

bvkJ.

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

Heft 07+08/11 · 42. (60.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Forum:
Redefluss-
kompass

Fortbildung:
Intestinale
Ausscheidungs-
störung

Berufsfragen:
Hausbesuch bei
Dr. Andreas Köhler

Magazin:
Kinder-
totenkulte,
Teil 2

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

bvkj. KINDER-UND JUGENDARZT



© toolclickit - Fotolia.com



Kindermumien, Kindergräber Das Epithaph von Braunau

Teil 2

S. 437

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

Inhalt 07+08 | 11

Forum

- 393 Vermischtes
- 394 **Der Redeflusskompass in der pädiatrischen Praxis**
Jürgen Kohler
- 397 Personalia
- 398 **Arbeit der Kinder- und Jugendärzte muss gestärkt werden**
Regine Hauch
- 398 **Eine Frage an Dr. W. Hartmann**
Regine Hauch
- 399 **1. Hebammen- und Pädiaterkongress NRW**
- 400 Vermischtes
- 402 **Dach, Netz und Infobörse**
Burkhard Rodeck

Fortbildung

- 403 **Aktuelle Fortbildung Bad Orb: Organische Ursachen von gastroenterologischen Ausscheidungsstörungen**
Antje Ballauff
- 409 **Aktuelle Fortbildung Bad Orb: Obstipation und funktionelle Stuhlinkontinenz bei Kindern und Jugendlichen**
Martin Claßen
- 414 **Kaiserschnitt – ein pädiatrisches Problem?**
Herbert Renz-Polster
- 417 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Peter Müller
- 418 Impressum
- 419 **Impfforum**
Ulrich Heiningner
- 420 **Consilium Infectiorum: Nachweis von HPV-Viren der Hochrisikogruppe im OP-Präparat eines Nabelgranuloms**
Peter H. Höger
- 422 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**

Berufsfragen

- 424 **Hausbesuch bei Dr. Andreas Köhler**
Regine Hauch
- 430 Wahlergebnis
- 430 Praxisabgabe-Seminar des BVKJ
- 432 Wahlaufwurf
- 432 Praxiseinführungs-Seminar des BVKJ
- 433 **Wer, wenn nicht wir? Wann, wenn nicht jetzt?**
Andreas Mattheß
- 436 **Bericht vom 114. Deutschen Ärztetag in Kiel**
Martin Bolay

Magazin

- 437 **Kindermumien, Kindergräber, Teil 2**
Anton Mößmer
- 440 Praxistafel
- 441 **10th International Paediatric Meeting Croatian-German-Hungarian**
Wolfgang Gempff
- 442 Fortbildungstermine BVKJ
- 442 Tagungen und Seminare
- 443 **Buchtipps**
- 444 Personalia
- 447 **Nachrichten der Industrie**
- 450 Wichtige Adressen des BVKJ

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen in voller Auflage das Programmheft des 39. Herbst-Seminar-Kongresses Bad Orb und eine päd. Konsensusempfehlung der Firma Novartis bei. Außerdem als Teilbeilage ein Supplement der Firma Norgine.

Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

Aktuelle Fortbildung Bad Orb ●●●

Organische Ursachen von gastroenterologischen Ausscheidungsstörungen

Bei mehr als 95 Prozent der Kinder mit einer chronischen Obstipation oder einer Enkopresis liegt ausschließlich eine funktionelle Störung vor (s. Artikel von Dr. Martin Claßen in diesem Heft). Organische Ursachen hingegen sind selten, aber vielfältig (Tab. 1).

Perianale Entzündung, Analfissur

Bei perianalen Entzündungen oder Analfissuren führen die Defäkationsschmerzen sekundär zu einer funktionellen Defäkationsstörung mit Obstipation und zum Teil mit Überlaufenkopresis. Aber auch anale Beschwerden durch therapeutische Maßnahmen bei organischen Erkrankungen (Operationsschmerz, Bougieren, rektale Abführmaßnahmen) können zu einer funktionellen Defäkationsstörung führen. Insbesondere Kinder mit angeborenen Enddarmfehlbildungen entwickeln gehäuft eine funktionelle Störungen mit Stuhlverhalt, die die Symptome der Erkrankung überlagern.

Die Analfissuren sind meist Folge einer Obstipation und dann typischerweise in der Mittellinie lokalisiert, manchmal findet sich dort auch eine kleine Mariske, die nach Abheilung der Fissur entstehen kann (Abb. 1). Ge-



Abb. 1: Typische Analfissur in der Mittellinie mit kleiner Mariske



Abb. 2: Atypische Analfissur

legentlich treten schmerzhafte Fissuren im Rahmen einer perianalen Dermatitis auf.

Bei atypische Analfissuren (Abb. 2) (nicht in der Mittellinie oder groß bzw. wenig schmerzhaft) sollte man differenzialdiagnostisch an einen M. Crohn oder an digitale Manipulationen bzw. einen sexuellen Missbrauch denken.

Die perianale Streptokokkendermatitis (Abb. 3) tritt vor allem bei präpubertären Knaben auf. Es handelt sich um eine infektiöse Cellulitis meist durch hämolysierende Streptokokken der Gruppe A, die durch einen Hautabstrich diagnostiziert wird. Die Behandlung erfolgt systemisch mit Penicillin V, ggf. Cephalosporinen oder Ery-



Dr. med.
Antje Ballauff

Tab. 1

Organische Ursachen der chronischen Obstipation

Analfissur

Perianale Entzündung

- Toxisch – irritativ
- Mykosen
- Zinkmangel
- Allergisch
- Atopische Dermatitis
- Perianale bakterielle Dermatitis (Strept. A, evtl. Staph.)
- Nach Kratzen bei Oxyuren
- Psoriasis
- M. Crohn / „Crohn-like disease“ bei Immundefekt
- Lichen Sclerosus et atrophicans

Darmerkrankungen

- M. Hirschsprung, andere Innervationsstörungen
- Angeborene Enddarmfehlbildungen (Analatresie, ektopter Anus, Analstenose)
- Erworbene Stenosen (z.B. Lichen sclerosus, M. Crohn)

Andere Ursachen

- Neurologische Erkrankungen, Muskelerkrankungen
- Neurogene Mastdarm lähmung (Spinale Läsion, Meningomyelocele, Tethered Cord)
- Endokrinologische Erkrankungen (Hypothyreose)
- Hypercalciämie, Hypokaliämie
- Mukoviszidose
- Stoffwechselerkrankungen, Zöliakie, Nahrungsmittelallergien
- Medikamente (z.B. Schmerzmittel, Antiepileptika)
- Intoxikationen (Blei, Vit D)
- Raumforderung im kleinen Becken (Teratom)

Organische Ursachen der Inkontinenz

- Neurogene Mastdarm lähmung (Spinale Läsion, Meningomyelocele, Tethered Cord)
- Muskelerkrankungen
- Sphincterläsion nach Verletzung, nach Operation, bei Fisteln (M. Crohn)
- Darmresektion mit Ileo- oder Kolorektaler Anastomose
- M. Hirschsprung und angeborene Enddarmfehlbildungen nach Operation
- Schwere Kolitis (infektiös, chronisch entzündliche Darmerkrankung)
- Überlaufenkopresis bei organischen Ursachen mit schwerer Obstipation

Abb. 3:
Perianale
Strepto-
kokken-
dermatitis



thromycin über zwei Wochen. Vor allem bei Rezidiven sollte über drei Wochen behandelt werden und eine zusätzliche Lokalbehandlung mit Antiseptika oder Antibiotika (Fucidinsäure, Gentamycin) kann hilfreich sein.

Bei Mädchen findet sich gelegentlich die typische achtförmige Hautveränderung des Lichen sclerosus et atrophicus (Abb. 4), die zu Juckreiz und Defäkationsschmerzen, bei narbiger Analstenose auch zu Bleistiftstühlen führt.

Andere organische Ursachen

Bei den anderen organischen Ursachen für eine chronische Obstipation oder eine Stuhlinkontinenz (Tab. 1) ist der komplexe Defäkationsvorgang an unterschiedlichen Stellen gestört:



Abb. 4:
Lichen sclero-
sus et atro-
phicans

Beim Gesunden wird der Stuhl im Kolon durch tonische und phasische, nicht transportierende Darmkontraktionen durchmischt und durch propulsive Motilität über mehrere Stunden bis in den Enddarm transportiert. Durch Wasserrückresorption wird der Stuhl eingedickt. Bei neurogenen Störungen, Muskelerkrankungen oder einer allergischen, infektiösen oder nicht-infektiösen Kolitis kann die Motilität verzögert oder beschleunigt und die Wasserrückresorption verstärkt oder vermindert sein, was zu Obstipation oder Durchfall führt.

Dehnung der Rektumwand wird als Stuhldrang empfunden, der Sphincter internus erschlafft (Dehnungsreflex) und der Stuhl gelangt in den Analkanal. Der Kontakt von Stuhl oder Gas mit dem sehr sensiblen Anoderm wird wahrgenommen. Bei Entspannung des Sphincter externus und Einsatz der Bauchpresse kann der Stuhl entleert werden, durch Anspannen des Sphincters und der Beckenbodenmuskulatur kann die Stuhlsäule aber auch zurückgehalten werden und rutscht zurück in das obere Rektum, das ein Stuhlreservoir darstellt. Operationen im Enddarmbereich oder schwere Entzündungen wie auch neurogene Störungen beeinträchtigen den Dehnungsreflex, vermindern die Reservoirfunktion des Rektums und die Wahrnehmung (insbesondere bei Schädigung des sensiblen Anoderms), die für die Kontinenz essentiell ist.

Stenosen im Enddarmbereich führen zur Stuhlretention. Die sekundäre Rektum- und Sigmadilatation hat eine verminderte propulsive Motilität zur Folge, was wiederum die Stuhlretention verstärkt. Bei permanenter Stuhlfüllung des Rektums wird eine Rektumdehnung nicht mehr als Stuhldrang wahrgenommen. Dies begünstigt Enkopresis und Überlaufinkontinenz mit ständigem Stuhlschmierern. Bei sensiblen Ausfällen infolge spinaler Läsionen wird – wie nach operativer Entfernung oder Verletzung des Anoderms – Stuhldrang gar nicht oder sehr spät bemerkt und der Stuhl kann nicht aktiv eingehalten werden. Neurogene Störungen der Sphincterfunktion oder Sphincterschwäche führen zur Inkontinenz vor allem bei weichem Stuhl oder Durchfall bzw. bei Betätigung der Bauchpresse (Laufen, Husten). Eine verstärkte propulsive Motilität im Enddarm (neurogen oder bei Entzündungen) kann die Inkontinenzprobleme verstärken.

Diagnostische Maßnahmen

In den meisten Fällen reicht zur Abklärung einer chronischen Obstipation oder Enkopresis eine ausführliche Anamnese und eine komplette körperliche Untersuchung. Dabei ist insbesondere auf folgende Aspekte zu achten:

- Sakralbereich: Behaarung, Lipom, Grübchen
- Neurologie: allgemeine neurologische Auffälligkeiten, Muskelhypotonie, perianale Sensibilität, Analreflex, Motorik und Reflexe an den unteren Extremitäten
- Abdomen: palpable Stuhlmassen, Meteorismus, Druckschmerz
- Anale Inspektion (Säuglinge und Kleinkinder in Rückenlage, ältere Kinder in Knie-Unterarmstütz

oder Seitlage, s. Abb. 1 und 2): perianale Läsionen, ektopter, klaffender oder anders auffälliger Anus

- Rektale Untersuchung (bei Abwehr ggf. in Sedierung zum Beispiel mit Midazolam 0,3 mg/kg nasal): Ausmaß der Stuhlretention, Stenose, Raumforderung im kleinen Becken, beim M. Hirschsprung ein leerer Abschnitt im Bereich des engen Segments mit „Handschuhphänomen“, Sphinctertonus, Willkürkontraktion des Sphincters auf Aufforderung.

Hierdurch lassen sich die meisten in der Tabelle aufgeführten organischen Erkrankungen erkennen bzw. ausschließen. Nicht-invasiv und hilfreich ist die Sonographie, mit der unter anderem die Rektumweite zur Beurteilung der Stuhlretention erfasst werden kann.

Nur bei klinischen Hinweisen sollten spezifische weitere diagnostische Maßnahmen (Rektumschleimhautbiopsie, Bildgebung, Laboruntersuchungen) veranlasst werden. Ganzwandbiopsien des Darms, Kolonkontrasteinlauf, Defäkografie, Kolontransitzeitmessung nach Einnahme von röntgendichten Markern, endoskopische Diagnostik, eine anorektale Manometrie oder eine Oberflächenlektromyographie sind nur bei spezieller Indikation zu erwägen.

Obstipation bei Säuglingen

Bei nicht-gestillten Säuglingen kann bei hartem Stuhl versuchsweise Laktulose geben werden. Bei voll-gestillten jungen Säuglingen ohne klinische Auffälligkeiten kann seltener Stuhlgang ohne weiterführende Diagnostik akzeptiert werden.

Wenn die Kinder ein auffallend geblähtes Abdomen haben, erbrechen oder die Stuhllentleerung nicht ohne rektale Stimulation erfolgen kann, muss ein M. Hirschsprung durch eine Rektumschleimhautbiopsie ausgeschlossen werden.

In Einzelfällen kann eine diätetische Testung mit kuhmilchfreier Nahrung sinnvoll sein.

M. Hirschsprung

Der M. Hirschsprung ist eine angeborene Innervationsstörung mit Fehlen der parasymphatischen Ganglienzellen in der Darmwand. Das sogenannte aganglionäre Segment beginnt immer direkt am Analkanal und reicht unterschiedlich weit nach proximal, meist bis in das Rektosigmoid, gelegentlich aber weiter, selten ist das gesamte Kolon betroffen oder gar der gesamte Darm. Das aganglionäre Segment kann nicht relaxieren und so kommt es proximal im gesunden Darm zum Aufstau von Stuhl und einer Darmdilatation (Megakolon). Die meisten Kinder werden im Säuglingsalter symptomatisch (verzögerter Mekoniumabgang, Stuhllentleerungsstörung, geblähtes Abdomen, Erbrechen, explosionsartige Stuhllentleerung nach rektaler Untersuchung). Bei kurzem aganglionärem Segment fallen die Kinder manchmal erst nach dem Abstillen oder später durch eine therapieresistente Obstipation meist ohne Enkopresis auf. Da sich insbesondere im Säuglingsalter eine schwere Enterokolitis entwickeln kann, muss bei klinischem Verdacht die Diagnostik rasch

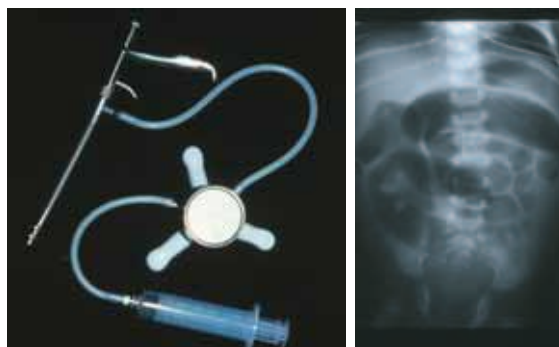


Abb. 5: Saugbiopsiegerät, Abdomenübersicht bei einem Säugling mit M. Hirschsprung (luftleeres Rektum, dilatiertes proximales Kolon)

erfolgen. Am sichersten lässt sich die Diagnose histologisch an einer distal entnommenen Rektumschleimhautbiopsie (Saugbiopsie s. Abb. 5 oder chirurgische Biopsie), die Submukosa enthalten sollte, stellen. Fehlende Ganglienzellen in der Submukosa bei ausreichend großer Biopsie sind beweisend, zusätzlich findet sich eine verstärkte Acetylcholinesterase-Aktivität in der Mukosa. Manometrie und Kolonkontrasteinlauf sind weniger zuverlässig für die Diagnosesicherung. Die Länge des aganglionären Segments lässt sich meist radiologisch zeigen. Die Behandlung erfolgt kinderchirurgisch durch die Entfernung des aganglionären Segments.

Andere Innervationsstörungen sind selten operationsbedürftig, nicht eindeutig klassifiziert und können nur in Ganzwandbiopsien mit Spezialfärbungen diagnostiziert werden.

