen Ländern gleichermaßen vorzufinden sind.

Deutschland belegt über alle Bereiche hinweg eine mittlere Bewertung (Seyda/Stettes, 2011).

Zweitens: Eine familienfreundliche Personalpolitik ist dann nachhaltig, wenn sie zu einer Win-win-Situation für Unternehmen und Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern führt. Grundsätzlich müssen dafür die persönlichen Wünsche mit den betrieblichen Anforderungen austariert werden. Im Vergleich zu früheren Erhebungen zeigen sich in Deutschland in den letzten Jahren deutliche Verbesserungen bei der Familienfreundlichkeit (Seyda/Stettes, 2011).

Bedarf an zusätzlichen Investitionen in die Infrastruktur

Trotz der positiven Entwicklung besteht weiterhin der größte Verbesserungsbedarf innerhalb der Handlungsfelder bei der Infrastruktur. Aufgrund der im internationalen Vergleich guten Bewertung bei der finanziellen Förderung sollten folglich bei der Infrastruktur Prioritäten gesetzt werden. Auch bei der Analyse der familienpolitischen Förderlandschaft in Deutschland gilt es vor allem die Entstehung von Opportunitätskosten in Familien zu vermeiden. Zusätzliche Ausgaben für Familien sollten folglich vor allem für den Ausbau der Betreuungsinfrastruktur für unter Dreijährige und für eine Verbesserung der Qualität der frühkindlichen Bildung verwendet werden. Langfristig können diese zusätzlichen Ausgaben durch demografisch frei werdende Mittel beim Kindergeld und durch Rückgänge der familienpolitischen Förderkulisse an anderer Stelle refinanziert werden (Diekmann/Plünnecke, 2008).

Untersuchungen des IW zeigen, dass eine Ganztagsinfrastruktur positive Effekte für Kinder generell und für Kinder von Alleinerziehenden im Besonderen bewirkt. Leistungen in Kompetenztests wie PISA 2009 verbessern sich systematisch durch einen längeren Besuch einer KITA. Ein besseres Betreuungsangebot ist ferner geeignet, insbesondere Alleinerziehenden den Zugang zum Arbeitsmarkt zu erleichtern und somit Armutsrisiken zu senken. Auch der soziale Aufstieg gelingt gut, wenn von

einer Nichterwerbstätigkeit oder Arbeitslosigkeit in eine Vollzeitbeschäftigung gewechselt wird. Letztendlich ist auch der Ausbau der Infrastruktur als Instrument der Fachkräftesicherung geeignet. Alle Effekte zusammen führen dazu, dass die Wachstumsperspektiven der Volkswirtschaft gestärkt werden und der Staat auch aus fiskalischer Sicht von den Investitionen in die Infrastruktur profitiert (Anger et al., 2012).

Literatur:

- Anger, Christina / Fischer, Mira / Geis, Wido / Lotz, Sebastian / Plünnecke, Axel / Schmidt, Jörg, 2012, Ganztagsbetreuung von Kindern Alleinerziehender. Auswirkungen auf das Wohlergehen der Kinder, die ökonomische Lage der Familie und die Gesamtwirtschaft, in: IW-Analysen Nr. 80, Köln
- Diekmann, Laura-Christin / Plünnecke, Axel, 2008, Sozialbilanz Familie. Eine ökonomische Analyse mit Schlussfolgerungen für die Familienpolitik, in: IW-Analysen Nr. 40, Köln
- Diekmann, Laura-Christin / Plünnecke, Axel, 2009, Familienfreundlichkeitsindex. Deutsche Familienpolitik im europäischen Vergleich, in: IW-Analysen Nr. 56, Köln
- Plünnecke, Axel, 2012, Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend des Deutschen Bundestages am 14.9.2012, Fragenkatalog zum Thema „Einführung eines Betreuungsgeldes“
- Seyda, Susanne / Stettes, Oliver, 2011, Europäischer Unternehmensmonitor Familienfreundlichkeit. Wie familienfreundlich sind Unternehmen in Europa?, in: IW-Analysen Nr. 67, Köln
- Statistisches Bundesamt, 2012, Kinderbetreuung regional 2012, Wiesbaden
- Prof. Dr. Axel Plünnecke
Institut der deutschen Wirtschaft Köln (IW)
Konrad-Adenauer-Ufer 21, 50668 Köln

Red: ReH

Praxistafel

Kinderarztpraxis im Südwesten, gut aufgestellt, eventuell auch interessant für 2 Kollegen/innen, Raum Tübingen/Böblingen, abzugeben Ende 2013.
rink.paedt@t-online.de

Kinderärztliche Praxis Region Stuttgart 2013 abzugeben.
Zuschriften unter Chiffre 452 KJA 3/13 an den Verlag erbeten

Praxis für Kinder- und Jugendmedizin in einem kleinen familienfreundlichen Nordseebad aus Altersgründen zum 1.7.2014 abzugeben. Die großzügigen Räume im Ärztehaus können gemietet werden. Frische allergenarme Luft und trotzdem stadtnah gelegen. Eingespieltes engagiertes Personal kann übernommen werden. Sehr nettes Patientenkontingent. Telefon tagsüber 04705 94990

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

Fortbildungstermine



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

April 2013

13. April 2013

36. Pädiatref 2013 und 5. Kongress PRAXIS-fieber-regio für me- dizinische Fachangestellte in Kinder- und Jugendarztpraxen

des bvkj e.V., in Köln

Auskunft: Dr. Thomas Fischbach, 42719 Solingen, Tel. 0212/22609170; Dr. Herbert Schade, 53894 Mechernich, Tel. 02443/902461 ④

20. April 2013

26. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Rheinland-Pfalz und Saarland, in Worms

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

25.–28. April 2013

10. Assistentenkongress

des bvkj e.V., in Potsdam

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-15/16, Fax: 0221/68909-78 ②

26.–27. April 2013

11. Pädiatrie à la carte des LV Westfalen- Lippe

des bvkj e.V., in Münster-Hiltrup

Auskunft: Dr. med. Marcus Heidemann, Bielefeld, Tel. 0521/204070, Fax 0521/2090300; Dr. med. Andreas Schmutte, Datteln, Tel. 02363/8081, Fax 02363/51334 ④

Mai 2013

24.–25. Mai 2013

23. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Thüringen, in Erfurt

Auskunft: Dr. med. Annette Kriechling, In der Trift 2, 99099 Erfurt, Tel. 0361/5626303, Fax 0361/4233827 ①

Juni 2013

7.–9. Juni 2013

43. Kinder- und Jugendärztetag 2013

Jahrestagung des bvkj e.V., in Berlin

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069

Köln, Tel. 0221/68909-15/16, Fax: 0221/68909-78 (bvkj.kongress@uminfo.de) ①

8.–9. Juni 2013

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

des bvkj e.V., in Berlin

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-15/16, Fax: 0221/68909-78 (bvkj.kongress@uminfo.de) ①

Juli 2013

6. Juli 2013

„Pädiatrie am Bächle“

der Landesverbände Baden-Württemberg, in Freiburg

Auskunft: Dr. med. Barbara Lütticke, Elsa-Brandström-Str. 4, 79111 Freiburg, Tel. 0761/43771, Fax: 0761/472154 ①

27. Juli 2013

Patientenorientierte ärztliche Selbst- erfahrung

des bvkj e.V. in Stuttgart

(für Teilnehmer des Grundkurses „Psychosomatische Grundversorgung“)

Auskunft: Dr. med. Gudrun Jacobi, Tel. 0711/290350, E-Mail: info@dr.gudrun-jacobi.de

August 2013

31. August 2013

Jahrestagung des LV Sachsen

des bvkj e.V., in Dresden

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

31. August – 1. September 2013

Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Hamburg, Bremen,

Schleswig-Holstein und Niedersachsen, in den MediaDocks in 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 04531/2397; Dr. Volker Dittmar, Celle, Tel. 05141/940134, Fax 05141/940139 ②