Kuhmilchallergie und Zöliakie bei chronischer Obstipation

Gelegentlich liegt bei Säuglingen oder Kleinkindern mit Obstipation eine Kuhmilchallergie als Ursache vor. Nur ein Teil der Kinder hat ein erhöhtes IgE oder eine Eosinophilie, darum ist das wichtigste diagnostische Kriterium die Besserung unter kuhmilchfreier Ernährung (starkes Hydrolysat oder Aminosäurendiät). Zur Absicherung der Diagnose sollte nach 4–6 Wochen eine Reexposition mit Kuhmilch erfolgen (bei Kleinkindern mit Obstipation und Kuhmilchunverträglichkeit werden zum Teil auch kleine Mengen Kuhmilch vertragen). Nach Einführung glutenhaltiger Beikost kann sich auch eine Zöliakie atypisch mit einer Obstipation präsentieren, so dass empfohlen wird, bei schwerer Symptomatik eine serologische Untersuchung (Gesamt IgA, Transglutaminase IgA-Antikörper) durchzuführen.

Anale Stenosen

Anale oder rektale Stenosen können selten kongenital als Minimalvariante einer Analtresie vorliegen oder bei Entzündungen, z.B. bei M. Crohn bzw. nach chirurgischen Eingriffen mit analer Anastomose auftreten. In der Regel werden anale Stenosen initial in Vollnarkose bougiert und anschließend durch regelmäßige Nachbougieuren behandelt. Dabei ist wichtig, dass die Kinder möglichst nicht durch die Bougieuren traumatisiert werden, damit nicht eine funktionelle Darmentleerungs-



Abb. 6:
Kolont transitzeitmessung

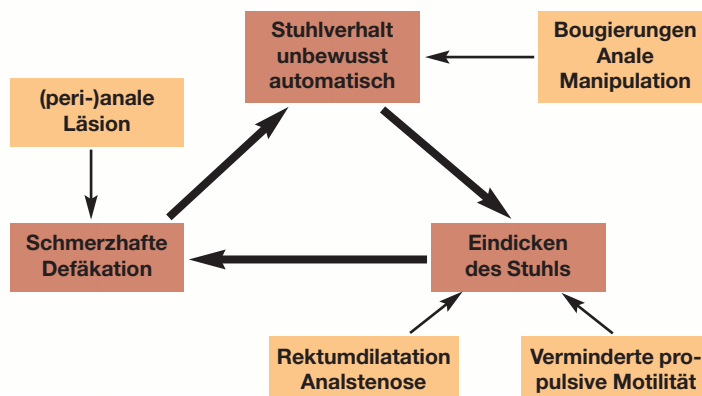
störung entsteht. Dies ist aber nicht immer zu vermeiden. Zusätzlich muss der Stuhl mit Stuhlweichmachern konsequent weich gehalten werden.

Persistierende Defäkationsstörungen nach der Operation anorektaler Fehlbildungen oder eines M. Hirschsprung

Sowohl eine chronische Obstipation als auch eine Inkontinenz sind sehr häufige Probleme im Langzeitverlauf nach diesen Operationen. Es kann eine Analstenose im Bereich der Anastomose entstehen, die operativ oder durch Bougierungen behandelt werden muss. Beim M. Hirschsprung kann ein aganglionäres Restsegment verblieben oder neu entstanden sein, das dann zu einer spasmodischen Obstruktion führt. Nach anorektalen Fehlbildungen oder beim M. Hirschsprung ist das proximale, initial stark erweiterte Kolon hypomotil, der verzögerte Transport führt zum Eindicken des Stuhls und zur Obstipation. Die Verkürzung oder das Fehlen des Anoderms führt zu einer Wahrnehmungsstörung und Inkontinenz, ein verminderter Sphinktertonus verstärkt Inkontinenzprobleme. In Einzelfällen ist die Messung der Kolont transitzeit (Abb. 6) hilfreich, um das Ausmaß einer Obstipation bei gleichzeitiger Inkontinenz zu erkennen. Zusätzlich zu diesen strukturellen Problemen besteht häufig als Folge der für das Kind oft unangenehmen Behandlung

Abb. 7: Circulus vitiosus der funktionellen Obstipation bei organischen Erkrankungen

Einfluss organischer Erkrankungen auf funktionelle Aspekte



(Bougierungen, Einläufe) eine funktionelle Obstipation zum Teil mit Überlaufenkopresis (Abb. 7). Diese müssen erkannt und wie bei sonst gesunden Kindern (s. Artikel von Dr. Martin Claßen in diesem Heft) behandelt werden.

Stuhlinkontinenz bei neurogener Darm-lähmung oder Sphincterschwäche

Rückenmarksläsionen (Spina bifida, Tethered cord, Verletzungen, Tumore) oder Nervenläsionen nach Operationen im kleinen Becken führen zu einer neurogenen Darmlähmung, die in der Regel mit einer neurogenen Blasenstörung assoziiert ist. Es besteht Motilitätsstörung meist mit verzögertem, seltener intermittierend, beschleunigtem Darmtransport, eine Sensibilitätsstörung perianal, meist ein verminderter Sphinkertonus und eine fehlende Willkürkontraktion, zum Teil klafft der Anus, insbesondere nach der rektalen Untersuchung. Hinweisend für eine neurogene Blasenstörung sind ein auffälliger Uroflow und Restharn nach der Miktio. Wie auch bei der funktionellen Enkopresis muss untersucht werden, ob zusätzlich eine Obstipation besteht. Dies kann anamnestisch, klinisch und in Einzelfällen durch eine Kolont transitzeitmessung erfolgen. Die Behandlung der Obstipation mit Stuhlweichmachern muss vorsichtig erfolgen, um die Inkontinenz nicht dramatisch zu verstärken. Stuhlentleerungen können induziert werden durch CO₂-Zäpfchen, die Applikation von Einläufen ist oft schwierig. Das sogenannte „bowel management“ beinhaltet Darmspülungen (retrograd mit einem Irrigationssystem oder antegrad über ein Appendixstoma), die alle 1 bis 3 Tage durchgeführt werden und in der Zwischenzeit zu einer sozialen Kontinenz führen. In Einzelfällen ist die zusätzliche Anwendung von Loperamid oder Analtampons hilfreich.

Fazit für die Praxis

Organische Ursachen für eine chronische Obstipation sind selten und vielfältig, sie erfordern zum Teil besondere diagnostische und therapeutische Maßnahmen. Die Betreuung dieser Patienten sollte in Zusammenarbeit mit kinderchirurgischen oder kindergastroenterologischen Spezialambulanzen erfolgen. Bei vielen Patienten besteht zusätzlich eine funktionelle Komponente der Stuhlentleerungsstörung, die erkannt und letztlich wie bei sonst gesunden Kindern behandelt werden muss.

Interessenkonflikt: Die Autorin gibt an, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Dr. med. Antje Ballauff
HELIOS-Klinikum Krefeld
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Lutherplatz 40
47805 Krefeld
Tel. 02151 / 32-2338
E-Mail: antje-ballauff@helios-kliniken.de

Red.: Riedel

Aktuelle Fortbildung Bad Orb ●●●

Funktionelle Ausscheidungsstörungen: Obstipation und funktionelle Stuhl- inkontinenz bei Kindern und Jugendlichen

Die überwiegende Mehrzahl von Kindern mit Stuhlausscheidungsstörungen ist organisch gesund (vgl. Artikel von Antje Ballauf im gleichen Heft). Bei ihnen ist das Zusammenspiel der Organe bzw. deren Steuerung gestört: Diese Störungen werden als funktionelle Obstipation und/oder funktionelle Stuhlinkontinenz bezeichnet.

Die chronische Obstipation gehört mit Prävalenzen zwischen 0,7 und 29,6 Prozent zu den sehr häufigen Störungen im Kindesalter. Wegen der großen Häufigkeit, aber auch wegen der fehlenden offensichtlichen Gefahr für die Gesundheit des Kindes wird die Obstipation oft eher als harmlose Befindlichkeitsstörung eingeschätzt. Trotzdem haben Stuhlentleerungsprobleme erhebliche Auswirkungen auf die soziale und emotionale Entwicklung der Kinder und die Lebensqualität der Familien. Die Beeinträchtigung der Lebensqualität ist ähnlich hoch wie bei Kindern mit Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa, eine Verbesserung tritt nach effektiver Therapie der Obstipation ein.

Die Bagatellisierung von Stuhlausscheidungsstörungen begünstigt deren Chronifizierung: Eine verspätete, inkonsequente Therapie einer akuten Obstipation kann zur Entwicklung einer langfristigen Störung beitragen. Ein akuter, schmerzhafter Stuhlverhalt bei Kleinkindern ist oft der erste Schritt zur Entwicklung einer chronischen Obstipation.

Im Folgenden soll ein Überblick über die funktionellen Stuhlentleerungsstörungen, deren Klinik, Diagnostik und Behandlung gegeben werden.



Dr. Martin Claßen

Begriffsbestimmungen

Die normale Stuhlfrequenz von Kindern ist von vielen äußeren Faktoren, vor allem aber vom Alter des Kindes abhängig. Deswegen müssen andere Symptome neben der seltenen Entleerung zusätzlich bestehen, um die Diagnose einer Obstipation bei Kindern zu stellen. Für die funktionelle Obstipation und die funktionelle Stuhlinkontinenz haben sich die Definitionen der Rom-III-Konferenz bewährt (Tab. 1). Wichtig ist, dass das Symptom der obstipationsassoziierten Stuhlinkontinenz in der Definition enthalten ist. In der Praxis werden Obstipationen

leider häufig übersehen, wenn die Kinder regelmäßig kleine Portionen in die Windel entleeren (im Sinne von Stuhlschmierern).

Ursachen und Klinik der funktionellen Obstipation

Das zentrale Ereignis in der Entstehung einer funktionellen Obstipation ist meist ein unangenehmes Erlebnis der Kleinkinder in Zusammenhang mit der Defäkation oder dem Analbereich. In Frage kommen irritierende Sensationen, Schmerzen oder Ängste. Typische Auslöser sind in Tabelle 2 aufgeführt. In der Folge solcher Irrita-

Funktionelle Obstipation – diagnostische Kriterien (Rome III-Konferenz)

Es müssen mindestens zwei der folgenden Kriterien bei einem Kind mit einem Entwicklungsalter von mindestens 4 Jahren erfüllt sein:

- Zwei oder weniger Defäkationen auf der Toilette pro Woche
- Mindestens eine Episode von Stuhlinkontinenz pro Woche
- Beobachtung von Haltemanövern
- Anamnese von schmerzhaften oder harten Stühlen
- Nachweis einer großen Stuhlmasse im Rektum
- In der Vorgeschichte großkalibriger Stuhl, der die Toilette obstruiert.

Diese Kriterien müssen mindestens einmal pro Woche für mindestens 2 Monate vor Diagnosestellung erfüllt sein.

Tab. 1: Definition der funktionellen Obstipation

Typische initiale Ereignisse für die Entstehung einer funktionellen chronischen Obstipation bei Kindern zwischen 1 und 5 Jahren: Schmerzhaft oder unangenehme Erfahrungen am Anus

- Perianale Entzündung, Fissuren
- Streptokokken-Infektion
- Akute Obstipation, z. B. als Folge von Fieber, Dehydratation, verweigertem Toilettentraining etc.
- Willkürlicher Stuhlverhalt bei Nichtverfügbarkeit einer Toilette
- Regelmäßige Manipulationen am Anus (Temperaturkontrollen, Zäpfchen, Klyisma)
- Inadäquates Management eines akuten Stuhlverhalts (Rektal-digitale Untersuchung, Abwarten, Klyisma, nur Diätmodifikation etc.)

Tab. 2: Auslöser einer funktionellen Obstipation

Teufelskreis der funktionellen Obstipation

tionen vermeiden die Kinder die Defäkation. Das Rektum erweitert sich, das Stuhlkaliber wird größer, sodass die nächste Stuhlpassage erneut zu schmerzhaften Erfahrungen führt. Schließlich verselbständigt sich dies im Sinne eines Zirkulus vitiosus, auch wenn der ursprüngliche Auslöser längst nicht mehr besteht.

Das Verstehen dieser pathogenetischen Kaskade verdeutlicht, wie wichtig eine schnelle und wirkungsvolle therapeutische Intervention bei Kleinkindern mit akuter Obstipation ist. Zugunsten einer ausreichend dosierten oralen stuhlweichmachenden Therapie sollten Maßnahmen mit geringer Effektivität wie einfache Ernährungsumstellungen, Beratungen der Eltern über die Trinkmenge etc. zurückgestellt werden. Auch bei schmerzhaften rektalen Manipulationen wie rektal-digitale Untersuchungen und Klysma-Applikationen sollte man sich bei Kleinkindern der möglichen Traumatisierung bewusst sein.

Pathophysiologisch kann man davon ausgehen, dass sich ein paradoxes Defäkationsverhalten entwickelt: Während des Anspannens der Bauchpresse zur Defäkation wird gleichzeitig der willkürliche Sphinkter und die Beckenbodenmuskulatur angespannt. Viele Eltern berichten auf Nachfragen, dass die Kinder sich für die Stuhlentleerung in die Windel erheblich anstrengen müssen, die Beine kreuzen, das Hüftgelenk strecken und die Wirbelsäule nach hinten beugen. Die Entleerung erfolgt z. T. im Stehen. Alle diese Beobachtungen sprechen dafür, dass während der Defäkation die Beckenbodenmuskulatur angespannt wird. Diese Schilderung macht das Vorliegen einer funktionellen Entleerungsstörung wahrscheinlich.

Kleinkinder können nach mehrtägiger Stuhlretention verhaltensauffällig und wesensverändert wirken, sich zurückziehen, körperliche Aktivitäten vermeiden. Dies ist darauf zurückzuführen, dass sie sich darauf konzentrieren, den Stuhl zurückzuhalten. In ausgeprägten Fällen kann die Akkumulation von Stuhl im Abdomen auch zu vermindertem Appetit und zu einer Gedeihstörung beitragen. Bauchschmerzen werden nicht obligat angeben.

Möglicherweise spielen konstitutionelle und genetische Faktoren (z.B. langsamer Transport im Colon, Reifungsverzögerung des enterischen Nervensystems) eine begünstigende Rolle für die Entstehung einer Obstipation, sie sind allerdings wissenschaftlich schlecht definiert und diagnostisch nicht hilfreich. Auch Ernährungsfaktoren könnten begünstigend wirken. Allerdings wird sowohl in den Familien als auch in den Praxen die Bedeutung der Ernährung für die Entstehung der Obstipation, aber auch für eine effektive Therapie der Obstipation deutlich überschätzt.

Funktionelle Stuhlinkontinenz

Eine Folge der chronischen Überdehnung des physiologisch ja eigentlich weitgehend leeren Rektums führt zu einer verminderten Wahrnehmung des Füllungsgrads des Rektums. Zudem verkürzt das überdehnte Rektum den Analkanal. Aus diesem Grunde kommt es bei Kin-

dern mit chronischer Obstipation oft zu rezidivierendem Verlust von kleinen Stuhlmengen im Sinne von Stuhlschmierern (sofern dies bei Kindern mit Windelversorgung überhaupt auffällt). Die **obstipationsassoziierte funktionelle Stuhlinkontinenz** stellt wiederum die häufigste Ursache der Stuhlinkontinenz bei Kindern dar. Insofern muss jedes Kind mit Stuhlinkontinenz auf das Vorliegen einer Obstipation untersucht werden.

Daneben gibt es eine kleinere Gruppe von Patienten mit **funktioneller Stuhlinkontinenz ohne Obstipation**. Die beiden Gruppen lassen sich durch anamnestische sowie durch klinische, rektale und/oder sonographische Untersuchungen unterscheiden: Es gibt keinerlei Hinweise auf eine Stuhlretention, Laxantien verschlechtern die Kontinenz. Die genaue Pathophysiologie der Störung ist noch nicht endgültig geklärt. Wahrscheinlich handelt es sich um eine heterogene Gruppe von Patienten. Psychische Komorbiditäten sind in dieser Gruppe nicht häufiger als in der Gruppe der Patienten mit obstipationsassoziiierter Stuhlinkontinenz, sodass eine rein psychiatrische Ursache unwahrscheinlich erscheint.