September 2013

7. September 2013

16. Seminartagung des LV Hessen

des bvkj e.V., in Bad Nauheim

Auskunft: Dr. Ralf Moebus, Bad Homburg, Tel. 06172/26021, Fax 06172/21778 ①

25. September 2013

Jahrestagung des LV Mecklenburg-Vor- pommern

des bvkj e.V., in Rostock

Auskunft: Frau Dr. Susanne Schober / Frau Dr. Heike Harder-Walter, Tel. 03836/200898, Fax 03836/2377138 ①

Oktober 2013

12.–16. Oktober 2013

41. Herbst-Seminar-Kongress

des bvkj e.V., in Bad Orb

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-15/16, Fax: 0221/68909-78 (bvkj.kongress@uminfo.de) ②

November 2013

2. November 2013

Jahrestagung des LV Niedersachsen

des bvkj e.V., in Verden

Auskunft: Dr. med. Tilmann Kaethner und Dr. med. Ulrike Gitmans, Tel. 0221/68909-15/16, Fax: 0221/68909-78 (bvkj.kongress@uminfo.de) ③

① CCJ GmbH, Tel. 0381-8003980 / Fax: 0381-8003988, ccj.hamburg@t-online.de oder Tel. 040-7213053, ccj.rostock@t-online.de

② Schmidt-Römhild-Kongressgesellschaft, Lübeck, Tel. 0451-7031-202, Fax: 0451-7031-214, kongresse@schmidt-roemhild.com

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

④ Interface GmbH & Co. KG, Tel. 09321-9297-850, Fax 09321-9297-851, info@interface-congress.de

● Sonstige Tagungen und Seminare

April 2013

12.–14. April 2013, Kassel
Jahrestagung der AG ADHS der Kinder- und Jugendärzte e.V.
Info: www.agadhs.de

20.–21. April 2013, Berlin
2. Workshop „Sprung in die Praxis“
Info: www.kinderarzt-dr.lueder.de/workshop

Mai 2013

13.–18. Mai 2013, Langeoog
2. Langeooger Woche der Pädiatrie
Info: www.aekn.de

Juni 2013

21.–22. Juni 2013, Passau
Pass' auf –
Passauer Forum für Kinder- und Familiengesundheit
Neugeborenenengesundheit, qua vadis?
Info: www.pass-auf.eu

September 2013

26.–28. September 2013, Jena
50. Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie
e.V. (GPR) 2013
Info: www.gpr-jahrestagung.de

27.–28. September 2013, Berlin
16. interdisziplinäres Symposium z. entwicklungsfördernden
und individuellen Betreuung von Frühgeborenen und
ihren Eltern
Info: stillen.de

● Pädiindex

Buchtipps

Markus Müschenich

55 Gründe Arzt zu werden

Murmann Verlag, Hamburg, 2012, 236 Seiten, € 19,90, ISBN 978-3-86774-213-9

Sie können die Diskussionen über EBM, GOÄ und sonstige Kassenverträge nicht mehr hören? Die Anspruchshaltung ihrer Patienten lässt Sie verzweifeln? Personalprobleme in der Praxis? Zoff unter den Kollegen? Ihre Kinder, die Sie wegen der vielen Dienste nur selten sehen, wollen auf keinen Fall Medizin, sondern lieber Ägyptologie studieren?

Verzweifeln Sie nicht, dieses Buch sorgt für Abhilfe. Es ist das ultimative Trostpflaster für vom Burn-out bedrohte Kolleginnen und Kollegen. In dem Buch werden Sie 55 wunderbare Argumente finden, warum Sie

sich nicht mehr als hilfloser Akteur zwischen den Ansprüchen der Patienten, der Krankenkassen und der Politik fühlen müssen. Der Autor, Dr. Markus Müschenich, ist Pädiater, war im Vorstand der Sana Kliniken AG und ist ein Initiator des gesundheitspolitischen Thinktank Concephthealth in Berlin.

Der Autor führt 55 Gründe auf, sich mit dem Arztsein zu versöhnen, 55 mehr oder weniger ernsthafte Antworten auf die Frage, warum Sie sich diesen Stress angetan haben und nicht Ägyptologe geworden sind.

Kostprobe gefällig?: Wer rettet jeden Tag Leben? Der Arzt. Wer bleibt auf Partys nie allein? Der Arzt. Wer kann einfach überall arbeiten? Der Arzt. Wer wird von Stewardessen angestrahlt? Der Arzt. (Ärztinnen kommen nicht vor, aber ich nehme an, der Autor kennt sich aus in Genderkorrektheit und hat auch Kolleginnen mit eingeschlossen.)

Dabei brauchen Sie nicht einmal alle Kapitel zu lesen, spätestens nach der

25. Antwort werden Sie sich besser fühlen, sich auf den nächsten Arbeitstag freuen im Bewusstsein den schönsten Beruf der Welt gewählt zu haben, denn der Arzt kann umsonst Kreuzfahrten machen (Antwort 6) oder nur, weil Arztsein einfach glücklich macht (Antwort 55).

Falls Sie noch keinen Praxismachfolger gefunden haben, verschenken Sie das Buch großzügig weiter, Sie werden dankbare Zustimmung ernten, wenn Ihr Nachfolger liest, dass Ärzte gut und sicher bezahlt werden (Antwort 24), keine Krawatten und Anzüge tragen müssen (Antwort 12) und die Rente von Ärzten wirklich sicher ist (Antwort 15).

Ein mit Humor und Augenzwinkern geschriebenes Buch über die unübersehbare Fülle der Möglichkeiten, die der Arztberuf bietet. Ein Motivationsschub für den ärztlichen Nachwuchs, dem die Welt noch offen steht.

Dr. Wolfgang Gempp, Konstanz
E-Mail: dr.gempp@t-online.de

Birte Müller

Planet Willi

Klett Kinderbuch Verlag, Leipzig, 32 Seiten, geb., € 13,90, ISBN 978-3-941411-64-7



„Willi kommt von einem tollen Planeten. Dort machen die Menschen den ganzen Tag fast nichts anderes als sich lieb zu haben und zu kuscheln. Leider sind die Erdenkinder etwas empfindlich,

und wenn Willi sie in den Arm nehmen will, fallen sie manchmal um.“

Willi hat Down-Syndrom, es gibt ihn wirklich und ich kenne ihn schon lange. Im Alter von 3 Wochen bekam ich von seinen Eltern eine Postkarte, die ihn mit Tracheostoma zeigte: „Lieber Dr. Renz, die netten Ärzte in der Klinik haben mir ein Loch in den Hals geschnitten. Nun bekomme ich wieder Luft“. Birte Müller ist eine Kinderbuch Autorin und Illustratorin. Sie hat die Tatsache, dass sie Mutter eines Sohnes mit Down-Syndrom ist, in ein wunderbares Buch umgesetzt, ohne Betroffenheits-Pathos, lediglich erfüllt von der Liebe

für ihren Sohn. Sie zeigt das Besondere von Willi und macht damit deutlich, welche Bereicherung Menschen wie Willi für uns darstellen können.

Die Vorstellung, dass Willi mit seinem Down-Syndrom von einem fremden Planeten kommt, erklärt sein Anderssein. Seine Geburt überrascht seine Eltern, sie hatten sich ein „normales Kind“ gewünscht, es kommen ihnen die Tränen, sie sind sehr traurig, aber dann sie entdecken ihre tiefe Liebe zu ihm, um seiner selbst willen. Das ist der Grundtenor des Buches. Willi ist als Säugling lebensbedrohlich krank und liegt lange auf der Intensivstation. Wieder genesen folgen große Essprobleme, die aber allmählich der großen Lust am Essen weichen. Willi entwickelt einen Dickkopf und entdeckt seine große Liebe zur Musik, zur lauten Musik! Seine Lieblingstiere sind die Kühe, deren Schnauze er bisweilen ableckt. Die gesprochene Sprache mag er nicht so sehr, er spricht mehr mit den Händen. Sehr anschauliche Gebärdenzeichnungen finden sich am Anfang und am Ende des Buches.