Abzugrenzen sind organische Erkrankungen, die zu imperativem Stuhl drang und weicher Konsistenz des Stuhls führen. Führend sind hier entzündliche Erkrankungen des Dickdarms (Colitis ulcerosa, Morbus Crohn) sowie Nahrungsunverträglichkeiten (Allergien und Kohlenhydratmalabsorption).

Psychiatrische Komorbiditäten der funktionellen Ausscheidungsstörungen

In der Vorstellung mancher Ärzte ist eine Obstipation ohne organische Ursache gleichbedeutend mit einer psychiatrischen Erkrankung bzw. eine Stuhlinkontinenz immer ein primäres Verhaltensproblem. Diese Ansicht ist heute weitgehend widerlegt. Es ist klar, dass Verhaltensprobleme bei obstipierten Kindern häufiger als bei gesunden vorkommen, diese aber mild ausgeprägt sind und durchaus eher die Folge der Darmproblematik als deren Ursache sein können. Typische komorbide psychiatrische Auffälligkeiten sind Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem Verhalten, Aufmerksamkeitsstörungen sowie emotionale Störungen und Teilleistungsstörungen.

Die Rate psychiatrischer Komorbiditäten liegt bei der obstipationsassoziierten Stuhlinkontinenz deutlich höher. Hier könnte man diskutieren, ob dies die Ursache der Inkontinenz ist. Wahrscheinlich spielen aber auch Reaktionen der Familie auf die manifeste Inkontinenz eine Rolle. Für eine Begünstigung der Entwicklung von psychiatrischen Störungen durch die Inkontinenz spricht die Tatsache, dass eine erfolgreiche Behebung der Inkontinenz auch die psychiatrischen Störungen bessert.

Nephrologische Komorbiditäten: Harninkontinenz, rezidivierende Harnwegsinfekte

Bei funktionellen Entleerungsstörungen des Darms ist es wichtig, auf eine begleitende Harninkontinenz und rezidivierende Harnwegsinfekte zu achten. Die Häufigkeit des gleichzeitigen Auftretens von funktionellen

Bei der **klinischen Untersuchung** sollten folgende Punkte erfasst und registriert werden:

- Länge/Gewicht mit Perzentilen, absolut und im Verlauf
- Vorgewölbtes Abdomen? Skybala?
- Distale Wirbelsäule:
 - Pigmentanomalien oder Behaarung über der unteren Wirbelsäule
 - Pilonidalsinus
 - Polsterartige Hautverdickungen über der lumbo-sakralen Region
 - Sakrale Agenesie
 - Flaches Gesäß
- Nach ventral verlagertes Anus
- Klaffender Anus; fehlender Analreflex
- Blut im Stuhl
- Fehlende Kremasterreflexe
- Verminderter Tonus der unteren Extremitäten oder verminderte grobe Kraft
- Spastik der unteren Extremität; Fußdeformitäten
- Reflexanomalien der unteren Extremitäten
- (Bei der rektalen Untersuchung: Enges, leeres Rektum trotz abdominell tastbarer Skybala)*
- (Austritt von Stuhl bzw. Luft beim Herausziehen des Fingers nach der rektalen Untersuchung)*

* Bei ängstlichen Kleinkindern mit traumatischen Erlebnissen in Zusammenhang mit der Defäkation sollte man die rektal-digitale Untersuchung möglichst in Sedierung durchführen. Sonst sollte das Kind der Untersuchung aktiv zustimmen. Der Untersucher sollte Erfahrung in der Diagnostik eines M. Hirschsprung oder analer Malformationen haben.

Informationen über die Rektumfüllung lassen sich ohne Trauma durch die Sonographie erhalten.

Tab. 3: Gezielte klinische Untersuchung bei chronischer Obstipation und/oder Stuhlinkontinenz

Stuhlentleerungsproblemen mit Harninkontinenz liegt bei 14–46%. Auch Kinder mit Harninkontinenz haben in bis zu 35% Stuhlentleerungsprobleme. Bei Behandlung einer der Komponenten der Ausscheidungsstörung bessert sich oft auch die Störung an dem anderen Ausscheidungsorgan. Beginnen sollte man mit der Störung, die den höheren Krankheitswert für Patient und Familie hat

Warnzeichen, die Hinweise auf eine **organische Ursache der Obstipation und somit eine Indikation für eine weiterführende Diagnostik darstellen:**

- Später erster Mekoniumabgang >48 Stunden postpartal
- Beginn der Obstipation bald nach der Geburt bzw. im Säuglingsalter
- Beginn der Obstipation nach Einführung von Kuhmilch oder Beikost
- Leeres Rektum bei digitaler Untersuchung
- Bleistiftartiges Kaliber des Stuhls (*kommt auch bei schwergradiger funktioneller Obstipation vor*)
- Auffälliger Anus (Position, Stenose)
- Primäre, anhaltende Harninkontinenz (neurogene Störung beider Systeme?)
- Gedeihstörung, Inappetenz, Erbrechen; Fieber, Ileus
- Begleitende Entwicklungsstörung, verspätetes Erreichen der Meilensteine der statomotorischen Entwicklung
- Polyurie / Polydipsie
- Psychische Komorbiditäten (Autismus, Depression, ADHS, Missbrauch)
- Therapieresistenz trotz konsequenter Durchführung der Maßnahmen

Tab. 4: Anamnestische und klinische Warnhinweise für organische Ursachen einer Ausscheidungsstörung

und die leichter zu behandeln ist. In der Regel wird man zunächst bei einer Obstipation eine effektive stuhlweichmachende Therapie beginnen.

Wie unterscheidet man zwischen organischer und funktioneller Obstipation?

In der überwiegenden Zahl der Fälle lässt sich durch einfache anamnestische und klinische Methoden auch in der Kinderarztpraxis zwischen organischen Störungen und funktionellen Ursachen unterscheiden. Dabei sollte bei der körperlichen Untersuchung gezielt nach Zeichen für organische Erkrankungen gesucht werden (Tab. 3). Warnzeichen, die für eine organische Ursache sprechen und die Vorstellung beim pädiatrischen Gastroenterologen erfordern, sind in Tabelle 4 aufgeführt.

Zur Dokumentation und zur Erfassung aller Warnzeichen und Komorbiditäten sind ein strukturierter Fragebogen sowie die Dokumentation der Stuhlentleerung in einem 14-Tage-Protokoll sinnvoll.

Zusammenfassend gilt: Ein Kind, dessen Stuhlentleerungsproblematik im ersten Lebensjahr begonnen hat, sollte weitergehend untersucht werden. Wenn die Störung erst im Kleinkindalter begonnen hat, ein typisches unangenehmes Ereignis voranging und die Kinder ein aktives Stuhlvermeidungsverhalten zeigen, kann man auf invasive Diagnostik zunächst verzichten und sollte eine Therapie einleiten (s. u.). Bei Therapieversagern empfiehlt sich ebenfalls nach drei Monaten eine Vorstellung beim Spezialisten.

Therapie der funktionellen Ausscheidungsstörungen

Ziele der Therapie der Obstipation bzw. der obstipationsassoziierten Stuhlinkontinenz sind:

- eine **regelmäßige, komplette und schmerzfreie Stuhlentleerung**
- die **Unterbrechung des Teufelskreises zwischen Erweiterung des Enddarms und weiterer Stuhlretention**

Aufklärung und Beratung gehören an den Anfang einer jeden Therapie der Störungen der Ausscheidungsorgane. Die Darstellung der Entstehung und Ursachen der Störung führt zu einer Entlastung der Eltern und Kinder, dadurch können Schuldzuweisungen und Schuldgefühle entkräftet werden. Die Beratung erfordert in der Regel einen Zeitaufwand von > 30 Minuten und sollte sich didaktischer Hilfsmittel (Schemata) und schriftlichen Informationsmaterials bedienen. Im Verlauf einer längerfristigen Therapie müssen Nachschulungen und erneute Beratungen angeboten werden.

Mit dem **Beginn der Therapie** sollte man keinen Tag warten und eine Therapie über viele Monate einkalkulieren.

Schritt 1

Bei Nachweis einer Rektumerweiterung (Sonographie, Abb. 1) oder von Skybala sollte eine komplette Entleerung der angestauten Stuhlmassen erfolgen (Desimpaktion).

Alternativ können zwei Methoden angewendet werden:

- Sorbitol-Klyisma 3 ml / kg (z.B. Yal®), evtl. wiederholen. Es hat sich bewährt, dies bei ängstlichen Kleinkindern in Sedierung (z.B. 0,4 mg/kgKG Midazolam oral oder nasal) zu applizieren, um nicht ein erneutes Trauma mit nachfolgender Angst vor der Defäkation zu setzen.
- Hochdosierte orale Gabe von Macrogol (Movicol Junior®), z. B. 1,5 g/kg/d über 3-4 Tage

Schritt 2

Die orale stuhlweichmachende Dauertherapie sollte ohne Verzögerung nach der initialen Desimpaktion beginnen. Bevorzugt werden in der Dauertherapie osmotisch wirksame, stuhlaufweichende Medikamente eingesetzt. Stimulierende Laxantien sollten vermieden werden.

Die wichtigsten Stoffe sind:

- Polyethylenglykol 3.500 bzw. Macrogol. Dieser Stoff hat aufgrund einer Vielzahl von qualitativ guten Studien den besten stuhlaufweichenden Effekt und therapiert besonders die schmerzhafteste Defäkation effektiver als Lactulose.
- Lactulose und Lactitol, im Dünndarm nicht resorbierbare Zucker. Die Wirkung ist schwächer als die von Macrogol; Lactulose führt eher zu Bauchschmerzen.
- Paraffinöl kommt nur noch in Einzelfällen zum Einsatz.

Weitere Maßnahmen

- Einläufe oder Suppositorien: Besonders bei Kleinkindern sind rektale Maßnahmen oft zusätzlich traumatisierend, sodass sie nur wohlüberlegt eingesetzt und für die Dauertherapie vermieden werden sollten. Bei älteren Kindern mit obstipationsassoziiertem Stuhlinkontinenz, die Suppositorien akzeptieren, kann eine tägliche Verabreichung vor einer Stuhltrainingssitzung das Timing einer Defäkation erleichtern und die Kontinenz insgesamt verbessern.
- Erhöhung des Ballaststoffgehaltes der Nahrung und der Flüssigkeitsaufnahme zur Therapie der Obstipation. Die Effektivität der Ernährungsintervention für die Therapie einer Obstipation wird allerdings meist überschätzt; alleine reicht sie als Maßnahme nicht aus.
- Verhaltenstherapie: Durch regelmäßige Toilettensitzungen können Kinder jenseits des 3. bis 5. Lebensjahres daran gewöhnt werden, ihren Darm regelmäßig zur rechten Zeit, am rechten Ort und komplett zu entleeren. Voraussetzung dazu ist die Kooperationsbereitschaft der Patienten und vor allem eine Reife, die ein Stuhltraining ermöglicht. Die Maßnahme ist vor allem bei Kindern mit assoziierten Verhaltensproblemen sinnvoll. Das Stuhltraining ist sowohl bei Obstipation als auch bei Inkontinenz sinnvoll.
- Psychotherapie: Die Notwendigkeit einer Psychotherapie hängt von dem Vorhandensein psychischer

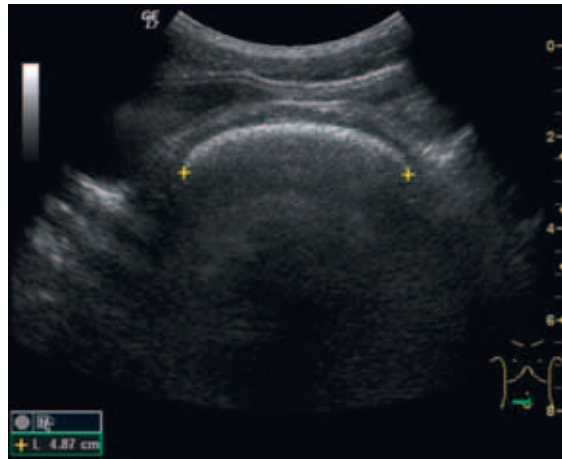


Abb. 1: Sonographie bei chronischer Obstipation. Der Unterbauchquerschnitt zeigt ein mit 49 mm deutlich dilatiertes Rektum, das die Blase von dorsal pelottiert und partiell verdrängt.

Komorbiditäten, vom Alter des Kindes und von der psychosozialen Situation ab.

Dauer der Therapie

Die Therapie muss in der Regel 6-24 Monate fortgesetzt werden, um die Erweiterung des Rektums zu normalisieren und eine normale Stuhlentleerung ohne Angst und Anspannung des Sphinkters neu zu erlernen. Bei Kindern, die noch eine Windel benötigen, sollte bis zur regelmäßigen Entleerung auf der Toilette behandelt werden.

Regelmäßige ambulante Kontrollen und erneute Beratungen sind sinnvoll und helfen dabei, die Compliance sicherzustellen. Oft kann schrittweise über Monate die Dosis der Stuhlweichmacher vermindert werden. Als Voraussetzung für eine Dosisreduktion haben sich folgende Kriterien bewährt:

- Regelmäßige, angstfreie Entleerung auf der Toilette
- Normalisierung der sonographisch kontrollierten Rektumweite.

Mit einer nicht unerheblichen Rezidivfrequenz muss trotzdem gerechnet werden!

Fazit für die Praxis

Die funktionellen Ausscheidungsstörungen des Darms stellen keine Bagatelle, sondern relevante Probleme für die betroffenen Kinder und deren Eltern dar. Die Basis-Diagnostik kann in jeder Kinderarztpraxis mit einfachen Mitteln erfolgen. Die Therapie (vor allem mit oralen stuhlweichmachenden Medikamenten) sollte früh beginnen, konsequent erfolgen und langfristig fortgesetzt werden. Mit diesen Maßnahmen kann es gelingen, die Belastung durch diese funktionelle Störung deutlich zu vermindern.

Interessenkonflikt: Der Autor hat Vortragshonorare der Firmen Falk Foundation und Norgine erhalten.

Dr. Martin Claßen
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Pädiatrische Gastroenterologie
Klinikum Links der Weser
Senator-Weßling-Str. 1
28277 Bremen
Email: martin.classen@klinikum-bremen-ldw.de

Red.: Riedel

Kaiserschnitt – ein pädiatrisches Problem?



Dr. med. Herbert
Renz-Polster

Die steigenden Kaiserschnitt-raten erklären sich nur teilweise durch gestiegene medizinische Risiken. Einen gewichtigen Beitrag leistet das Versorgungssystem selbst

Mögliche Auswirkungen einer Geburt durch Kaiserschnitt betreffen die postpartale physiologische Adaptation, die intuitive Mutter-Kind-Kommunikation und die immunologische Programmierung

Seit die entsprechende Statistik überhaupt geführt wird, steigt die Rate der Kaiserschnittgeburten in Deutschland an – inzwischen 18 Jahre in Folge. Heute werden fast ein Drittel der Kinder in Deutschland per Sectio caesarea geboren – doppelt so viele wie vor 20 Jahren und vier mal so viele wie vor 40 Jahren. Welche Relevanz hat dies für den Kinder- und Jugendarzt?

Warum die Geburten per Kaiserschnitt so deutlich und beständig zunehmen, ist aus Sicht der Versorgungsforschung schwer zu beantworten, zumal die Kaiserschnitt-rate in Deutschland und anderen entwickelten Ländern seit vielen Jahren nicht mehr mit einer Verbesserung der Säuglingssterblichkeit einhergeht (1). Veränderte Präferenzen bei den Gebärenden scheinen im Gegensatz zur öffentlichen Wahrnehmung (Thema „Wunschkaiserschnitt“) eine untergeordnete Rolle zu spielen (2). Auch das veränderte Geburtsrisiko (etwa durch höheres Gebäralter, höheren Anteil von Erstgebärenden, Zunahme medizinischer Risiken wie Übergewicht oder Gestationsdiabetes, abnehmende körperliche Fitness, relative Zunahme von Früh- und Zwillingsgeburten oder auch durch ein höheres Geburtsgewicht des Kindes) erklären den Trend nur teilweise. So steigt die Wahrscheinlichkeit per Kaiserschnitt entbunden zu werden zwar mit dem Gebäralter teils deutlich an, beim Vergleich der regionalen Kaiserschnitt-raten zeigt sich jedoch nur eine sehr geringe Korrelation zwischen dem Durchschnittsalter der Mütter und der Kaiserschnitte (3,4).

Die erhebliche Varianz der Kaiserschnitt-raten innerhalb des Versorgungssystems weist auf einen gewichtigen Beitrag des geburtshilflichen Systems selbst hin. So wurden im Jahr 2008 in Sachsen 21,7 % der Schwangeren durch Kaiserschnitt entbunden, im Saarland dagegen 36,8 %. In der Schweiz schwanken die Raten zwischen den Kantonen noch stärker (5). Eine ähnlich hohe Varianz zeigt der Vergleich von Krankenhaus zu Krankenhaus – selbst auf gleicher Versorgungsebene. Auch der Versicherungsstatus scheint eine Rolle zu spielen. In der Schweiz werden 44,4 % der Privatpatientinnen per Kaiserschnitt entbunden, dagegen nur 26,5 % der gesetzlich versicherten Schwangeren (6). Für Deutschland dürfte Ähnliches gelten (7).

Woher diese erstaunliche Varianz im Versorgungssystem rührt, ist letzten Endes unklar. Große Datensätze, wie etwa die niedersächsische Perinatalerhebung, zeigen einen zum Teil deutlichen Zusammenhang zwischen Kaiserschnitten und anderen geburtshilflichen Interventionen (8): Je „aktiver“ eine Geburt geleitet wird (Blasensprengung, Wehentropf, Periduralanästhesie), desto eher endet sie mit einem Kaiserschnitt. In einer repräsentativen Auswertung von über 200 000 Geburten durch die National Institutes of Health, USA, ist die Gabe von

Wehenmitteln zur Geburtseinleitung (eine in dieser Analyse bei 44% der intendierten vaginalen Geburten registrierte Praxis) mit einem 2-fachen relativen Risiko eines Kaiserschnitts assoziiert (33). Möglicherweise spielt auch das Timing des Klinikbesuchs bzw. der Klinikaufnahme eine Rolle – so korreliert ein unreifer Muttermund-Befund bei Aufnahme deutlich mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für Einleitung und auch mit einem späteren Kaiserschnitt (9).

Mögliche Auswirkungen auf das Kind

So unklar und verwirrend der säkulare Trend bei den Kaiserschnitten ist, so unklar sind noch immer die möglichen Auswirkungen einer Geburt durch Kaiserschnitt auf das Kind. Dies liegt zum einen daran, dass manche mögliche Komplikationen nur schwer zu messen sind – dies gilt zum Beispiel für die frühkindlichen Regulationsstörungen, die auch im Hinblick auf einen möglichen Zusammenhang mit dem Geburtsmodus nur wenig untersucht sind. Andere „Outcomes“ treten zeitversetzt auf – dies erschwert insbesondere die Untersuchung möglicher immunologischer Folgen (Allergie-Hypothese, Diabetes-Hypothese, s.u.). Die größte Schwierigkeit liegt jedoch in der methodischen Begrenzung – aus naheliegenden Gründen kann sich die Forschung nicht auf kontrollierte Experimente verlassen, was die Klärung der Kausalität erschwert. Alle Aussagen zu möglichen Auswirkungen des Geburtsmodus auf das Kind sind deshalb mit Vorsicht zu genießen (diese Einschränkung spricht jedoch nicht generell gegen die Aussage: so konnte der Zusammenhang von Bauchlage und SIDS auch nicht in randomisierten Experimenten „bewiesen“ werden, er musste durch zweitgradige Methoden erschlossen werden).

Postpartale Adaptation

Als gesichert kann der Einfluss des Geburtsmodus auf die nachgeburtliche Anpassung gelten. So zeigen die Daten aus der Freiburger Uniklinik, dass die Geburt per Kaiserschnitt (sowohl primär als auch sekundär) mit einer gesteigerten respiratorischen Morbidität assoziiert ist. Die Autoren gehen davon aus, dass pro acht Kaiserschnittgeburten (im Vergleich mit der gleichen Zahl an vaginalen Geburten) mit der zusätzlichen Aufnahme eines Kindes auf die Kinderabteilung gerechnet werden muss

(10). Das respiratorische Risiko scheint dabei unabhängig vom a priori bestehenden Risiko des Kindes zu sein und ist damit ursächlich auf die Sectio selbst zurückzuführen (11,12).

Die erhöhte respiratorische Morbidität nach Kaiserschnitt spiegelt nicht nur ein möglicherweise a priori bestehendes erhöhtes Risiko wider

Ein solcher ursächlicher Zusammenhang von Atmungsproblemen wie Respiratorisches Distress Syndrom oder Transiente Tachypnoe des Neugeborenen und Geburtsmodus ist biologisch plausibel: Die Produktion von Surfactant ist Teil der cortisol-assoziierten Stressantwort, auch die Mikrozirkulation im pulmonalen Interstitium wird durch die peripartale Stressantwort angeregt.

Dabei zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang mit dem Gestationsalter: Selbst für wenige Tage vor dem errechneten Termin durch primären Kaiserschnitt geborene Kinder lässt sich ein erhöhtes respiratorisches Risiko belegen (13). Der starke Einfluss des Gestationsalters auf das Risiko von Atmungsproblemen ist deshalb relevant, weil geplante Kaiserschnitte nicht selten deutlich vor dem errechneten Termin erfolgen („iatrogene Frühgeburtlichkeit“) (13).

Frühkindliche Regulationsstörungen

Nach einer Sectio ist nicht nur der Krankenhausaufenthalt um etwa drei Tage verlängert, auch die Erholung post partum dauert länger. Dies kann Auswirkungen auf das wechselseitige „Erlernen“ der intuitiven Mutter-Kind-Kommunikation haben. So ist die Geburt durch sowohl sekundären als auch primären Kaiserschnitt mit einem geringeren Stillserfolg assoziiert (14) – dies zeigt sich sowohl durch späteren Stillbeginn (15), früheres Zufüttern (16) als auch durch eine insgesamt kürzere Stilldauer bei Müttern nach Kaiserschnitt, wie etwa die Studie „Stillverhalten in Bayern“ gezeigt hat (17). Auch scheinen Babys nach den Ergebnissen der Freiburger Säuglingsstudie zumindest in den ersten Wochen nach Kaiserschnitt insgesamt unruhiger zu sein und mehr zu weinen (18). Tatsächlich zeigen experimentelle Studien etwa mittels funktionellem MRT, dass Mütter noch 2–4 Wochen nach Kaiserschnitt weniger sensitiv auf das Weinen ihrer Babys reagieren (19).

Allerdings ist der Zusammenhang zwischen Kaiserschnitt und der frühkindlichen emotionalen Regulation des Babys durch diese Studien kaum zu belegen – dies könnte sich durch die für 2011 erwarteten ersten Ergebnisse der ersten prospektiven Studie zur Frage möglicher emotionaler Auswirkungen einer Kaiserschnittgeburt, der Ontario Mother and Infant Study III, ändern (20).

Die Allergie-Hypothese

Seit etwa 15 Jahren liefert die Epidemiologie Daten zu einem möglichen Zusammenhang zwischen Kaiserschnitten und einem nachfolgend erhöhten Allergierisiko beim Kind. Diese Hypothese bekam durch Tierexperimente neue Brisanz, bei denen die postnatale mikrobielle Besiedelung des Darms durch die Gabe nicht resorbierbarer Antibiotika unterbunden wurde – anschließend war ein starker Anstieg des Immunglobulins E zu verzeichnen (21). Der mögliche Einfluss der Darmflora auf das Immunsystem wurde seither intensiv erforscht und kann als gesichert gelten (22). Damit bieten sich Kai-

serschnitte als „natürliche epidemiologische Experimente“ an: Bei einer Kaiserschnittgeburt erwirbt das Neugeborene seine Darmflora nicht über Vaginalkeime, sondern über die Haut der Mutter bzw. über unbelebte Oberflächen. Tatsächlich ist für durch Kaiserschnitt geborene Kinder eine qualitative und quantitative veränderte mikrobielle Zusammensetzung der Darmflora nachgewiesen (23,24). Die Hypothese wurde bisher in weit über 50 epidemiologischen Studien geprüft, die deutlichste positive Assoziation zeigt sich dabei für Heuschnupfen (25), aber auch für Asthma kann eine Assoziation angenommen werden (26).

Die Diabetes-Hypothese

Seit vielen Jahren beobachten Diabetologen mit Sorge, dass die Zahl der Neuerkrankungen an Typ 1 Diabetes jährlich um etwa 3,5 %, bei den unter 6-Jährigen sogar um 5 %, zunimmt. Im Mai 2009 zeigte die Analyse von 29.311 neuen Fällen von Diabetes mellitus in 17 europäischen Ländern, dass der Trend anhält und sich sogar beschleunigt: „If present trends continue, doubling of new cases of type 1 diabetes in European children younger than 5 years is predicted between 2005 and 2020, and prevalent cases younger than 15 years will rise by 70%“, so das Fazit der Autoren (27).

Die Ursache des Trends ist gänzlich unklar. Seit Mitte der 1990er Jahre wurde in epidemiologischen Studien ein möglicher Einfluss des Geburtsmodus analysiert, bisher sind dazu etwa 25 Studien erschienen, die die irischen Epidemiologen Chris Cardwell und Mitarbeiter 2008 in einer Meta-Analyse zusammengefasst haben. Dabei zeigte sich eine deutliche Assoziation von Sectio und späterer Diagnose eines Typ 1 Diabetes, mit einer „Odds Ratio“ von 1,23 bei hoher Signifikanz. Bei Adjustierung für die bisher bekannten Einflussvariablen (Gestationsalter, Geburtsgewicht, mütterliches Alter, Geburtsfolge, Stillen sowie mütterlicher Diabetes) ergab sich praktisch keine Änderung der Stärke der Assoziation, was auf einen möglichen unabhängigen Einfluss hinweist. Zudem waren die Ergebnisse der analysierten Studien sehr homogen, was ebenfalls auf einen unmittelbaren Einfluss schließen lassen kann (28).

Eine 2009 publizierte Analyse einer australischen Geburtskohorte von 500.000 Kindern bestätigte die Assoziation und führt die Geburt durch Sectio als einzigen potentiell modifizierbaren Risikofaktor an (29). Kürzlich erschien zudem eine erste Untersuchung zu einer möglichen Assoziation von Zöliakie und Kaiserschnitt (30), die ebenfalls eine Assoziation für diese Autoimmunerkrankung berichtet (eine mögliche Effektstärke lässt sich aus dem verwendeten Fall-Kontroll-Design nicht ableiten).

Damit steht die Frage im Raum, ob auch Autoimmunerkrankungen möglicherweise mit Kaiserschnittgeburten assoziiert sind. Eine biologische Plausibilität ist sicherlich über den Einfluss der Darmflora auf die immunologische Programmierung gegeben und wurde auch in einem Mausmodell speziell für Typ 1 Diabetes belegt (31) – die in *Nature* veröffentlichte Arbeit geht auch möglichen epigenetischen Einflüssen nach, die schon länger

Der Zusammenhang zwischen Geburt durch Kaiserschnitt und späteren allergischen Erkrankungen ist robust. Die Kausalität ist aus methodischen Gründen unklar

Die bisherigen Studien zeigen eine sehr homogene Assoziation zwischen Geburt durch Kaiserschnitt und Typ 1 Diabetes

nach Kaiserschnittgeburten auch bei Kindern nachgewiesen worden sind (32).

Zusammenfassung

Kaiserschnitte sind für den Kinder- und Jugendarzt relevant – schon deshalb, weil sie schwere kindliche Geburtskomplikationen verhindern können. Darüber hinaus gibt es jedoch Hinweise, dass Kaiserschnitte unerwünschte Wirkungen auf das Kind sowohl in der unmittelbaren postpartalen Phase als auch im späteren Leben haben könnten. Ein Teil dieser Hinweise beruht auf wenig gesicherten Hypothesen – diese allerdings betreffen teils ernst zu nehmende, chronische Erkrankungen des

Kindesalters, sodass weitere Aufmerksamkeit dringend geboten scheint.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Dr. med. Herbert Renz-Polster
Kinder- und Jugendarzt
Mannheimer Institut für Public Health
Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg
Ludolf-Krehl-Str. 7-11
68167 Mannheim
E-Mail: Herbert.Renz-Polster@kinder-verstehen.de

Red.: Riedel

Welche Diagnose wird gestellt?

Peter Müller

Anamnese

Ein altersgerecht entwickelter, 8-jähriger Junge wurde wegen seit 1½ Jahren bestehenden, rezidivierenden, periumbilikalen Bauchschmerzen ambulant betreut. Die Beschwerden traten sowohl während der Mahlzeiten und in der Postprandialphase sowie unabhängig von Tageszeiten auf. Stuhlgang und Essverhalten waren normal, der Appetit mäßig. Die Sonographie des Abdomens und mikrobiologische Stuhluntersuchungen (Bakterien einschließlich *H. pylori*, Viren) zeigten unauffällige Ergebnisse. Subjektive Besserung wurde gelegentlich mit abführenden Maßnahmen erzielt. Im Alter von 9 Jahren wurde der Junge wiederum mit Bauchschmerzen (2–3 mal pro Woche), Blässe, Gewichtsabnahme und wegen blutig tingiertem Stuhlgang zur Diagnostik stationär aufgenommen.

Klinische Untersuchungsbefunde

9 Jahre alter, blasser Junge in deutlich reduziertem Allgemeinzustand mit permanentem Brechreiz. Das Abdomen war weich und tief palpabel, keine Hepatosplenomegalie, kein akutes Abdomen. Bei der rektalen Untersuchung imponierte dunkles Blut am Handschuh. Blutdruck 89/63 mmHg, Herzfrequenz in Ruhe 110/min. Sonst war intern und neurologisch kein pathologischer Befund zu erheben.

Laborbefunde

Hb 5,6 mmol/l, Hk 0,27, Erythrozytenzahl 3,3 Tpt/l, MCH 1,72 fmol (alle Werte unterhalb der Norm). Quick mit 65% und Fibrinogen mit 1,69 g/l zu niedrig, sonst normale Gerinnungsparameter. CrP negativ. Stuhluntersuchung auf Salmonellen, Yersinien und *Campylobacter* negativ.

Funktionsdiagnostik

Sonographie des Abdomens: Normale Darstellung parenchymatöser Organe, kein Nachweis von freier Flüssigkeit, Kokarden

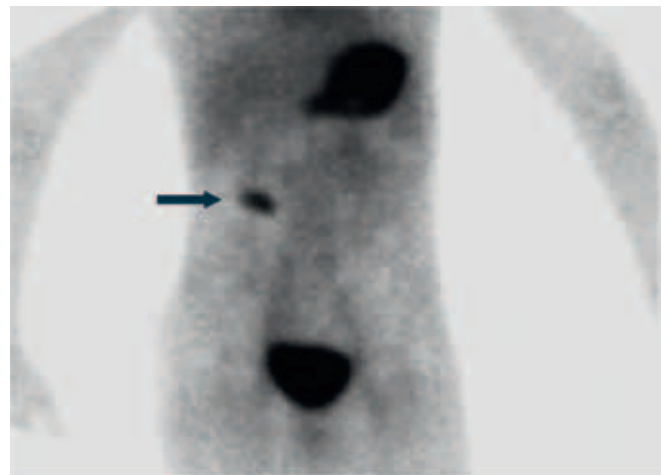


Abb. 1: Die Na-99mTc-Pertechnetat-Szintigraphie zeigt neben den normalen Anreicherungen des Tracers in Magen und Blase eine zusätzliche Kontrastierung im rechten Mittelbauch (Pfeil).

oder verdickten Darmwänden. Vergrößerte Lymphknoten bis 21 mm im rechten Unterbauch i.S. einer Lymphadenitis mesenterialis nachweisbar.

Gastroskopie und Koloskopie: Unauffällige Morphologie und Histologie in den einsehbaren Abschnitten.