In „Planet Willi“ schildert Birte Müller in 14 kurzen illustrierten Kapiteln

Willis Eigenheiten und Vorlieben, vom ungestümen Umgang mit den Mitmenschen bis zu seiner Vorliebe für Tiere, seine Schwester, Autos und das Leben überhaupt. Es ist ein buntes wildes Buch, das für Kinder, aber auch für Erwachsene geschrieben ist. Jede Textseite hat ihre korrespondierende Illustration, einfach, mit klarem Strich und knallbunten poppigen Farben, aber voller kleiner Details, die sich erst nach und nach erschließen. Man versteht, dass Willi manchmal wegrennt, dass seine Eltern froh sind, wenn er wieder gebracht wird. Das Buch ist von viel Humor geprägt, manchmal muss man bei der Lektüre einfach loslachen.

Das Buch ist wichtig in einer Zeit, in der ein Bluttage auf den Markt kommt, der frühzeitig und mit wenig Aufwand ein Down-Syndrom in der Schwangerschaft feststellen kann. Wenn zukünftig weniger Willis auf die Welt kämen – es wäre ein großer Verlust. „Planet Willi“ ist ein Plädoyer für das Anderssein, für das, was wir „Menschen“ von Willi abgucken und lernen können.

Dr. med. Stefan Renz, Hamburg
s.renz@Hamburg.de

Red.: Kup

Die Welt der Kinder im Blick der Maler

Voller Anspielungen steckt dieses Madonnenbild von Albrecht Dürer. Das Christkind spielt mit einem Zeisig, der sich auf seinem linken Arm niedergelassen hat. Dieser Vogel, der gerne Dornen und Disteln frisst, symbolisiert in der christlichen Tradition die Passion. Er verbindet hier die Menschwerdung Christi mit der Zukunft, dem Opfergang und der Erlösung der Seele. Zwei Cherubin krönen die Gottesmutter mit einem Kranz von Rosen, Symbol für die himmlischen Freuden Mariens. Der rechts unten neben dem kleinen Engel stehende Johannesknabe reicht Maria einen Strauß Maiglöckchen als Sinnbild ihrer Reinheit und Jungfräulichkeit. Die Ruine im Hintergrund steht für den Palast von König David und erinnert an die Beziehung zwischen Altem und Neuem Bund.

In der rechten Hand hält der Christusknabe einen Sauglutscher. Lutschbeutel waren Stofflappen, in die ein süßer Brei aus Brot und Mehl eingelegt wurde. Sie dienten in erster Linie zur Beruhigung, oft hat man sie mit Mohnsamen gefüllt, manchmal sogar in Branntwein getaucht. In der Literatur werden die Lutschbeutel erstmals 1473 erwähnt. Bartholomäus Mettlinger beschreibt sie in seinem „Regiment der jungen Kinder“. Anton Mößmer ist im Kinder- und Jugendarzt, 2011, Nr.2 auf diesen Leitfaden für Eltern eingegangen und hatte auch andere Beruhigungsmethoden wie das Wiegen der Kinder und die Verabreichung von „zeppflin“, hergestellt aus Brot und Zucker, erwähnt. Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts wurden die Lutscher angewandt. Manche Urgroßmütter können noch davon berichten. Erst die Produktion von Gummilutschern Mitte des 19. Jahrhunderts erreichte es, die Lutschbeutel allmählich aus der Kinderstube zu verdrängen.

Auf dem flachen Tisch im Vordergrund lässt sich die lateinisch geschriebene Signatur Dürers entziffern: „Albertus durer germanicus faciebat post virginis partum 1506 AD“. Die Formulierung bezeugt, dass Dürer stolz auf seine deutsche Herkunft war.

Dürer war das 3. von 18 Kindern eines Goldschmiedes, der aus Ungarn nach Nürnberg gekommen war. Nachdem er zunächst in der väterlichen Werkstatt mitgearbeitet hatte, wechselte er mit 15 Jahren zu dem Maler und Grafiker Michael Wolgemut, wo die verschiedensten Aufträge ausgeführt wurden: Tafeln für Flügelaltäre, Stifter- und Devotionsbildnisse, Entwürfe für Glasmalereien und Kunstgewerbe, Holzschnitte für Buchillustrationen, Kupferstiche, Radierungen.

1490–94 ging Dürer auf Wanderschaft, wobei er u.a. in Colmar und Basel an Radierungen und Kupferstichen arbeitete. 1494 und 1505 folgten Italienreisen. Unsere Madonna ist 1506 in Venedig entstanden. Schon früh hatte Dürer Verbindung zu Humanistenkreisen aufgenommen. Er sah das Wissen über den Körper als Voraussetzung seiner künstlerischen Tätigkeit an, erforschte diesen



© bpk / Gemäldegalerie, SMB / Jörg P. Anders

Albrecht Dürer, Die Madonna mit dem Zeisig, 1506, Gemäldegalerie Berlin

mit Hilfe von Geometrie und Mathematik. Seine Auseinandersetzung mit der Proportionslehre fand Niederschlag in seinen Kupferstichen. 1500 hatte er die „Vier Bücher von der menschlichen Proportion“ niedergeschrieben. In Venedig wurde er vor allem von Bellini und Mantegna beeinflusst. Die Kenntnisse der italienischen Renaissancekünstler vermittelte Dürer nach Deutschland und schuf so die Voraussetzungen für die Entwicklung der deutschen Hochrenaissance. Aber man kann auch von Wechselwirkungen sprechen, Dürers Grafik wirkte auf die italienische Malerei des 16. Jahrhunderts anregend.

Dr. Peter Scharfe
Kinder- und Jugendarzt
Wilhelm-Weitling-Str. 3
01259 Dresden

Kup



Geburtstage im April 2013

65. Geburtstag

- Frau Dr. med. Rosemarie *Berthold*, Köln, am 04.04.
 Herr Dr. med. Dietmar *Brüll*, Aachen, am 04.04.
 Herr Hans-H. *Wokeck*, Stuttgart, am 06.04.
 Herr Dr. med. Bodo *Skilandat*, Bad Windsheim, am 09.04.
 Herr Dr. med. Michael *von Schütz*, Illertissen, am 10.04.
 Herr Detlev *Geiß*, Köln, am 11.04.
 Frau Dr. med. Christa *Wulff*, Lünen, am 11.04.
 Frau Andrea *Bechtold*, Crailsheim, am 17.04.
 Herr Dr. med. Dipl.-Psych. Roman *Wörnle*, München, am 17.04.
 Herr Dr. med. Lutz *Müller*, Offenbach, am 18.04.
 Herr Dr. med. Lutz-Dietmar *Berger*, Molfsee, am 20.04.
 Frau Gerda *Markwart*, Bad Sassendorf, am 21.04.
 Frau Dipl.-Med. Renate *Schreiber*, Berlin, am 21.04.
 Herr Ulrich *Gidion*, Kiel, am 24.04.
 Herr Dr. med. Hermann *Gloning*, München, am 24.04.
 Herr Dr. med. Norbert *Koch*, Bad Marienberg, am 29.04.
 Herr Dr. med. Alois *Lobinger*, Buchen, am 29.04.
 Frau Dr. med. Dipl.-Psych. Marion *Scupin*, Kiel, am 29.04.
 Frau Dr. med. Eva-M. *Spormann*, Schwelm, am 30.04.

70. Geburtstag

- Herr Dr. med. Michael *Hohlfeld*, Berchtesgaden, am 02.04.
 Frau Dr. med. Isolde *Friedrich*, Glauchau, am 04.04.
 Frau Dr. med. Renate *Kruse*, Fellbach, am 04.04.
 Frau Dr. med. Rosemarie *Drefsen-Lentzen*, Erkelenz, am 05.04.
 Herr Dr. med. Matthias *von Hülsen*, Schwerin, am 05.04.
 Herr Dr. med. Theophil *Schleihauf*, Ilvesheim, am 06.04.
 Frau Renate *Thuncke*, Hamburg, am 06.04.

- Frau Dr. med. Brigitte *Helff*, Frankfurt/Main, am 09.04.
 Frau Dr. med. Birgit *Walther*, Owschlag, am 10.04.
 Herr Dr. med. Oskar *Stierkorb*, Bexbach, am 11.04.
 Herr Dr. med. Konrad *Stumpf*, Ahrensburg, am 11.04.
 Herr Dr. med. Klaus *Vormbrock*, Dortmund, am 12.04.
 Frau Dr. med. Annette *Speidel*, Aalen, am 13.04.
 Frau Dr. med. Kristina *Wilberg*, Schwarzenbach a. Wald, am 16.04.
 Frau Dipl.-Med. Bärbel *Rassudow*, Ueckermünde, am 17.04.
 Frau Dr. med. Mira *Dorcsi-Ulrich*, München, am 18.04.
 Herr Dr. med. Thomas *Maack*, Haslach, am 18.04.
 Frau Dr. med. Gunda *Wersche*, Bad Homburg, am 19.04.
 Herr Dr. med. Klaus *Nissen*, Wedel, am 20.04.
 Herr Dr. med. Dieter *Ernst*, Mannheim, am 23.04.
 Frau Dr. med. Karla *Dieterich*, Berlin, am 25.04.
 Herr Dr. med. Wolfgang *Braun*, Wangen, am 26.04.
 Herr Dr. med. Albrecht *Klinghammer*, Chemnitz, am 26.04.
 Frau MU Dr. Monika *Amlung*, Chemnitz, am 27.04.
 Herr Dr. med. Klaus *Boymann*, Lengerich, am 27.04.
 Frau Roswitha *Kettner de Leon*, Ibbenbüren, am 27.04.
 Herr Dr. med. Konrad *Drews*, Tübingen, am 28.04.
 Frau Dr. med. Marlene *Voigtsberger*, Erfurt, am 30.04.

75. Geburtstag

- Herr Dr. med. Hans-Henning *Koch*, Hamburg, am 01.04.
 Herr Dr. med. Johann *Uhl*, Gräfelfing, am 02.04.
 Frau Dr. med. Ursel *Hergenhan*, Leipzig, am 13.04.
 Herr Dr. med. Rüdiger *Lorentzen*, Hannover, am 16.04.
 Herr Dr. med. Peter *Stankowski*, Bergisch Gladbach, am 17.04.
 Frau Dr. med. Gudrun *Scharif*, Mariental, am 19.04.
 Herr Dr. med. Robert *Hoyer*, Lauterbach, am 20.04.

- Herr Dr. med. Karsten *Schlez*, Neustadt, am 21.04.

80. Geburtstag

- Herr Dr. med. Arnold *Vahle*, Landshut, am 03.04.

81. Geburtstag

- Herr Dr. med. Wolfgang *Müller*, Augsburg, am 03.04.
 Herr Dr. med. Ulrich *Irle*, Bremen, am 04.04.
 Herr Dr. med. Bernhard *Bucke*, Erlangen, am 13.04.

82. Geburtstag

- Frau Dr. med. Renate *Köhler*, Eisenach, am 04.04.
 Herr Dr. med. Volker *Schöck*, Bielefeld, am 10.04.
 Frau Dr. med. Lieselotte *Salzmann*, Montabaur, am 17.04.
 Herr Dr. med. Johann *Schwenk*, Achern, am 29.04.
 Herr Dr. med. Friedrich *Steiner*, Bremen, am 30.04.

83. Geburtstag

- Herr Dr. med. Faruk Ömer *Erdem*, IZMIR, am 01.04.
 Frau Dr. med. Gisela *Feldheim*, Kronshagen, am 21.04.

85. Geburtstag

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

86. Geburtstag

- Frau Dr. med. Sigrid *Schönbohm*, Königswinter, am 02.04.
 Herr Dr. med. Rudolf *Schlanstedt*, Goslar, am 06.04.

87. Geburtstag

- Herr Dr. med. Bertold *Klüser*, Köln, am 04.04.

89. Geburtstag

- Herr Dr. med. Heinz *Wilutzky*, Bad Kreuznach, am 05.04.

90. Geburtstag

- Herr 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.

Jugendgesundheitsuntersuchung: Ideale Chance für die HPV-Impfung

HPV-Impflücken im Rahmen der J1 durch aktives Impfmanagement schließen

„Neue Leitlinien in der Kinder- und Jugendmedizin – was ist relevant?“ So lautete das Schwerpunktthema des 40. Herbst-Seminar-Kongresses des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ) in Bad Orb. Ein besonders praxisrelevantes Thema ist das Impfen, wobei in Bad Orb unter anderem die HVP-Impfung eingehend thematisiert wurde. Sie gehört zu den Standardimpfungen junger Mädchen. *„Die Jugendgesundheitsuntersuchung J1 ist ein idealer Zeitpunkt, die Mädchen auf die HPV-Impfung anzusprechen und diese zu realisieren“*, so Dr. Burkhard Ruppert. *„Diese Chance sollten wir nicht vergeben“*, betonte der Kinder- und Jugendarzt.

Die Impfung gegen die onkogenen HPV-Typen 16 und 18, die für rund 70 Prozent der Fälle an Gebärmutterhalskrebs verantwortlich sind [1], wird von der Ständigen Impfkommission (STIKO) für alle Mädchen im Alter von 12 bis 17 Jahren empfohlen [2]. Auch der BVKJ empfiehlt die HPV-Impfung zur Primärprävention [3]. Die sehr gute Wirksamkeit der HPV-Impfung ist nach Ruppert in zahlreichen Studien dokumentiert worden. Der tetravalente HPV-Impfstoff Gardasil® kann auch vor den HPV-Typen 6 und 11 schützen, die 90 Prozent aller Genitalwarzen verursachen [1].

HPV-Impfung: Effektiv wirksam, sicher und gut verträglich

Dass die HPV-Impfung effektiv schützen kann, wurde unter anderem durch eine Immunogenitätsstudie [4] mit 1.781 noch nicht sexuell aktiven Jungen und Mädchen im Alter zwischen 9 und 15 Jahren nachgewiesen [5]. Im Rahmen der Placebo-kontrollierten Studie waren die Jungen und Mädchen mit dem tetravalenten HPV-Impfstoff (EVG = Early Vaccination Group) oder einem Placebo geimpft worden (2:1). 36 Monate nach Studienbeginn wurden die Kinder und Jugendlichen der Placebogruppe als „Catch-Up Vaccination Group“ (CVG) ebenfalls mit dem tetravalenten HPV-Impfstoff geimpft. Nach einer Nachbeobachtungszeit von sechs Jahren ab Studienbeginn wurde bei keinem der mittlerweile zum Teil sexuell aktiven Jungen und Mädchen der ursprünglichen Impfgruppe eine persistierende Infektion mit HPV 6, 11, 16 oder 18 beobachtet. In der Catch-up-Gruppe wurde dagegen in drei Fällen eine persistierende HPV-18-Infektion festgestellt, wobei alle drei Probandinnen zum Zeitpunkt der Impfung bereits sexuell aktiv waren. Das Studienergebnis untermauert die Bedeutung einer

frühzeitigen HPV-Impfung für einen bestmöglichen Schutz. Denn die Viren können bereits beim ersten Geschlechtsverkehr oder Petting übertragen werden. Eine Studie über bisher sieben Jahre belegte zudem einen langanhaltenden Impfschutz durch den tetravalenten HPV-Impfstoff [6]. Aktuelle Ergebnisse einer US-Studie des Krankenversicherungsunternehmens Kaiser Permanente bestätigen des Weiteren das sehr gute Langzeitsicherheitsprofil [7].

„Nach mittlerweile zehn Jahren Impferfahrung können wir sagen, dass die HPV-Impfung eine sichere und hochwirksame Primärprävention des Zervixkarzinoms darstellt“, so Ruppert. Sie kann zusammen mit der jährlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchung am besten Gebärmutterhalskrebs, verursacht durch die HPV-Typen 16 und 18, vorbeugen. Gebärmutterhalskrebs ist die dritthäufigste Krebserkrankung bei Mädchen und jungen Frauen zwischen 15 und 44 Jahren in Deutschland. *„Die HPV-Impfung sollte daher so selbstverständlich werden wie alle anderen Standardimpfungen“*, erklärte der Kinder- und Jugendarzt.