Na-99mTc-Pertechnetat-Szintigraphie: In den Frühaufnahmen zeigt sich eine Anreicherung des Tracers im rechten Mittelbauch (Abb. 1).

Wie lautet die Diagnose?

Diagnose: Meckel-Divertikel

Differenzialdiagnosen

Invagination, Volvulus, Polyp, chronisch-entzündliche Darm-erkrankung

Verlauf

Nach Konditionierung des Patienten mit einer Transfusion erfolgte die operative Entfernung des Meckel-Divertikels mittels Keilresektion (Abb. 2). Der postoperative Verlauf war komplikationslos, und der Junge blieb beschwerdefrei. Im Resektat fanden sich in der Submukosa typische Ektopien von Magenkorpus-schleimhaut.

Das Meckel-Divertikel ist als embryonaler Rest des Ductus omphaloentericus eine Ausstülpung des Jejunums bzw. Ileums. Es wird relativ selten und wenn, dann intraoperativ mit einer Häufigkeit von 1–4% aufgefunden. Öfter kommt das Meckel-Divertikel bei Patienten mit Trisomie 21 vor. Meckel-Divertikel bleiben häufig asymptomatisch. Ist der ehemalige Dottergang nur unvollständig obliteriert, kann sich Darminhalt verfangen und eine Entzündung hervorrufen, die einer Appendizitis ähnlich ist. In 30–50% ist ektope Magenschleimhaut in Meckel-Divertikeln zu finden und führt durch Säurebildung zu Ulzera, Blutungen und rezidivierenden, oft nahrungsabhängigen Bauchschmerzen. Ist okkultes Blut nachweisbar und die endoskopische Diagnostik kann die Bauchschmerz- und Blutungsursache nicht klären, stellt die Szintigraphie die bildgebende Methode der Wahl dar. Die laparoskopische Suche nach einem Meckel-Divertikel ist bei einer

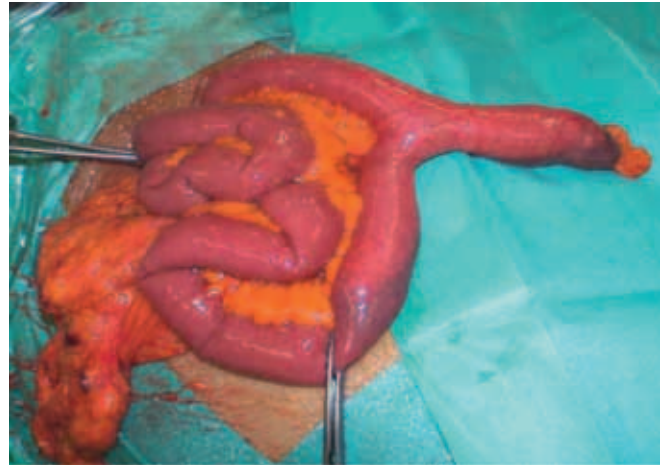


Abb. 2: Intraoperativer Situs des Meckel-Divertikels

intraabdominalen Operation schon länger Routine. Wird dabei ein asymptomatisches Meckel-Divertikel als Zufallsbefund identifiziert, so sollte die Indikation zur Entfernung aus prophylaktischen Gründen geprüft werden (AWMF Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie).

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

Red.: Höger

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

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

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

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

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

Verantw. Redakteure für „Forum“, „Magazin“ und „Berufsfragen“: Regine Hauch, Salierstr. 9, 40545 Düsseldorf, Tel. (0211) 5560838, E-Mail: regine.hauch@arcor.de; Dr. Wolfgang Gemp, Sonnenrain 4, 78464 Konstanz, Tel. (07531) 56027, E-Mail: dr.gemp@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 Tagungsberichte“ erscheinen außerhalb des Verantwortungsbereichs des Herausgebers und der Redaktion des „Kinder- und Jugendarztes“.

Druckauflage 12.600
lt. IVW 1/2011

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft
Kommunikationsforschung im
Gesundheitswesen



IA-MED

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

Verlag: Hansisches Verlagskontor GmbH, Mengstr. 16, 23552 Lübeck, Tel. (04 51) 70 31-01 – **Anzeigen:** Max Schmidt-Römhild KG, 23547 Lübeck, Christiane Kermel, Fax (0451) 7031-280, E-Mail: ckermel@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 12mal jährlich (am 15. jeden Monats) – **Redaktionsschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.**

Anzeigenpreisliste: Nr. 44 vom 1. Oktober 2010
Bezugspreis: Einzelheft € 9,90 zzgl. Versandkosten, Jahresabonnement € 99,- zzgl. Versandkosten (€ 7,70 Inland, € 19,50 Ausland). Kündigungsfrist 6 Wochen zum Jahresende. – In den Mitgliedsbeiträgen des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. und des Berufsverbandes Deutscher Kinderchirurgen e.V. ist der Bezugspreis enthalten.

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

© 2011. 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.

Wirksamkeit der zweimaligen Varizellen-Impfung

Darauf haben wir gewartet: die in einer Ausbruchsun- tersuchung des Robert Koch-Instituts dokumentierte bessere Wirk- samkeit von 2 Dosen im Ver- gleich zu 1 Dosis Varizellenimp- fung im Kindesalter (Vaccine 2010; 28:686-691) wurde jetzt in einer ähnlichen Studie aus den USA bestätigt (J Infect Dis 2011; 203:312-315). Wir ermittelten damals für 1 Dosis des auch in den USA verwendeten Impf- stoffs Varivax® eine Wirksamkeit von 86% (95% Vertrauensbe- reich: 56-96), die Forscher aus den USA kamen ebenfalls auf 86% (95% VB: 45-99). Für 1 Do- sis Varilrix® betrug die Wirk- samkeit in unserer Studie 56% (95% VB: 29-72). Für 2 Dosen des MMR-V Kombinations- impfstoffs Priorix® tetra fanden wir 91% (95% VB: 65-98), die Gruppe in den USA kam für 2 Dosen Varivax® auf 98% (95% VB: 83-100). Siebzehn der 18 Li- teraturzitate der US-Studie sind amerikanischer Provenienz (und 1 historische aus Japan), wohingegen unsere Studie aus dem Robert Koch-Institut den Autoren nicht erwähnenswert schien. Wir erinnern uns: Vor 7 Jahren wurde in Deutschland die Varizellenimpfung zur Stan- dardimpfung, vorzugsweise im 2. Lebensjahr anzuwenden. Dies geschah trotz initialer Wider- stände impfkritischer ÄrztInnen und kontroverser Diskussionen mit Kostenträgern bezüglich der Validität der damals vorliegen- den Daten zur Krankheitslast. Ethische Aspekte, z.B. der indi- rekte Schutz von immunsuppri- mierten Personen, die selbst nicht gegen Varizellen geimpft werden können, wurden in den Diskussionen nicht gebührend berücksichtigt. Dennoch waren es gerade die Eltern der Kinder, die das neue Impfangebot dank- bar annahmen und der Impfung zum raschen Erfolg verhalfen. Begleitend zur Einführung der Standardimpfung führte das Ro- bert Koch-Institut ein Sentinel- system ein, um die Auswirkung des Impfprogramms auf die Epi- demiologie der Krankheit zu un- tersuchen. Diesem Erfassungss- ystem, unterstützt durch regio- nale Erhebungssysteme wie z.B.

in Bayern durch die Arbeits- gruppe von Prof. Johannes Liese (damals Univ.-Kinderklinik München, jetzt Würzburg), ha- ben wir es zu verdanken, den Impferfolg bewerten zu können (www.agmv.de).

Die STIKO empfiehlt die Impfung auch für alle älteren Kinder und Jugendliche, soweit diese nicht bereits nach durchge- machten Varizellen immun sind (Epidem. Bull 30 und 31, 2004). Kinder und Jugendliche ohne Impf- und Erkrankungsanam- nese sollen die Nachholimpfung gegen die Varizellen spätestens ab dem Alter von 9 Jahren erhal- ten, um komplikationsreiche Er- krankungsverläufe zu verhin- dern, die ja mit zunehmendem Alter bei Varizellen häufiger wer- den. Im Gegensatz zur empfoh- lenen 2-maligen Impfung aller Kinder und Jugendlichen gegen MMR war damals die Impfung gegen Varizellen bei Kindern bis zum vollendeten 13. Lebensjahr in einer Impfdosis empfohlen, erst ab dem Alter von 13 Jahren waren es 2 Dosen.

In den USA, wo die Impf- empfehlung bereits 1998 ausge- sprochen wurde, zeichnete sich ein Nachlassen des Impfschutzes im Laufe von wenigen Jahren nach einmaliger Varizellenimp- fung ab (Übersicht in J Infect Dis 2008; 197: S82-9). Dies führte in den USA 2006 und 3 Jahre später auch in Deutschland zur Emp- fehlung, allen Kindern grund- sätzlich 2 Dosen Varizellenimp- fung zu verabreichen (Epidem. Bull 33/2009 und Impfforum 3/2009). Dass dies eine sinnvolle Empfehlung darstellt, ist Dank des nun mehrfach bestätigten Zugewinns an Effektivität durch die 2. Dosis gut belegt.

Vakzinologische High- lights der ESPID, Den Haag, 7.-11. Juni 2011

Die Jahrestagung der ESPID hat wieder knapp 3000 Besucher angezogen und mit mehr als 1000 Beiträgen bot sie ein um- fassendes Angebot an neuen Stu- dienergebnissen aus allen Berei- chen der pädiatrischen Infektio- logie. Hier einige Neuigkeiten aus dem Bereich des Impfwes- ens.



Impfforum

- Die Ätiologie schwerer akuter Otitis media (AOM)-Erkran- kungen in Deutschland wird in einer andauernden Studie unter Mitwirkung des Nationalen Re- ferenzentrums für Streptokok- ken in Aachen verfolgt. In der Studienperiode Oktober 2009 bis Oktober 2010 traten 310 Fälle auf (149 Fälle weniger als in den 12 Monaten davor!), von denen in 120 ein Erregernachweis aus dem Mittelohr gelang: *S. pneumo- niae* (N=35, 29%), *S. pyogenes* (35, 29%), *S. aureus* (32, 26%), *H. influenzae* (16, 13%) und *M. catarrhalis* (2, 2%). Unter den Pneumokokken domi- nierten die Serotypen 3 (9, 26%), 19A (7, 20%) und 19F (4, 11%). Der Abdeckungsgrad durch Pneumokokken-Konjugatvakzi- nen (PCV) errechnete sich wie folgt: PCV7: 11%, PCV10: 22%, PCV13: 69%. *Kommentar:* Der verbreitete Einsatz von PCV7 hat zum gewünschten Erfolg auch gegen AOM geführt. Die beiden höher valenten Konjugatimpf- stoffe werden wohl zu einem wei- teren Rückgang schwerer AOM führen (Poster 497, M. van der Linden).
- Die 10-valente PCV Synflorix® wurde in einer umfassenden Stu- die bei Säuglingen (4 Dosen: 2-4- 6 und 15 Monate) in Südamerika auf ihre klinische Wirksamkeit gegen AOM und Pneumonie ge- testet. Die Ergebnisse für Schutz vor Pneumonien: 23% (gemäß WHO Definition mit Klinik + Infiltrate im Röntgenbild) bzw. 18% (vermutete bakterielle Ätio- logie, d.h. Klinik + pathologi-

sches Röntgenbild oder CRP \geq 40 mg/l). *Kommentar:* Diese sehr sorgfältig geplante und durchge- führte klinische Studie (als Mit- glied des Independent Data Mo- nitoring Committees erlaube ich mir dieses Urteil) zeigt ein Er- gebnis, welches auf den ersten Blick vielleicht enttäuschen mag. Im Vergleich zu früheren Studien (PCV7) liegen die Ergebnisse je- doch in einer sehr ähnlichen Größenordnung und lassen ei- nen merklichen Rückgang der Gesamtlast (!) an Pneumonien bei geimpften Säuglingen und Kleinkindern erwarten (Poster 715, Saez Llorens).

- Zum Schluss nochmals zurück zur Varizellenimpfung. In Deutschland 2004 eingeführt hat sie zu einem Rückgang der Mor- bidität an Varizellen geführt (siehe oben). Nun liegen auch Analysen zum Einfluss auf die Inzidenz des Herpes Zoster bei Kindern vor. Zwischen 2005 und 2010 nahm sie gemäß Meldezahl- en des Sentinelsystems bei Kin- dern unter 10 Jahren ab, während in der Altersgruppe 10-14 Jahre eine Zunahme zu verzeichnen war. *Kommentar:* Die Abnahme in der Altersgruppe der haupt- sächlich geimpften entspricht den Erwartungen. Ob die Zu- nahmetendenz des Herpes Zos- ter bei den älteren Kindern auf einen Rückgang der immunitäts- fördernden exogenen Reexposi- tion mit VZV zurückzuführen ist oder Zufall entspricht wird die Zeit zeigen (Poster 721, Siedler).

Red.: Christen

Nachweis von HPV-Viren der Hochrisikogruppe im OP-Präparat eines Nabelgranuloms

CONSILIUM
INFECTORIUM

Prof. Dr.
Peter Höger

Frage: Ein jetzt 7 Monate alter weiblicher Säugling wurde in unserer Klinik vor 3 Wochen wegen eines Nabelgranuloms operiert. Es handelte sich um ein kirschgroßes gestieltes Granulom, problemlose Abtragung, kein Gang zu sondieren. Überraschenderweise wurden im Op-Präparat *Humane Papillomaviren* (HPV) nachgewiesen und zwar aus der Hochrisikogruppe! Ich kenne Erkrankungen durch *Papillomaviren* bei Kindern überwiegend als Larynxpapillomatose und dann sind es eigentlich immer die HPV-Viren der Niedrigrisikogruppe.

Sind nun weitere Kontrollen bei dem Säugling notwendig, speziell im Larynxbereich? Ist mit der Entfernung des Granuloms eine Sanierung zu erwarten? Die Untersuchung der Mutter läuft, ich habe noch kein Ergebnis. Der Säugling ist beschwerdefrei, gedeiht gut. Ich bin gespannt auf Ihre Antwort.

Antwort: Infektionen mit dem Humanen Papilloma-Virus (HPV) treten weltweit und in allen Altersgruppen auf. Die Viren können sämtliche Plattenepithelgewebe infizieren; allerdings zeigen einzelne der > 100 HPV-Typen eine typische Prädisposition für bestimmte Gewebe (1).

HPV-Infektionen verlaufen häufig asymptomatisch. Die symptomatischen Erkrankungen treten nach einer Inkubationszeit von durchschnittlich 3 Monaten (mit einer großen Schwankungsbreite von 3 Wochen bis 8 Monaten) auf; in einzelnen Fällen kann die Inkubationszeit allerdings 5 (Larynxpapillomatose) oder gar 10 Jahre und mehr (Zervixkarzinom) betragen (1).

In einer prospektiven, longitudinalen Studie an der Universität Turku/Finnland (2) wurden Plazenta- und Nabelschnurproben von 315 Müttern und 311 gesunden Neugeborenen mittels nested-PCR und Genomsequenzierung auf eine HPV-Infektion untersucht. HPV-DNA ließ sich in 4,2 % der Plazenten und 3,5 % der Nabelschnurproben nachweisen; vorwiegend wurden die HPV-Typen 16, 6, 83 und 39 nachgewiesen. Die Vorgeschichte früherer *Condylomata acuminata* war der einzige unabhängige Prädiktor für den Nachweis von HPV aus dem Nabelschnurblut (OR=4,0, 95 % CI: 1,09–14,54, p=0,036). Der HPV-Nachweis im Nabelschnurblut er-

höhte das Risiko des genitalen (OR=4,0, 95 % CI: 1,08–14,83, p=0,048) bzw. oralen (OR=4,4, 95 % CI: 1,17–16,14, p=0,039) HPV-Nachweises beim Neugeborenen. Ein HPV-Nachweis im Plazentagewebe korrelierte mit einem erhöhten Risiko für eine orale HP-Infektion des Neugeborenen (OR=8,6, 95 % CI: 2,73–27,13, p=0,0001). Der Entbindungsmodus hatte in dieser Studie hingegen keinen Einfluss auf die Häufigkeit des HPV-Nachweises in den untersuchten Geweben; in anderen Untersuchungen war die Rate z. B. laryngealer HPV-Infektionen bei Sectio-entbundenen Kindern geringer (2). Nach erfolgter perinataler Infektion kann das Papillomavirus 6 Monate und länger bei Säuglingen nachgewiesen werden (2).