Hohe Impfraten bei Mädchen können zudem durch die so entstehende Herdenimmunität die männlichen Sexualpartner vor HPV-induzierten Erkrankungen schützen.

Bei der Jugendgesundheitsuntersuchung (J1) Impflücken schließen

Derzeit sind rund 39 Prozent der 12- bis 17-jährigen Mädchen in Deutschland gegen HPV geimpft [8]. *„Damit sind wir hierzulande noch weit entfernt von Impfraten, wie sie beispielsweise mit rund 70 Prozent in Australien realisiert werden, wo es seit 2007 ein HPV-Schulimpfprogramm für Mädchen gibt“*, erklärte Ruppert. Einen idealen Zeitpunkt, Impflücken zu schließen, stellt die J1 dar. Sie ist in vielen Fällen die letzte Ge-

legenheit für den Kinder- und Jugendarzt, den Impfstatus bei Mädchen und Jungen zu überprüfen und fehlende Impfungen zu ergänzen. Laut aktuellen Erhebungen nehmen jedoch nur rund ein Drittel der 12- bis 14-Jährigen an der J1 teil [9]. Eine Befragung unter Müttern zeigt zudem, dass nur knapp neun Prozent ihrer Töchter, die an einer J1 teilnahmen, eine HPV-Impfung erhielten [8]. *„Dieser geringe Wert zeigt, dass das Potential, Vorsorge im Rahmen der J1 zu treffen, noch längst nicht ausgeschöpft ist“*, so Ruppert. Die J1 solle als Impfanlass zur Primärprävention verstanden werden – daher ist es wichtig, auch die HPV-Impfung aktiv anzusprechen. Dies werde auch im neuen Vorsorgeheft des BVKJ empfohlen, das derzeit erarbeitet wird und ab Dezember 2012 vorliegen soll.

Ursache der niedrigen Beteiligungsquote an der J1 könnte eine gewisse Scheu vor einer kompletten körperlichen Untersuchung sein, möglicherweise gepaart mit Unsicherheit in die eigene körperliche Integrität, vermutet Ruppert. Mitursache der vergleichsweise niedrigen HPV-Impfrate ist aus seiner Sicht das elterliche Grundgefühl, das Kind habe noch keine sexuellen Kontakte. Diese Einschätzung sei auch bei Kinder- und Jugendärzten zu beobachten, obwohl Befragungen zeigen, dass nur knapp 40 Prozent der 14-jährigen Mädchen mit deutscher Staatsangehörigkeit sexuell unerfahren sind [10].

HPV-Impfmanagement: Jugendliche aktiv und altersgerecht ansprechen

Erhöhen lassen sich die Impfraten in der Praxis durch ein aktives Impfmanagement. Hierzu gehört beispielsweise ein Recall-System, das an Impftermine erinnert. Es ist ferner ratsam, in der Praxis durch Poster und Faltblätter auf die HPV-Impfung aufmerksam zu machen. Außerdem

kann eine systematische Selektion von Mädchen im entsprechenden Alter aus der Patientenkartei für eine gezielte Ansprache genutzt werden. Sinnvoll ist laut Ruppert zudem die persönliche Impferinnerung beim Arztbesuch.

Die Ansprache der Jugendlichen sollte altersgerecht sein. So kann zum Beispiel das Recall-System via E-Mail oder SMS erfolgen. Termine sollten einfach und zeitnah zu vereinbaren sein, um die Schwelle der Kontaktaufnahme bei den Jugendlichen niedrig zu halten. Wichtig ist laut Ruppert, die Praxismitarbeiter in ein für Jugendliche zugeschnittenes Konzept einzubinden. Das beginnt schon damit, dass sie sich am Telefon nicht mit „Kinderarztpraxis“, sondern mit „Kinder- und Jugendarztpraxis“ melden sollten. „Für den Arzt

selbst ergibt sich damit die Chance, sich als Jugendarzt stärker zu positionieren“, so Ruppert. Denn Kinder- und Jugendärzte gelten als erste und wichtigste Informationsquelle bei den Eltern wie auch bei den zu impfenden Töchtern. Aufgrund ihrer täglichen Impfroutine werden sie als Ärzte des Vertrauens und als kompetente Berater in allen Fragen rund um Impfungen wahrgenommen.

Referenzen:

1. WHO. Human Papillomavirus and HPV-vaccines. Technical Information for policy-makers and health professionals, 2007.
2. STIKO. Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am RKI. Epidemiologisches Bulletin Nr. 30. Stand Juli 2012.
3. BVKJ. Erweitertes Vorsorgeheft für Kinder und Jugendliche von U1 bis J2. [Veröffentlichung voraussichtlich in 12/2012].

4. Reisinger S et al., PIDJ 2007; 26(3).
5. Ferris D. Abstract SS 9-1 EUROGIN 2011 Congress, Lissabon, 8.-11. Mai 2011.
6. Kjaer S et al., EUROGIN 2011, PS2-6.
7. Klein N. P. et al., Arch Pediatr Adolesc Med, published online 01/10/2012; doi: 10.1001/archpediatrics.2012.1451, <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1363509>
8. Ipsos Marketing. HPV vaccination rates in Germany. Dezember 2011, im Auftrag von Sanofi Pasteur MSD.
9. Hagen, Bernd; Strauch, Stefan. Dtsch Arztebl Int 2011; 108(11): 180-6.
10. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Jugendsexualität. Mai 2010.

Nach Informationen von Sanofi Pasteur MSD GmbH, Leimen

VORTEX® überzeugt mit hervorragender Aerosol-Performance

Die Arbeitsgruppe um Prof. J.-C. Dubus aus Frankreich hat die in-vitro Aerosol-Performance von drei verschiedenen klein-volumigen Inhalierhilfen mit Ventil-System getestet: VORTEX® (PARI GmbH), AeroChamber® Plus Z Stat (ACP; Trudell Medical International) und Able Spacer™ (AS; Clement Clarke International Ltd). Das verwendete pMDI war ein Kombinationspräparat aus dem Kortikosteroid Beclomethasone Dipropionat (BDP; 100 µg/Sprühstoß) und dem langwirksamen Beta-2-Sympathomimetikum Formoterol (FMT; 6 µg/Sprühstoß) (Innovair®; Chiesi Farmaceutici S.p.A.). Für beide Wirkstoffe des Medikaments wurde die Delivered Dose (DD) sowie die Partikelgrößenverteilung mittels Next Generation Impactor (NGI) mit dem pMDI alleine oder in Kombination mit einer von den drei Inhalierhilfen gemessen.

Wie erwartet haben alle Inhalierhilfen die Rachendeposition deutlich reduzieren können. Darüber hinaus zeigte VORTEX® eine signifikant höhere Medikamentendosis im Vergleich zu ACP und AS (s. Abb. 1; $p < 0,05$). Außerdem wurde die höchste re-

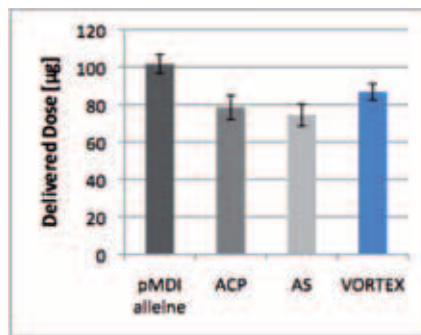


Abb. 1: Am Mundstück abgegebene Menge von Beclomethason (Delivered Dose) mit verschiedenen Inhalierhilfen vs. Dosieraerosol alleine

spirable Fein-Partikel-Dosis (FPD; fine particle dose) für VORTEX® im Vergleich zu ACP bzw. AS gemessen (s. Abb. 2; $p < 0,05$). Zusätzlich verblieb bei VORTEX® im Vergleich zu den anderen Inhalierhilfen die niedrigste Menge des Rest-Aerosols in der Chamber ($p < 0,01$).

Fazit der Wissenschaftler: von den 3 getesteten Inhalierhilfen erzeugt VORTEX® den höchsten Anteil an lungengängigen Aerosolpartikeln, liefert die höchste Medikamentendosis und weist die geringste in

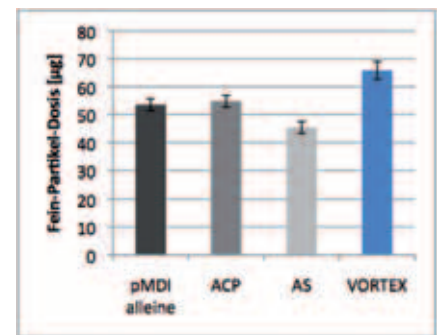


Abb. 2: Einfluss der verschiedenen Inhalierhilfen vs. Dosieraerosol alleine auf die Fein-Partikel-Dosis des Beclomethasone Dipropionat-Aerosols

der Chamber verbleibende Medikamenten-Menge auf. Somit ist VORTEX® am besten geeignet, die getestete fixe Medikamentenkombination im Dosieraerosol wirksam zu verabreichen.

Quelle:

Goncalves TM et al. 2012; J Aerosol Med Pulm Drug Deliv. [Epub Oct 24]

Nach Informationen von Pari GmbH, Starnberg

Akne zweifach effektiv behandeln

Jetzt können auch Kinder ab neun Jahren von Epiduo® profitieren

- **Seit November 2012 ist Epiduo® in Europa auch für Kinder ab neun Jahren zugelassen.¹**
- **Die Kombination zweier Wirkmechanismen in Epiduo® behandelt sowohl die Symptome als auch Ursachen der Akne-Läsionen effektiv und langfristig.^{1,5,7,8}**
- **Epiduo® erfüllt die aktuellen Anforderungen der S2k-Akne-Leitlinie und ist auch für den langfristigen Einsatz geeignet.^{1,5,6}**

Die antibiotikafreie Fixkombination Epiduo® ist in Europa seit November 2012 auch für die Behandlung der Acne vulgaris bei Kindern ab neun Jahren zugelassen.¹ Eine aktuelle Studie belegt die Wirksamkeit und Verträglichkeit des Präparats bei diesen jungen Patienten.¹ Da der Beginn der Pubertät heute bei Mädchen bereits ab acht Jahren und bei Jungen ab neun Jahren erwartet werden darf,² beginnt auch die Acne vulgaris früher und erfordert eine wirksame und schnelle Therapieoption für Kinder. Die Zulassungserweiterung von Epiduo® trägt dieser Entwicklung Rechnung. So können ab sofort auch Kinder ab neun Jahren von dem dualen Wirkprinzip von Epiduo® profitieren. Die Fixkombination aus Adapalenen und Benzoylperoxid (BPO) wirkt sowohl symptomatisch als auch ursachenbezogen – so werden einerseits entzündliche Läsionen rasch gelindert und andererseits wird dem Auftreten neuer Akne-Läsionen effektiv entgegengewirkt.^{1,3-5,7} Da das Präparat antibiotikafrei ist, ist es für den langfristigen Einsatz geeignet und entsprechend zugelassen.^{1,5,6}

Auch bei Kindern sicher, verträglich und wirksam

Die Daten aus der aktuellen Studie zur Anwendung an Kindern zwischen neun und elf Jahren bestätigen die Ergebnisse der bisherigen Zulassungsstudien von Epiduo® für ältere, jugendliche Akne-Patienten.¹ Die insgesamt 285 in die Studie eingeschlossenen Kinder litten unter mittelschwerer Akne und wiesen mindestens 20 und höchstens 100 entzündliche und/oder nicht entzündliche Akne-Läsionen im Gesicht, einschließlich der Nase, auf.¹

Unter der Behandlung mit Epiduo® wurde eine schnelle und effektive Reduktion von Papeln, Pusteln und Komedonen im Vergleich zum Gel-Vehikel beobachtet: Die Anzahl aller Läsionen bildete sich im Median (Prozent-Reduktion) bei den mit Epiduo® behandelten Kindern um fast 67 Prozent zurück (vgl. Abbildung 1). Auch die Verträglichkeit ist bei jüngeren Kindern vergleichbar gut wie bei Kindern ab 12 Jahren.¹

Duales Wirkprinzip kombiniert symptomatischen und ursachenbezogenen Ansatz

Die Pathogenese der Akne ist vielschichtig. Eine Schlüsselrolle in der Entstehung von Akne-Läsionen wird u.a. in einer Beeinträchtigung des Keratinisierungsprozesses im Talgdrüsenfollikel sowie in der erhöhten Talgdrüsenaktivität mit Seborrhoe gesehen. Im weiteren Verlauf kön-



Abb. 1: Reduktion aller Läsionen durch eine Behandlung mit Epiduo® Gel in einer klinischen Studie an 285 Kindern zwischen neun und 11 Jahren mit milderer Akne (Mediane Reduktion der Anzahl aller Akne-Läsionen).¹

nen eine mikrobielle Hyperkolonisation und eine daraus resultierende Entzündung hinzukommen.⁶ Die Kombination von Adapalenen und BPO in Epiduo® setzt zielgerichtet an diesen entscheidenden Mechanismen der Akne-Entwicklung an: BPO bewirkt über seine antimikrobielle Wirkung eine schnelle Besserung der entzündlichen Läsionen und damit eine Linderung der Symptome.^{1,3} Adapalenen reguliert die Keratinisierung im Follikel und wirkt somit komedolytisch und antikomedogen.^{1,4,7} Durch diesen ursachenbezogenen Ansatz wird dem Auftreten neuer Akne-Läsionen langfristig entgegengewirkt.^{1,5,8} Damit vereint Epiduo® als antibiotikafreies Kombinationspräparat die ursachenbezogene mit der symptomati-

schon Behandlung. Durch den synergistischen Effekt von Adapalenen und BPO in der Fixkombination kann zudem eine signifikant bessere Wirksamkeit und ein schnelles Ansprechen der Patienten bereits nach zwei Wochen im Vergleich zum Vehikel oder Adapalenen beziehungsweise BPO in Monotherapie erzielt werden.⁷

Leitliniengerechte Behandlung der Akne^{1,6,7}

Auch die aktuelle S2k-Leitlinie zur Behandlung der Akne empfiehlt klar die kombinierte Anwendung von ursachenbezogenen und symptomatisch wirkenden Basistherapeutika. Die beiden Wirkstoffe Adapalenen und BPO werden hier u.a. bei mittleren bis schweren Akneformen als Behandlungsoptionen der ersten Wahl aufgeführt.

Der Leitlinie zufolge sollte außerdem auf den Einsatz von Antibiotika verzichtet werden, wenn mit anderen Therapieoptionen vergleichbare Erfolge erzielt werden können. Da Akne häufig eine langwierige Erkrankung ist, kann die dauerhafte Behandlung zur Herausforderung werden. Mit der antibiotikafreien Fixkombination Epiduo® steht eine Behandlungsoption zur Verfügung, die auch für die langfristige Erhaltungstherapie verschrieben werden kann. Die Sicherheit und Effektivität bei länger dauernder Anwendung wurde in einer über 12 Monate laufenden Studie mit 452 Patienten bestätigt.⁵

Auf einen Blick: Durch die Zulassungserweiterung von Epiduo® steht ab sofort auch für junge Akne-Patienten ab neun Jahren die moderne Therapieoption der Akne zur Verfügung. Durch die Kombination beider Wirkmechanismen von Adapalene und BPO werden die Symptome rasch gebessert und die Akne zugleich ursachenbezogen behandelt. Resistenzen sind nicht zu befürchten. Epiduo® erfüllt somit genau die Kriterien, die in den Leitlinien für ein Therapeutikum der ersten Wahl gefordert werden.