In Anbetracht einer HPV-Nachweisrate von 3–4 % ist die Inzidenz z. B. der Larynxpapillomatose mit 0,1–2,8/100.000 extrem gering. Daher kann davon ausgegangen werden, dass die Mehrzahl der perinatalen HPV-Infektionen asymptomatisch verläuft. Ein Zusammenhang zwischen HPV und Nabelgranulomen ist nicht bekannt.

Bei dem vorgestellten Fall kann somit von einer asymptomatischen HPV-Infektion ausgegangen werden, die keinerlei therapeutischen Konsequenzen hat. Sicherlich wird der weiterbetreuende Kinderarzt bei den Vorsorgeuntersuchungen mit besonderer Sorgfalt nach oralen, kutanen, genitalen oder gar respiratorischen Manifestationen einer perinatalen HPV-Infektion suchen, auch wenn deren Wahrscheinlichkeit glücklicherweise gering ist.

Literaturangaben

1. Demmler-Harrison GJ. Human Papillomaviruses. In: Feigin RD, Cherry JD, Demmler-Harrison GJ, Kaplan SL (Eds.) *Feigin & Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases*. Philadelphia: Saunders Elsevier, 6th ed. 2009, pp. 1931–1947
2. Sarkola ME, Grénman SE, Rintala MA, Syrjänen KJ, Syrjänen SM. Human papillomavirus in the placenta and umbilical cord blood. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2008;87:1181–8.

Prof. Dr. Peter Höger
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Abt. Pädiatrische Dermatologie
22149 Hamburg, Lilienconstr. 130

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



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Komplement-Blockade beim schweren Shiga-Toxin assoziierten HUS

Complement Blockade in Severe Shiga-Toxin-Associated HUS

Lapeyraque AL, Malina M et al. *N Engl J Med*, online first, 25. Mai 2011

Das Hämolytisch-Urämische Syndrom (HUS) wird meistens sekundär durch Shiga-Toxin produzierende Entero-hämorrhagische-Escherischia Coli (EHEC) ausgelöst. Bei der seltenen atypischen Form, die mit Veränderungen im Komplementsystem einhergeht, hat sich eine Inhibierung des terminalen Komplement-Komplexes mittels des monoklonalen Anti-C5-Antikörpers Eculizumab als wirksam erwiesen. Bei 3 Kindern mit EHEC-assoziiertem HUS und schwerer neurologischer Beteiligung wurde nach erfolgloser Plasmapheresetherapie eine Behandlung mit Eculizumab eingeleitet. Bei allen Kindern trat innerhalb der folgenden 24 Stunden eine deutliche Besserung der neurologischen Symptomatik assoziiert mit einem schnellen Abfall der HUS-Aktivitätsmarker auf. Nach 3, 16 bzw. 13 Tagen konnte bei allen Patienten die Dialysetherapie beendet werden. Die Nierenfunktion blieb stabil. Aufgrund der dramatischen Verbesserung bei sehr schwerem Krankheitsverlauf erscheint eine spontane Besserung unwahrscheinlich.

Kommentar

Eine neurologische Beteiligung bei einem EHEC-assoziierten hämolytisch-urämisches Syndrom ist eine schwerwiegende Komplikation, die häufig zu starken neurologischen Schäden oder zum Tod führt. Bisherige Rescue-Therapien, z.B. mittels Plasmaaustausch oder Protein C-Gabe, führen nur selten zu klinischen Verbesserungen. Mit Eculizumab könnte jetzt eine Substanz zur Verfügung stehen, mit der auch beim EHEC-assoziierten HUS die Komplementaktivierung gestoppt und damit ein lebensbedrohlicher Verlauf beim HUS verhindert werden kann. Zukünftige Studien müssen die Wirksamkeit von Eculizumab beim schweren Verlauf des typischen HUS belegen. Im Rahmen der schwer ver-

laufenden EHEC-positiven HUS-Fälle im Mai 2011 in Deutschland wurde Eculizumab sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen mit schweren neurologischen und kardialen Komplikationen erstmals erfolgreich bei größeren Patientenzahlen eingesetzt.
(Lars Pape, Hannover)

Kontrollierte antimikrobielle Behandlung der akuten Otitis media

Treatment of Acute Otitis Media in Children under 2 Years of Age

Alejandro Hoberman, Jack L. Paradise et al. *N Engl J Med* 364:105-115, Januar 2011

Die Studiengruppe aus Pittsburgh randomisierte von November 2006 bis März 2009 291 Kinder im Alter von 6–23 Monaten nach strengen Kriterien einer akuten Otitis media, basierend auf einer klinischen Symptomskala (AOM-SOS) und eindeutigen otoskopischen Befunden zur antibiotischen Behandlung mit Amoxicillin-clavulanat (Amox. 90 mg/kg/Tag + Clavulanat 6,4 mg/kg/Tag – Augmentin® ES GSK) oder Placebo in 2 ED täglich für 10 Tage. Kontrolluntersuchungen fanden am 4.–5. Tag, bei Therapieende am Tag 10–12 und bei einer Nachuntersuchung am Tag 21–25 statt.

Nach Möglichkeit wurden Nasopharyngeal-Abstriche zu Studienbeginn, am Tag 10–12 und am Tag 21–25 abgenommen und kultiviert: *S.pneumoniae* fanden sich bei 73 v.139 bzw. 67 v. 143, davon waren 12 bzw. 16 Penicillin-resistent, *H. influenzae* bei 47 bzw. 47, *Moraella catarrhalis* bei 51 bzw. 48 (Das Kollektiv war noch nicht pneumokokkengeimpft).

Eine deutliche Rückbildung der Symptome war am Tag 2 bei 35 %, am Tag 4 bei 61 % und am Tag 7 bei 80 % der Kinder, die Antibiotika erhielten, zu beobachten. Für die Placebogruppe lagen die entsprechenden Prozentsätze bei 28 % – 54 % – 67 % ($p = 0.14$).

Therapieversagen wurde bei 4 % vs 23 % am oder vor Tag 4–5, und bei 16 % vs 51 % am Tag 10–12 diagnostiziert ($p < 0.001$).

Rückfälle wurden bei 16 % vs 19 % ($p=0.56$) diagnostiziert.

In der Antibiotika-Gruppe waren die protokoll-definierten Durchfälle (≥ 3 wässrige Stühle an 1 Tag oder 2 wässrige Stühle täglich für wenigstens 2 Tage) mit 36 (25 %) im Vergleich mit der Placebo-Gruppe mit 15 % häufiger, 1 Mastoiditis entwickelte sich in der Placebo-Gruppe. Bei 6 Kindern der Antibiotika-Gruppe und 1 Kind der Placebo-Gruppe musste die Behandlung wegen der Durchfälle abgebrochen werden.

A Placebo-Controlled Trial of Antimicrobial Treatment for Acute Otitis Media

Paula A. Tähtinen et al. *N Engl J Med* 364:116-26, Januar 2011

Die finnische Studiengruppe aus Turku führte bei 319 Kindern im Alter von 6–35 Monaten mit der nach strengen Kriterien gestellten Diagnose akute Otitis media eine randomisierte Doppelblind-Studie durch.

Die Diagnose der akuten Otitis media basierte auf dem Nachweis von Flüssigkeit im Mittelohr in der pneumatischen Otoloskopie (Vorwölbung, verminderte oder fehlende Beweglichkeit, abnorme Färbung oder Trübung oder Luft-Flüssigkeits-Spiegel), akuten Entzündungszeichen des Trommelfell sowie akuten Symptomen wie Fieber, Ohrenscherzen, Atemwegssymptome.

Die Patienten erhielten entweder Amoxicillin-clavulanat (Amoxicillin 40 mg/kg/Tag und Clavulanat 5.7 mg/kg/Tag in 2 ED) (n=161) oder Placebo (n=158) für jeweils 7 Tage.

Primäres Studienziel waren die Tage bis zum Therapieversagen von der 1. Dosis bis zur Abschlussuntersuchung am Tag 8 auf der Basis des Allgemeinzustandes, einschließlich etwaiger unerwünschter Erscheinungen, und den otoskopischen Zeichen der akuten Otitis media. Therapieversagen wurde definiert als fehlende Symptombesserung bei der 1. Kontrolle am Tag 3, Symptomverschlechterung zu jedem Zeitpunkt, keine Besserung des otoskopischen Befundes zum Therapie-Ende am Tag 8, Trommelfellperforation, Symptom-Verschlechterung (Mastoiditis, Pneumonie), Notwendigkeit offener antibiotischer Behandlung oder jeder Anlass zum Studienabbruch. Als Zeitpunkt des Therapieversagens wurde der Tag definiert, an dem der Studienarzt dies bestätigte. In 150 von 157 Nasopharyngeal-Abstrichen der Amox.clav. Gruppe und in 153 v. 158 der Placebo-Gruppe waren *S.pneumoniae* nachweisbar, daneben *H.infl.* in 100 v. 157 bzw. 90 v. 158, *Morax.cath.* in 117 v. 157 bzw. 115 v. 158.

Therapieversagen wurde bei 30 von 161 Kindern der Antibiotika-Gruppe (18.6 %) und bei 71 von 158 Kindern der Placebo-Gruppe diagnostiziert (44.9 %) ($p<0.001$), am Tag 3 bereits bei 13.7 % vs 25.3 %. Amoxicillin-clavulanat reduzierte das Risiko des Therapieversagens um 62 % ($p<0.001$). Um bei 1 Kind das Therapieversagen zu verhindern, mussten 3.8 Kinder behandelt werden.

Durchfälle traten bei 47.8 % in der Amox.clav. Gruppe vs 26,6% der Placebogruppe ($p<0.001$) auf.

Kommentar

Die Studiengruppen aus den USA (Pittsburgh) und aus Finnland (Turku) untersuchten unabhängig voneinander die Effektivität der antibiotischen Behandlung mit Amoxicillin-Clavulansäure oder Placebo über 10 bzw. 7 Tage bei Kindern im Alter von 6–23 bzw. 6–35 Monaten. Die Diagnose der akuten Otitis media (AOM) wurde nach strengen, wenig unterschiedlichen Kriterien an Hand von Allgemeinsymptomen, otoskopischen und tympanometrischen Trommelfellbefunden und Ergebnissen von Nasopharyngealabstrichen von erfahrenen Untersuchern gestellt. Bewertet wurden die Symptomrückbildung und die Versagerquote abhängig von der Therapie.

Während in Pittsburgh noch ein Nachuntersuchungstermin nach 21–25 Tagen (für AOM-Therapiestudien sind Nachuntersuchungen nach 60–90 Tagen wünschenswert) bewertet wurde, endete in Turku die Studie mit dem Therapie-Ende am 8. Tag. Auffällig sind die Wahl des Antibiotikums sowie die unterschiedliche Dosierung und Behandlungsdauer.

Positiv anzumerken sind die strengen Diagnosekriterien und die Begrenzung der Altersgruppen auf 6–23 bzw. 6–35 Monate.

Jede kommerzielle Einflussnahme wurde von den Autoren ausgeschlossen. Die Gründe für die Primärbehandlung mit Augmentin® und die hohe Dosis bzw. verlängerte Behandlungsdauer werden jedoch im Text nicht begründet*.

In ihren Schlussfolgerungen sind beide Autorengruppe zurückhaltend und weisen nur auf den statistisch positiven Effekt der antimikrobiellen Behandlung hin, empfehlen aber weitere Studien, um die Kinder, die antibiotisch zu behandeln sind, exakter zu erfassen.

Die Studienergebnisse haben keine Konsequenzen für die hierzulande übliche antibiotische Primärbehandlung mit Amoxicillin 80–90 mg/kg/Tag in 2–3 ED für 5–7 Tage, belegen aber die günstigen Wirkungen der Antibiotika-Gabe ebenso wie die erhöhte Durchfallsrate.

* Anmerkung des Kommentators: Von der AAP¹ und der DGPI² wird als Mittel der 1. Wahl nach wie vor Amoxicillin 80–90 mg/kg/Tag für 5–7 Tage empfohlen und erst bei Therapieversagen eine erweiterte bis alternative Therapie.

1) American Academy of Pediatrics, Subcommittee on Management of AOM 2004: Diagnosis and Management of AOM; Pediatrics 113: 1461-65

2) Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie: 2009: Akute Otitis media, S. 573-577 in DGPI-Handbuch, 5. Aufl., herausgg. H Scholz, BH Belorhadsky, R Bialek, U Heining, HW Kreth, R Roos. Thieme Stuttgart

(Helmut Helwig, Freiburg)

Diagnostik des Makrophagen-Aktivierungs-Syndroms

An International Consensus Survey of Diagnostic Criteria for Macrophage Activation Syndrome in Systemic Juvenile Idiopathic Arthritis

Davi S et al., J Rheumatol 38:764-8, April 2011

Das Makrophagenaktivierungssyndrom (MAS) ist eine potentiell lebensbedrohliche Erkrankung, die im Rahmen rheumatischer Erkrankungen, insbesondere der systemischen juvenilen idiopathischen Arthritis (sJIA) auftritt. Eine frühzeitige Diagnose ist oft schwierig, da sich klinische und laborchemische Befunde mit anderen sepsisähnlichen Erkrankungen überlappen. Die für das eng verwandte Krankheitsbild der hämophagozytischen Lymphohistiozytose (HLH) formulierten Diagnosekriterien sind auf die sJIA oft nicht anwendbar, da hierbei per se erhöhte Ferritinwerte oder nur relative Zytopenien nachweisbar sind.

Die vorliegende Arbeit ermittelte mithilfe einer sog. Delphi-Expertenumfrage konsensbasierte Kriterien für die Diagnose eines MAS im Rahmen einer sJIA. Dazu wurden internationale Experten aufgefordert, aus 28 klinischen, histopathologischen und laborchemischen Kriterien die 10 wichtigsten auszusuchen. Von 505 angeschriebenen Ärzten konnten die Antworten von 232 ausgewertet werden und folgende Kriterienreihenfolge ermittelt werden: Fallende Thrombozytenzahlen, Hyperferritinämie, Nachweis einer Hämophagozytose im Knochenmark, ansteigende Leberwerte, fallende Leukozytenzahlen, persistierend hohes Fieber über 38 Grad, fallende BSG, Hypofibrinogenämie und Hypertriglyceridämie.

Diese Studie kann im klinischen Alltag zu mehr Sicherheit bei der Diagnose eines MAS führen. Leider sind keine absoluten Werte erfragt worden, so dass dies in nachfolgende Studien ermittelt werden sollte. Darüber hinaus bleibt zu hoffen, dass die nunmehr schärferen Diagnosekriterien zu einheitlicheren Therapiestudien und damit zu einer besseren Prognose des MAS beitragen können.

(Toni Hospach, Stuttgart)

Hausbesuch bei ●●● Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Der Chef der größten und einflussreichsten ärztlichen Körperschaft, Dr. Andreas Köhler, gilt nicht gerade als politisches Leichtgewicht. Der gelernte Chirurg und Betriebswirt, gerade wiedergewählt als hauptamtlicher Vorstand der KBV, gilt als autoritär, aber effizient. Selbst innerärztliche Gegner zollen ihm Respekt dafür, dass er mitten in der großen Wirtschaftskrise einen Honorarzuwachs von etwa fünf Milliarden Euro in nur fünf Jahren durchgesetzt hat, dass Themen wie Ärztemangel und Bürokratieabbau inzwischen auf der politischen Agenda stehen. Der Hausbesuch bei dem streitbaren Ärztefunktionär findet am Tag der großen Postenrochade bei der FDP statt. Als Andreas Köhler schließlich kommt, geht's gleich zur Sache. Nur noch dies vorweg: er habe es aus gut unterrichteten Kreisen soeben erfahren, Bahr werde Gesundheitsminister. Köhler scheint zufrieden.