Quellen

1. Fachinformation Epiduo® 01,%/2,5% Gel
2. Bordini B, Rosenfield RL. Normal pubertal development: part II: clinical aspects of puberty. *Pediatr Rev.* 2011;32:281-292
3. Thiboutout DM et al. Adapalene-benzoyl peroxide, a fixed-dose combination for the treatment of acne vulgaris: results of a multicenter, randomized double-blind, controlled study. *J Am Acad Dermatol.* 2007;57:791-799
4. Shroet B, Michel S. Pharmacology and chemistry of adapalene. *J Am Acad Dermatol.* 1997;36:96-103
5. Pariser DM et al. Long-term safety and efficacy of a unique fixed-dose combination gel of adapalene 0.1% and benzoyl peroxide 2.5% for the treatment of acne vulgaris. *J Drugs Dermatol.* 2007;6:899-905

6. S2k-Leitlinie zur Behandlung der Akne; AWMF-Register Nr. 013/017; Nast A et al. S2k-guideline for therapy of acne. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2010;8(Suppl 2):1-59
7. Gollnick HP et al. Adapalene-benzoyl peroxide, a unique fixed-dose combination topical gel for the treatment of acne vulgaris: a transatlantic, randomized, double-blind, controlled study in 1670 patients. *Br J Dermatol.* 2009;161:1180-1189
8. Poulin Y et al. A 6-month maintenance therapy with adapalene-benzoyl peroxide gel prevents relapse and continuously improves efficacy among patients with severe acne vulgaris: results of a randomized controlled trial. *Br J Dermatol.* 2011;164:1376-1382

Nach Informationen von Galderma Laboratorium GmbH, Düsseldorf

Microlax® löst Verstopfung schnell und planbar

Die Mini-Tube wirkt sanft und ist einfach und hygienisch anzuwenden

Innerhalb von 5 bis 20 Minuten verschafft Microlax® bei Verstopfung eine zuverlässige und sichere Abhilfe. Indem die Mini-Tube eine rein lokale Wirkung im Enddarm entfaltet, hat sie keinen negativen Einfluss auf den Verdauungstrakt. Eine Gewöhnung oder Darmträgheit kann nicht eintreten. Während orale Mittel, die individuell dosiert werden, bei Überdosierung zu Durchfall und Bauchschmerzen führen können, ist dies bei Microlax nicht der Fall. Hinsichtlich der Anwendung der Mini-Tuben besteht bei einigen Apotheken-Kunden jedoch noch Unsicherheit. Das pharmazeutische Fachpersonal kann Vorbehalte im Beratungsgespräch entkräften: Denn das kaum spürbare Einführen des Tubenhalses in den Enddarm ist unkompliziert und schmerzfrei – und dabei ganz hygienisch.

Verstopfung ist eine unangenehme Erfahrung. Viele Betroffene suchen Rat in der Apotheke, um ein effektives und gleichzeitig schonendes Mittel gegen Obstipation zu erhalten. Bei einigen Abführmitteln lässt sich der Wirkungseintritt aber nur sehr ungenau vorhersagen. Das rektal anzuwendende Laxans Microlax löst innerhalb von nur 5 bis 20 Minuten zuverlässig, sicher und planbar die Verstopfung.¹

Einfache und hygienische Anwendung – schnelle Wirkung

Die Anwendung ist unkompliziert und schmerzfrei und kann in der gewohnten angenehmen Sitzposition auf der Toilette erfolgen. Die Mini-Tube verfügt über eine kleine, abgerundete Kappe und einen sehr schmalen Tubenhals, der die Einführung kaum spürbar macht. Nach dem Einführen in den Enddarm wird der Inhalt der Tube (nur 5 ml) durch sanftes Zusammendrücken entleert. Die Wirkstoffkombination aus Natriumcitrat, Natriumlaurylsulfoacetat und Sorbit setzt das im Stuhl gebundene Wasser frei und weicht den Stuhl auf. Der gelartige Inhalt der Mini-Tube entfaltet seine Wirkung dank der rektalen Anwendung rein lokal im Enddarm – negative Folgen für den Verdauungstrakt werden so vermieden. Bauchkrämpfe oder Blähungen, die zum Beispiel nach der Einnahme einiger oraler Laxantien auftreten können, bleiben aus. Microlax ist dank der guten Verträglichkeit für Schwangere zugelassen und kann selbst bei Kindern und Säuglingen problemlos angewendet werden.²

Microlax bei Verstopfung kann in drei Packungsgrößen (4 x 5 ml, 12 x 5 ml und 50 x 5 ml) als planbare und schnelle Erleichterung empfohlen werden – mit gutem Gewissen!



Microlax bei Verstopfung – die Vorteile auf einen Blick

- ✓ Erleichtert schnell und planbar in 5 bis 20 Minuten
- ✓ Keine Gefahr der Darmabhängigkeit, da nur im Enddarm wirkend
- ✓ Weder systemische Nebenwirkungen* noch Überdosierungsercheinungen bekannt
- ✓ Schonend: Sogar für Säuglinge und Schwangere geeignet

* Überempfindlichkeitsreaktionen sind möglich

Quellen:

1. McNeil Consumer Healthcare GmbH. Fachinformation Microlax®, Stand: 04/2012
2. McNeil Consumer Healthcare GmbH. Anwendungsbeobachtung bei Kindern und Säuglingen mit Obstipation unter symptomatischer Therapie mit Microklist®, Abschlussbericht 2007

Nach Informationen von Johnson & Johnson GmbH, Neuss

2-Stufen Dimeticon NYDA® erobert neue Indikationen:

Goldstandard der Kopflaustherapie auch bei Tungiasis erfolgreich

Das in Deutschland marktführende 2-Stufen Dimeticon NYDA®, das Kopfläuse und Kopflauseier sicher und effektiv erstickt, zeigt auch Erfolge bei der Tungiasis (Sandflohkrankheit). Das ergab jetzt eine Studie an 47 Tungiasis-Patienten. Ihre Ergebnisse stellte Prof. Dr. Hermann Feldmeier (Berlin) auf dem ersten internationalen Expertentreffen über die Tungiasis vom 1.–2. November 2012 an der Freien Universität in Berlin vor.

NYDA® enthält zwei unterschiedlich visköse Dimeticone – ein dünnflüssiges, bei Raumtemperatur leicht flüchtiges und ein visköses, schwer flüchtiges Dimeticon. Aufgrund der geringen Oberflächenspannung und der daraus resultierenden guten Kriech- und Spreiteigenschaft dringt NYDA® tief in die Atemsysteme der Kopfläuse ein und verdrängt dort die Luft schnell und zuverlässig. Dann verdampft das flüchtigere Dimeticon – das Silikonöl verdickt und verschließt die Atemöffnungen irreversibel. Ergebnis: Kopfläuse und ihre Eier erstickt. Bereits nach 5 Minuten zeigen die Parasiten keine wesentlichen Lebenszeichen mehr.¹

NYDA®: 97% Erfolgsquote

Eine wissenschaftliche Studie an 145 Kindern zeigte: NYDA® hat eine Erfolgsquote von 97 Prozent – Permethrin hat dagegen nur eine Heilungsrate von 68 Prozent². Dazu überwindet NYDA® eine große Hürde der modernen Kopflaustherapie: 70–80 Prozent der Kopfläuse sind weltweit resistent gegen neurotoxisch wirkende Insektizide wie Permethrin oder Malathion. Resistenzen gegenüber NYDA® sind hingegen aufgrund des physikalischen Wirkmechanismus sehr unwahrscheinlich.

Tungiasis – ein Problem der Südhalbkugel

Jetzt erobert sich das 2-Stufen Dimeticon ein neues Einsatzgebiet bei der Behandlung der Tungiasis. Die Zoonose, von der in Afrika südlich der Sahara, in Südamerika und in der Karibik vor allem ärmere Bevölkerungsgruppen betroffen sind, zählt zu den vernachlässigten Tropenkrankheiten (Neglected Tropical Diseases – NTD). Sie wird durch den Sandfloh *Tunga penetrans* verursacht. Seine Weibchen dringen in die Haut des Wirtes ein. Dort beginnen sie sofort, aus Kapillaren tiefer liegender Hautschichten Blut zu saugen und vergrößern ihr Körpervolumen innerhalb einer Woche um einen Faktor 2000. „Vor allem an den Füßen kommt es dann zu einer ausgeprägten lokalen Entzündungsreaktion mit starken Schmerzen und intensivem Juckreiz. Ständiges Kratzen führt zu bakteriellen Superinfektionen: Eiterpusteln, Abszesse und Geschwüre sind typische Folgeerscheinungen“, berichtete Prof. Feldmeier.

Chirurgie stößt an Grenzen

Die bislang einzige effektive Behandlungsmaßnahme ist die chirurgische Entfernung des Parasiten unter sterilen Bedingungen. Eine chirurgische Therapie lässt sich allerdings in den Gebieten, in denen die Tungiasis eine Plage ist, nicht realisieren: „Häufig haben sich an einem Fuß Dutzende Parasiten ‚ingenistet‘, so dass eine chirurgische Entfernung sehr aufwendig ist“, so Prof. Feldmeier. Überdies haben die Menschen mit Tungiasis meist keinen Zugang zu einer adäquaten medizinischen Versorgung.

Dieses Dilemma ist die Grundlage für einen neuen Therapieansatz, über den auf dem Expertentreffen erstmals berichtet wurde. In einer randomisierten, kontrollierten Studie bei 47 kenianischen Kindern wurde jeweils ein Fuß der Patienten



Juckreiz ist das Schlüssel-Symptom bei Kopflausbefall

mit dem Zwei-Stufen-Dimeticon (NYDA®) behandelt. Das Dimeticon wurde drei Mal innerhalb von zehn Minuten appliziert, und man ließ es jeweils drei Minuten einwirken. Prof. Feldmeier: „Dem Therapieansatz liegt die Überlegung zu Grunde, dass die in der Epidermis eingebetteten Parasiten über eine winzige Öffnung in der Hornhaut mit der Außenwelt in Verbindung stehen. Durch diese Öffnung kann das Dimeticon in die Atemwege des Sandfloh eindringen und so die Versorgung des Parasiten mit Sauerstoff unterbinden.“

NYDA®: Herausragende Erfolgsquote bei Tungiasis

Um den physikalischen Effekt des Dimeticons auf die in der Haut eingebetteten Sandflöhe zu überprüfen, wurden die Parasiten vor und nach Applikation des Dimeticons mit Hilfe eines tragbaren digitalen Videomikroskops auf Vitalitätszeichen untersucht. Es zeigte, dass innerhalb von sieben Tagen 78 % aller penetrierten Parasiten abgestorben waren; Parasiten in einem frühen Entwicklungsstadium sogar zu 88 %. 92 % der Parasiten entwickelten sich nicht normal, zeigten also beispielsweise eine geringere Größenzunahme als unbehandelte Sandflöhe.

Die Wirksamkeit des 2-Stufen-Dimeticons gegen die Parasiten führte auch zu einer raschen Verminderung der Entzündung der Haut. Bereits drei Tage nach Applikation des 2-Stufen-Dimeticons war die Intensität der Entzündungsreaktion signifikant zurückgegangen. Die Experten werteten die Ergebnisse der Studie als Durchbruch in der Behandlung der Sandflohkrankheit.

1 Heukelbach J. et al. (2009): A two-phase dimeticone pediculicide shows high efficacy in a comparative bioassay. *BMC Dermatol* 14;9:12.doi:10.1186/1471-5945/9/12

2 Heukelbach J. et al. (2008): A highly efficacious pediculicide based on dimeticone. *BMC Infect. Dis.* 8(115); doi:10.1186/1471-2334-8-115

Nach Informationen von Pohl-Boskamp GmbH, Hohenlockstedt

NUTRAMIGEN LGG LIPIL® – eine neue Ära in der Behandlung der Kuhmilchallergie¹

- NUTRAMIGEN LGG Lipil® ist die einzige Spezialnahrung bei Kuhmilchallergie, die zu einer schnelleren Milchtoleranz führt.¹
- Bessere Lebensqualität – dank signifikant schnellerer Milchverträglichkeit¹

Mit NUTRAMIGEN LGG Lipil® führt INFECTOPHARM die einzige Spezialnahrung für Säuglinge mit Kuhmilchallergie ein, die klinisch zu einer signifikant schnelleren oralen Milchtoleranz führt.¹ Die diätetische Behandlung von Kuhmilchallergikern beschränkt sich ab sofort nicht mehr auf das bloße Vermeiden von Kuhmilch. Das neue Ziel ist eine signifikant schnellere Milchverträglichkeit.

Laut Konsensuspapier verschiedener Fachgesellschaften ist die einzige Behandlungsmöglichkeit der Kuhmilchallergie eine kuhmilchfreie Diät.² Nachdem in der Vergangenheit das reine Vermeiden von Kuhmilchproteinen Standardvorgehen war, beginnt jetzt eine neue Ära. NUTRAMIGEN LGG Lipil® enthält als einzige Spezialnahrung, die Kombination aus Casein-Peptiden und LGG®. Die niedrig dosierte Exposition von Casein-Peptiden hilft, eine

orale Toleranz aufzubauen³ unterstützt durch die immunmodulierenden Vorteile von LGG®.^{4,6} Dieses einzigartige Zusammenspiel fördert eine signifikant schnellere Milchtoleranz.¹

Über Kuhmilchallergie

Eine Kuhmilchallergie ist eine allergische Reaktion auf die Eiweiße in der Milch oder in Milchprodukten. Sie ist eine der häufigsten Nahrungsmittelunverträglichkeiten im Kindesalter. Symptome wie Magen-Darm-Beschwerden, Hautausschlag, Atemwegsprobleme und Verhaltensänderungen sind vielfältig und nicht immer eindeutig zu zuordnen. Daher kann der Weg bis zur Diagnose für die Eltern und Kinder quälend und langwierig sein. Die Reaktionen können direkt nach der Milchaufnahme auftreten oder auch erst Tage später.

1 Canani RB et al. Journal of Allergy and Clinical Immunology 2012; 129:e580-e582, Canani RB, E-Mail, 23. April 2012, 2

2 Koletzko B et al. Monatsschrift Kinderheilkunde 2009, 160:7:687-691, Konsensuspapier der GPGE (Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung), GPA (Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin) und DGKJ (Ernährungskommission der Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugend)

3 Pabst & Mowat Muscosal Immunology 2012; 5(3):232

4 Finamore et al. The Journal of Nutrition 2012; 142(2):375-381

5 Majamaa H et al. Journal of Allergy and Clinical Immunology 1997; 99:179-185

6 Baldassarre ME et al. Journal of Pediatrics 2012; 156:397-401

Nach Informationen von INFECTOPHARM Arzneimittel und Consilium GmbH, Heppenheim

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@kinderaerzte-lauf.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.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Tel.: 0221/6 89 09-0

Wir sind für Sie erreichbar:

Montag – Donnerstag
von 8.00–18.00 Uhr,
Freitag von 8.00–14.00 Uhr

Geschäftsführerin:

Christel Schierbaum

Tel.: 0221/68909-14

christel.schierbaum@uminfo.de

Büroleiterin:

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12

doris.schomburg@uminfo.de

Bereich Mitgliederservice / Zentrale

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

bvkj.buero@uminfo.de

Bereich Fortbildung / Veranstaltungen

Tel.: 0221/68909-15/16,

Tfx.: 0221/68909-78

bvkj.kongress@uminfo.de

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Wir sind für Sie erreichbar:

Montag – Donnerstag
von 8.00–18.00 Uhr,
Freitag von 8.00–14.00 Uhr

Geschäftsführer: Herr Klaus Lüft

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Tfx.: 0221/6890929

Ansprechpartnerinnen:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-27

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Ursula Horst

Tel.: 0221/68909-28

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-wilhelmstift.de

Prof. Dr. med. Frank Riedel

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

Dr. med. Christoph Kupferschmid

E-Mail: Ch.Kupferschmid@t-online.de

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaerzte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de