? *In den nächsten Jahren werden viele Kinder- und Jugendärzte in den Ruhestand gehen. Vor allem auf dem Land ist es schwer, Nachfolger für die Praxen zu finden. Was wird die KBV tun, um die ambulante pädiatrische Versorgung in der Fläche aufrecht zu erhalten?*

Köhler:

Es ist ein gesellschaftliches Interesse, dass im ländlichen Raum nicht nur ältere Menschen bleiben, sondern auch junge Familien wieder dorthin kommen. Deswegen ist es notwendig für uns, eine flächendeckende Versorgung mit Kinder- und Jugendärzten zu organisieren. Dazu brauchen wir zunächst eine darauf abgerichtete Bedarfsplanung. Und dann müssen wir meiner Ansicht nach ganz neue Wege gehen, um die flächendeckende pädiatrische Versorgung sicherzustellen.

? *Wie werden diese Wege aussehen?*

Köhler:

Wir werden analog zum Förderprogramm zur Weiterbildung von Allgemeinmedizinern für die Kinder- und Jugendärzte ein Förderprogramm brauchen. Das ist auch Konsens in allen meinen Gremien. Wir brauchen die Verbundweiterbildung und wir brauchen Koordinierungsstellen, die es ermöglichen, dass ein niederlassungswilliger junger Kinder- und Jugendarzt, der selber Kinder hat, der vielleicht eine Partnerin hat, die auch in der Region berufstätig sein will, entsprechende Hilfe

bei all diesen Bedürfnissen bekommt. Wir müssen also hier Gesamtkonzepte zusammen mit den Ländern und Kommunen anstreben. Und da wird uns das Versorgungsgesetz hoffentlich auch den notwendigen Handlungsrahmen geben, so dass wir das organisieren können.

? *Umfragen unter angehenden Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten ergeben, dass sie vielfach ganz andere Arbeitsformen als die althergebrachten wünschen, sie wünschen sich geregeltere Arbeitszeiten, kürzere Arbeitszeiten etc. Auf dem Land gibts die aber noch weniger als in der Stadt.*

Hartmann:

Wir haben einen Frauenanteil von 85 Prozent und wir haben auf unserem Assistentenkongress Ende März in Dresden gefragt, wer sich vorstellen kann, z. B. in der Praxis in der ambulanten Versorgung tätig zu sein. Nur 36,7 Prozent der Befragten Kolleginnen und Kollegen konnten sich nicht vorstellen, freiberuflich in der Praxis tätig zu sein. Aber 73,3 Prozent der Befragten konnten sich vorstellen, in einer Arztpraxis als angestellte Ärzte tätig zu sein. Für 61,9 Prozent war die Angestelltentätigkeit in einem MVZ eine Möglichkeit und für 79,5 Prozent war die Möglichkeit der Teilzeitarbeit in der ambulanten Versorgung besonders wichtig. Nur 57 Prozent sahen im finanziellen Hindernis ein Risiko sich in eigener Praxis niederzulassen. Und für 83 Prozent ist die hohe Arbeitsbelastung möglicherweise ein Hindernis. Nur

für 26,7 Prozent ist die schlechte Vereinbarkeit von Familie und Beruf kein Hindernis sich niederzulassen. Herr Köhler, Sie sehen also, dass die nachfolgende Generation völlig andere Schwerpunkte setzt, aber sie ist nicht gegen eine Niederlassung in eigener Praxis, wenn die Rahmenbedingungen stimmen. Und wir wissen aus unseren Niederlassungsseminaren, dass die Kolleginnen und Kollegen gemeinschaftliche Formen der Praxisausübung bevorzugen. Wir brauchen also die Möglichkeit, dass es z. B. auch ein pädiatrisches MVZ geben kann unter der Führung eines Arztes. Wir müssen gemeinsam definieren, was die Sicherstellung der Versorgung im einzelnen bedeutet. Für mich heißt das etwa, dass der nächste Pädiater in 30 Minuten erreichbar ist. Akutversorgung und Notfallversorgung müssen wir gemeinsam mit den Hausärzten auf andere Weise sicherstellen, aber für die rein pädiatrische Versorgung sind 30 Autominuten Anfahrzeit zumutbar. Bei sozial schwachen Familien ohne Auto müssen dann wieder wie schon in den 70er und 80er Jahren die Krankenkassen die Fahrtkosten übernehmen. Auf den ÖPNV, der immer weiter ausgedünnt wird, können wir in ländlichen Regionen nicht bauen.

? *Die Zahlen von Dr. Hartmann sind also ein ganz klarer Arbeitsauftrag für die KBV.*

Köhler:

Ja, wir wissen, dass in der Pädiatrie ein extrem hoher Frauenanteil besteht. Auch

ich kann aus unseren Umfragen bestätigen, dass junge angehende Mediziner die ambulante Versorgung als attraktiv empfinden. Die Arbeitsaufträge, die Herr Dr. Hartmann gerade als Analyse der Befragung analysiert hat, die müssen wir aber primär an den Gesetzgeber richten.

Ich kann aber, ohne dem konkreten Gesetz vorzugreifen, fast zu all diesen Dingen sagen, dass sie im Bundesgesundheitsministerium angesprochen und mit uns diskutiert sind und dass es Lösungen geben wird. Die so genannte Interdisziplinarität im medizinischen Versorgungszentrum soll aufgehoben werden, so dass es möglich sein wird, dass nur Kinder- und Jugendärzte ein MVZ gründen. Wir werden die Residenzpflicht erheblich lockern, wir werden die Zulassungsverordnung ändern, das ist auch schon akzeptiert vom BMG und erweitert die Möglichkeit der Kindererziehungszeit für Assistenten auf drei Jahre, wir werden den Mutterschutz auf sechs Monate verlängern. Und wir werden uns mit einem neuen Prototyp des niederlassungswilligen Arztes beschäftigen müssen. Fakt ist nun einmal, dass sich heute junge Medizinstudenten sehr gut vorstellen können, ambulant als Angestellte zu arbeiten. Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz besteht die Möglichkeiten dazu. Fakt ist auch, dass sich die Teilzeittätigkeit organisieren muss. Auch dies wird das neue Gesetz viel stärker als bisher ermöglichen.

Entscheidend wird sein, dass wir die Vorgaben des Gesetzes jetzt auch gängig machen und in Normen umsetzen. Und noch einmal zur Frage der Erreichbarkeit von Kinder- und Jugendärzten. Da denken wir an die Möglichkeit der „Filialisierung“ im ländlichen Raum, wo dann eben nicht fünf oder sechs Tage pro Woche ein Pädiater vor Ort versorgt, sondern vielleicht nur ein oder zwei Tage und dann an anderem Orten konsekutiv versorgt. Da werden wir diese größeren Kooperationsstrukturen mit Aufhebung der Interdisziplinarität als Ankerpunkt brauchen. Und wir werden mit Ländern und Kommunen gemeinsam die Vorhaltung der Infrastruktur finanzieren. Ein einzelner Kinder- und Jugendarzt kann das ja nicht.

Das BMG wird dazu die Rahmenbedingungen schaffen.

? Was hat die KBV für Konzepte, um die Weiterbildung von Pädiatern in der Praxis besser als bisher zu fördern?

Köhler:

Wir werden die Weiterbildung von Pädiatern im ambulanten Bereich aus den vorgenannten Gründen unterstützen müssen, sonst ist die Pädiatrie nicht attraktiv genug im Vergleich zu anderen Facharztgruppen und Allgemeinmediziner. Auch dies wird in dem neuen Gesetz verankert und wir als KBV unterstützen das.

Hartmann:

Das ist auch dringend nötig. Was ein Kinder- und Jugendarzt heute in der Praxis leisten muss, wird in den meisten Fällen in der Klinik, wo die Ausbildung hochspezialisiert ist und sich hauptsächlich auf Neu- und Frühgeborene und auf seltene chronische Krankheiten konzentriert, nicht vermittelt. Deshalb ist es unbedingt erforderlich, dass jeder Pädiater mindestens ein Jahr Weiterbildung in der Praxis absolviert. Dafür brauchen wir geeignete Rahmenbedingungen wie in der Allgemeinmedizin bereits üblich. Wir haben jetzt schon einzelne Bundesländer, wo sich die KVen an den Kosten für die Weiterbildung in der pädiatrischen Praxis beteiligen. Das muss flächendeckend geschehen. In unserem Verband sind 700 Mitglieder, die eine Weiterbildungsermächtigung von bis zu zwei Jahren haben, einen Mangel an Ausbildungsplätzen gibt es also nicht.

? Wann wird mit entsprechenden Regelungen bundesweit zu rechnen sein?

Köhler:

Ich bin zuversichtlich, dass das Gesetz am 1. 1. 2012 in Kraft tritt, dann brauchen wir etwas Zeit für die Ausgestaltung der Regelungen, das werden wir voraussichtlich im Laufe des nächsten Jahres schaffen. Einfach wird es nicht, wir müssen die finanziellen Bedingungen mit den Krankenkassen aushandeln.

? Wieviel Geld wird in die Förderung voraussichtlich fließen?

Köhler:

Wir streben den gleichen finanziellen Umfang an wie bei den Allgemeinmedizinern. Ich gehe im Moment davon aus, dass die ambulante Weiterbildung dann im gleichen Umfang wie in den Kliniken bezahlt wird. Bisher hatten wir auch in der Allgemeinmedizin immer einen „Finanzbruch“. Wenn ich mich in die ambulante Weiterbildung begeben habe, ist das Ge-



halt fast halbiert worden. Das ist zwischenzeitlich gelöst worden und nach den gleichen Konditionen wird man das auch für Kinder- und Jugendärzte regeln.

Mir scheint aber ein anderes Thema sehr wichtig zu sein: die verpflichtende Weiterbildung im ambulanten Bereich. Damit wird sich der Deutsche Ärztetag in Kiel befassen. Jetzt gibt es sie bereits als Kann-Lösung, aber wir wollen das verbindlich machen. Und ich gehe davon aus, dass es auch entsprechende Entschließungsanträge geben wird zur verpflichtenden Weiterbildung zum Kinder- und Jugendarzt im ambulanten Bereich.

? Wann wird die verpflichtende Weiterbildung in den Praxen Realität?

Köhler:

Die Anträge stehen. Es handelt sich ja nur um eine formale Änderung des Weiterbildungsrechtes. Dann allerdings wird das über das Förderprogramm zu administrieren sein. Bis wir die Effekte haben, wird es allerdings ein bis zwei Jahre dauern.

? Der BVKJ fordert seit langem den Ausbau der Primärprävention. Hier müsste sich die KBV zusammen mit den Krankenkassen mehr engagieren, um Gesundheitsbewusstsein und -bildung bei Kindern, Jugendlichen und Eltern voranzubringen.

Hartmann:

Der Unterausschuss des GBA arbeitet seit inzwischen fünf Jahren an einer Neuausrichtung des Früherkennungsprogramms für Kinder, dass es dann endlich den Namen Vorsorge verdient und nicht mehr Früherkennung heißt. Aus „gut unterrichteten Kreisen“ habe ich gehört, dass

sich da in den letzten Wochen etwas getan hat. Die Krankenkassen haben eingeschwenkt auf die Forderungen der Ärzteschaft, auch die Elternvertreter haben ihre Bedenken zurückgestellt, so dass wir davon ausgehen können, dass hoffentlich innerhalb der nächsten zwei Jahre das Kinderfrüherkennungsprogramm den Erfordernissen der Zeit angepasst werden wird, die primäre Prävention dort verankert ist. Dass die Untersuchungslücken, die wir jetzt im Rahmen von Selektivverträgen geschlossen haben, auch in der Regelversorgung schließen können und dass wir dann ein deutlich besseres Versorgungssystem für Kinder haben als das derzeit der Fall ist. Alle Idealvorstellungen werden sicher nicht erfüllt werden, aber die Krankenkassen müssen sich bewegen und auch die Politik muss im § 26 SGB 5 die Beschränkung auf die ersten sechs Lebensjahre aufheben. Die Lücke zwischen sechs und zehn Jahren muss auf jeden Fall geschlossen werden. Unsere Erfahrungen mit der U10 und U11 zeigen, dass die Kinder nicht so gesund sind, wie das gemeinhin geglaubt wird, und wir wissen alle, dass der ÖGD in diesem Alter nicht mehr zur Verfügung steht. Je umfangreicher wir hier primäre Prävention betreiben, desto sinnvoller ist es. Die Krankenkassen müssen erkennen, dass sie langfristig Geld einsparen, wenn sie das Vorsorgeprogramm für Kinder, das wie kein Zweites in der Medizin angenommen wird, weiter ausbaut.

? *Wie schnell wird es den Ausbau des Versorgungssystems in der Praxis also geben?*

Köhler:

Da dies Leistungen sind, die die Kassen uneingeschränkt zu bezahlen haben, wird es hier noch sehr schwierige Verhandlungen im Bewertungsausschuss geben, so dass ich nicht davon ausgehe, dass es vor Ablauf von zwei Jahren passiert. Wichtig ist mir, dass es noch in diesem Jahr einen ersten Entwurf eines Präventionsgesetzes geben wird, weil zwischen dem sechsten und zehnten Lebensjahr außer den Eltern niemand die Kinder und Jugendlichen sieht. Derzeit ist Primärprävention leider noch ein Marketinginstrument der Krankenkassen. Vor dem Hintergrund des Anspruchs der Gesellschaft auf eine gute gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen, gibt es hier ernsthafte Überlegungen, das Ganze was wir im GBA in Teilen beraten, noch zu unterfüttern

durch entsprechende gesetzliche Maßnahmen.

? *Ebenso wie die primären Vorsorgen muss nach Ansicht von Kinder- und Jugendärzten auch die sekundäre Vorsorge ausgebaut werden.*

Köhler:

Dieser Ausbau ist zur Zeit Thema im BMG. Die KBV engagiert sich da. Wir sind sogar so weit gegangen, dass wir da mit externer Unterstützung ein eigenes Konzept der sekundären und tertiären Prävention auch bei Kindern und Jugendlichen etablieren wollen. Ich finde da einen Punkt sehr wichtig: Man muss die sekundäre und tertiäre Prävention immer über den niedergelassenen Arzt machen. Das war nicht immer so, da gibts aber einen Paradigmenwechsel, der wird uns helfen, das Richtige zu tun.

? *Neben der Etablierung neuer Präventionsleistungen muss dann aber auch die Begleitforschung vorangetrieben werden.*

Köhler:

Die Prävention im Kinder- und Jugendbereich ist sehr gut evaluiert. Man muss nicht ständig weiterevaluieren und dafür neue bürokratische Monster schaffen. Ich sehe primär im Schließen der zeitlichen Lücke durch Präventionsmaßnahmen, die bereits evaluiert sind, unsere Kernaufgabe in den nächsten Jahren. Dafür brauchen wir keine zusätzliche Evaluation. Die dafür notwendigen Mittel verweigern auch die Krankenkassen.

Hartmann:

Die Verhandlungen im Unterausschuss des GBA zur Neugestaltung des Früherkennungsprogramm für Kinder haben nur deshalb so lange gedauert, weil die Krankenkassen von uns eine Evaluation von Dingen gefordert haben, die es international überhaupt nicht gibt. Da müsste die Politik den Willen haben, die täglich in den Praxen anfallenden Erkenntnisse über den Gesundheitszustand von Kindern auch auszuwerten. Wir brauchen keine neue KIGGS-Studie, wenn das, was im Rahmen eines standardisierten Vorsorgeprogramms in den Praxen an Daten täglich erhoben wird, vernünftig ausgewertet würde. – Das, was die KIGGS-Studie herausgefunden hat, wussten wir Kinder- und Jugendärzte im Übrigen schon lange. – Wenn wir unsere Daten auswerten

würden, hätten wir einen Überblick über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, um den uns die Welt beneiden würde. Die Politik muss für die Versorgungsforschung aber auch Geld zur Verfügung stellen. Es kann nicht unsere Aufgabe sein als Selbstverwaltungsorgan oder Berufsverband, sie zu finanzieren, denn Versorgungsforschung ist ein gesamtgesellschaftliches Interesse. Man kann nicht immer nur ins Blaue hinein diskutieren ohne belastbare Daten zu haben.

Köhler:

Genau! Auch wir fordern seit Langem die strukturierte Datenablage und datengestützte Versorgungsforschung aus den Praxen heraus und nicht über Modellversuche und Ähnliches. Die technischen Voraussetzungen hat die KBV im letzten Jahr geschaffen, also sichere Datentransportwege. Woran es mangelt: der unmittelbare Transport dieser Daten aus den Praxisverwaltungssystemen, aber auch da haben wir jetzt technische Schnittstellen gefunden. Das Ganze steht und fällt natürlich mit der Frage: Wer finanziert diese Versorgungsforschung? Da kann ich leider nicht signalisieren, dass über gesetzliche Rahmenbestimmungen eine Finanzierung geschaffen wird. Obwohl das schon seit einigen Jahren eine Forderung von uns ist. Aber es verbleibt letztendlich bei den Selbstverwaltungsorganen, also Krankenkassen und KV-Systemen. Und da ist es sehr schwierig, einen Finanzierungsmodus für eine ständige Evaluation und Versorgungsforschung zu finden.

? *Die Arbeit von Kinder- und Jugendärzten besteht heute weniger in klassischer Medizin, vielmehr nimmt heute die Beratung zu Themen wie Erziehung und Ernährung einen großen Teil der Tätigkeit von Kinder- und Jugendärzten ein. Wann wird diese Arbeit endlich honoriert?*


Köhler:

Das ist eine schwierige Frage, die mich auch sehr beschäftigt. Die Beratung in sozialen Fragen ist keine Krankenversorgung, sie ist eine gesellschaftliche Aufgabe. Wenn es aber keine Krankenversorgung ist, kann es auch nicht über die üblichen Wege der Krankenversicherungen finanziert werden, dann müssten wir über eine Finanzierung aus Steuermitteln reden. Dafür sehe ich in der Politik aber bisher noch keine Chance. Wir diskutieren das, aber wir sind noch nicht sehr weit gekommen.

Hartmann:

Aber auf der anderen Seite fordert die Politik von uns, dass wir uns etwa in Netzwerke für frühe Hilfen einbringen. Deren Tagungen finden statt zu Zeiten, in denen wir normalerweise in der Praxis stehen. Wir haben jetzt im Entwurf zum neuen Kinderschutzgesetz wieder eine Implementierung ärztlicher Tätigkeit in diese Netzwerke, das ist mit dem Gesundheitswesen überhaupt nicht abgestimmt. Man will zwar die Arbeit der Familienhebammen finanzieren, aber für die Finanzierung der ärztlichen Mitarbeit, die in diesen Netzwerken unverzichtbar ist, habe ich noch keinen einzigen Vorschlag bekommen. Ich denke wie Herr Köhler, dass dies nicht unbedingt Aufgabe der GKV ist, son-

dern dass die Gesellschaft die Finanzierung zur Beseitigung von Defiziten übernehmen muss, die durch gesellschaftliche Bedingungen in den Familien entstanden sind. Wir bringen uns gerne mit unserem Sachverstand ein, aber es muss finanziert werden. Sonst wird es in Städten, wo besonders hoher Bedarf an sozialpädiatrischer Versorgung ist, bald keine Pädiater mehr geben.

 Was tut die KBV, um hier zu einer Lösung zu kommen?

Köhler:

Wir bringen diese Diskussion zu den Parteien, allerdings sehe ich kurzfristig

keine Lösungen, man muss erst mal das Bewusstsein schaffen, dass Sozialpädiatrie einen ganz neuen Stellenwert in unserer Gesellschaft hat. Das haben derzeit viele Politiker noch nicht verstanden. Ebenso wenig wie sie verstanden haben, welche Schlüsselstellung der niedergelassene Kinder- und Jugendarzt an dieser Stelle einnimmt. Was wir an nicht-ärztlichen Strukturen im Moment aufbauen, ist noch nicht verknüpft mit den ärztlichen Strukturen. Damit werden wir uns in nächster Zeit dringend beschäftigen müssen.

Kija:

Herr Dr. Hartmann, Herr Dr. Köhler, wir danken für das Gespräch.

Regine Hauch

Köhler: Ich setze mich für Selektivverträge ein

Die KBV hat die Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination noch einmal eingeladen, das Thema Selektivverträge grundsätzlich zu diskutieren. Dies sagte KBV-Chef Andreas Köhler am Rande eines Gesprächs mit dem Präsidenten des BVKJ, Dr. Wolfram Hartmann, und unserer Zeitschrift (s. auch Hausbesuch bei...)

Der BVKJ hatte 2010 gemeinsam mit der KBV einen Vertrag mit der TKK und mit der Knappschaft geschlossen zu Leistungen der Prävention. Die Durchsetzung dieses Vertrag scheiterte

am Widerstand einer einzelnen KV. Der Wunsch der Pädiaterinnen und Pädiater nach einer einfachen Abrechnung auch für Selektivverträge hat sich damit nicht erfüllt. Köhler versprach nun, sich dafür einzusetzen, dass die Bestimmungen des Selektivvertrags, der für die Pädiater von großem Nutzen ist, umgesetzt wird. Allerdings habe er keine Mittel, die einzelnen KVen zur Vertragstreue zu zwingen. Daher müsse man eventuell über andere Wege nachdenken, die Interessen der Pädiater zu wahren.

ReH

Ausschreibung „Preis Jugendmedizin“

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. vergibt in Zusammenarbeit mit der Firma Johnson & Johnson für hervorragende Leistungen auf dem Gebiet der Betreuung von Jugendlichen den „Preis Jugendmedizin“ für das Jahr 2012. Er ist mit 5.000,00 € dotiert und wird an Gruppen, Institutionen und Persönlichkeiten verliehen.

Der Preis soll Personen, Arbeitsgruppen oder nicht staatlichen Institutionen, Initiativen oder Vereinen zuerkannt werden, die sich um die Betreuung Jugendlicher verdient gemacht haben. Da – dem ganzheitlichen Ansatz des BVKJ e.V. entsprechend – eine Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendärzte mit anderen, sich um die Belange der Jugendlichen bemühenden Instanzen, nicht nur sinnvoll, sondern unbedingt notwendig ist, sollte der Preis möglichst an nicht medizinische Institutionen und Initiativen vergeben werden. Dies soll das große Interesse an einer solchen Zusammenarbeit dokumentieren.

Vorschläge für diesen Preis sind **bis zum 15.11.2011** zu richten an den:

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.
– Kennwort „Preis Jugendmedizin“ –
Mielenforster Str. 2, 51069 Köln


bvkj.

 Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Wahlergebnis 2011 der Wahlen im Landesverband Brandenburg des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. für die Legislaturperiode 2011–2015

Landesverbandsvorsitzender:

Dipl.-Med. Detlef Reichel, Prenzlau

Stellv. Landesverbandsvorsitzender:

Dr. med. Hans Ekkehard Kössel, Brandenburg

Ersatz-Delegierte:

Dipl.-Med. Bianka Krause, Brandenburg

Schatzmeisterin:

Dr. med. Ina Preller, Bad Freienwalde

Praxisabgabe-Seminar des BVKJ am 12. und 13.11.2011 in Friedewald (bei Bad Hersfeld)

Die Aufgabe der eigenen Praxis ist sicherlich ein wichtiger und für viele Vertragsärzte und -ärztinnen auch schmerzlicher Schritt. Noch schmerzlicher kann jedoch der Prozess der Praxisabgabe verlaufen, wenn dieser nicht langfristig und sorgfältig vorbereitet wurde, stellt doch der Ertrag aus der Praxisveräußerung im allgemeinen einen wichtigen Bestandteil der materiellen Absicherung im Alter dar.

Als Hilfe zur erfolgreichen Durchführung der Praxisabgabe bieten wir Mitgliedern des BVKJ ein Seminar mit ausgewiesenen Fachleuten an, in dessen Rahmen alle in diesem Kontext wichtigen Aspekte behandelt werden:

- Vorbereitung der Praxisabgabe
- Nachfolgesuche
- Vertragsverhandlungen
- Steuerliche Aspekte der Praxisveräußerung
- Abschluss des Übernahmevertrages
- Vertragsarztrechtliche Abwicklung der Praxisübergabe
- Vollzug der Praxisübergabe

Referenten

Die Referenten sind Herr **Stefan Kalenberg**, Geschäftsführer der Bezirksstelle Köln der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Herr Rechtsanwalt **Dirk Nig-**

gehoff, Justitiar des BVKJ, und Herr **Jürgen Stephan**, SKP Unternehmensberatung, Jüchen.

Die **Teilnahmegebühr** beträgt 310,- € (500,- € für Nichtmitglieder des BVKJ) und beinhaltet Unterbringung und Verpflegung in einem Haus der 4-Sterne-Kategorie in Friedewald.

Wegen der begrenzten Teilnehmerzahl bitten wir Sie bei Interesse um baldige Anmeldung mittels des nachfolgenden Anmeldecoupons oder per PädInform.

Stephan Eßer
Hauptgeschäftsführer des BVKJ

An den
Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.
z. Hd. Frau Miriam Ullrich

per Telefax (02 21) 68 32 04

Praxisabgabeseminar des BVKJ am 12. und 13.11.2011 in Friedewald

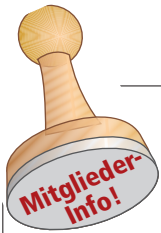
Hiermit melde ich mich verbindlich zur Teilnahme am Praxisabgabeseminar an.
Die Teilnahmegebühr von 310,- € bzw. 500,- € überweise ich bis zum Beginn des Seminars auf Konto 000 127 3779 (BLZ 370 606 15), Deutsche Apotheker- und Ärztebank.

Name

Anschrift

Datum, Unterschrift

(Tel. u. Fax)



bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Wahlaufruf für den Landesverband Nordrhein

Termingerecht findet **vom 13.09.2011 bis 04.10.2011** die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Delegierten, der Ersatzdelegierten, der Beisitzer sowie des Schatzmeisters statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die **bis zum 04.10.2011** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

Ich bitte alle Mitglieder im Landesverband Nordrhein, sich an der Wahl zu beteiligen und von ihrem Stimmrecht Gebrauch zu machen.

Dr. med. Thomas Fischbach, Solingen
Landesverbandsvorsitzender

Praxiseinführungs-Seminar des BVKJ: Im Gespräch mit Experten und Insidern

Am **Samstag, dem 19. und Sonntag, dem 20. November 2011**, findet das nächste Praxiseinführungs-Seminar des BVKJ in Friedewald statt. Bei diesem zweitägigen Seminar erhalten die Teilnehmer wertvolle Hinweise aus den Bereichen der praktischen Berufsausübung, Recht und Wirtschaftswissenschaften, die bei der Praxisgründung oder -übernahme zu beachten sind.

Die Themen im Einzelnen:

- Neugründung, Übernahme und Eintritt in eine bestehende Praxis
- Die niederlassungsbegleitende Vertragssituation (Übernahmevertrag, Mietvertrag, Arbeitsverträge, Kooperationsverträge)

- Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung
- Alternativen zu selbständigen vertragsärztlichen Tätigkeiten (Angestelltenverhältnis, MVZ)
- Wirtschaftliche Aspekte der Niederlassung (Praxisgründung bzw. -übernahme)
- Praxisführung
- Rahmenbedingungen
- Standortwahl und Praxis-Organisation
- Apparative Ausstattung und Labor in der Praxis
- Überblick über die Serviceleistungen des BVKJ

Falls Sie an einer Teilnahme interessiert sind, senden Sie bitte den nachstehenden Coupon an die Geschäftsstelle des BVKJ oder melden sich per **PädInform** oder E-Mail (bvkj.buero@uminfo.de) an. Da die Teilnehmerzahl begrenzt ist, werden die Rückmeldungen in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt.

Die Seminargebühr incl. Tagungsmappe, Verpflegung und einer Übernachtung in einem 4-Sterne-Hotel in Friedewald (bei Bad Hersfeld) beträgt 100,- €.

Stephan Eßer
Hauptgeschäftsführer des BVKJ

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Teilnahme am „**Praxiseinführungs-Seminar**“ am 19. und 20. November 2011 an.

Die Teilnahmegebühr von 100,- € überweise ich bis zum Beginn des Seminares auf folgendes Konto des BVKJ:

0 201 273 779 (BLZ 300 606 01), Deutsche Apotheker- und Ärztebank.

An BVKJ
per Telefax (02 21) 68 32 04
oder per E-Mail:
miriam.ullrich@uminfo.de

Name

Anschrift

Datum, Unterschrift

(Tel. u. Fax)

Wer, wenn nicht wir? Wann, wenn nicht jetzt?

Lässt man ihre politische Vorbelastung mal beiseite, beantworten diese Gegenfragen die Fragen des diesjährigen Obleutetreffens in Hildesheim am 10.5.2011: „Ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen – Wer stellt was im Jahr 2020 sicher? (Und wann müssen hierfür die Weichen gestellt werden?)“

Unter der Regie von **Dr. Nikolaus Weissenrieder**, München, wurde das diesjährige Obleutetreffen erstmals als Zukunftssymposium organisiert. Zu Themen, die allen Kinder- und Jugendärzten bewusst sind, aber allzu gern verdrängt werden, wurden knallharte Fakten und Zahlen geboten.

Dass es den „demographischen Wandel“ gibt, wissen wir. Aber wem ist klar, dass es im Jahr 2020 mehr Pflegebedürftige als Kindergartenkinder geben wird? Die Tatsache, dass es immer weniger Kinder gibt, die aber immer aufwändiger zu betreuen sind (Stichwort: „Neue Morbiditäten“), bekommen die meisten Vertreter unserer Berufsgruppe schon zu spüren. Dass solche Betreuungsleistungen im EBM nicht abgebildet sind und von motivierten Kolleginnen und Kollegen quasi als Hobby unentgeltlich geleistet werden, ist angesichts zunehmender Zahlen nicht mehr hinzunehmen.

Auch dass die Abgabe insbesondere einer Einzelpraxis heute keine Altersversorgung mehr darstellt, hat sich herumgesprochen. Woran es liegt, dass trotz steigender Facharztanerkennungen selbst gut gehende Praxen an attraktiven Standorten keine Nachfolger finden, konnte **Dr. Wolfram Hartmann**, Präsident des BVKJ, im ersten Vortrag zeigen.

Die Umfrage auf dem Dresdner Assistentenkongress zeigte klar, wie sich der Nachwuchs unserer Fachgruppe zusammensetzt und wie er „tickt“: Die kommende Pädiatergeneration ist überwiegend weiblich, strebt die Vereinbarkeit von Beruf und Familie (auch die Männer!) und damit oft Teilzeit an, möchte in einem Team arbeiten und hat gegen ein Angestelltenverhältnis in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder im MVZ nichts einzuwenden. Von 450 AssistentInnen konnte sich genau eine(r) **keine** Berufsausübung im Anstellungsverhältnis vorstellen!

Es muss also dringend auf einen Umbau der heutigen Versorgungslandschaft

hingearbeitet werden: Gründung von BAGs, Praxisnetzen, Praxiszusammenschlüssen in Kleinstädten mit Einrichtung von Satellitenpraxen im Umland oder in sozialen Brennpunkten, sowie Schaffung von Teilzeitmöglichkeiten. Dies ist nicht ohne Unterstützung der Politik und der KVen möglich. Hierher gehört auch die Kernforderung des BVKJ nach finanzieller Unterstützung für WeiterbildungsassistentInnen in den Praxen.

Der Vortrag von **Prof. Dr. Andreas Klocke** vom „Forschungszentrum Demographischer Wandel“ der FH Frankfurt a. M. behandelte das heikle Thema Kinderarmut in Deutschland. Indikatoren einer prekären sozialen Lebenslage sind schlechter Zahnstatus, geringer Obstkonsum, wenig Sport, dafür hoher TV-Konsum (> 5 h an Schultagen!) und frühes Rauchen der Kinder. Die Botschaft für uns Kinder- und Jugendärzte ist: Eine Anhebung des „sozialen Kapitals“ von Familien kann die Folgen von Armut ganz unabhängig von finanziellen Hilfen deutlich verbessern. Dazu gehören funktionierende Nachbarschaft, Vereine, Jugendtreffs, ein gutes Schulklima, aber vor allem eine gute Eltern-Kind-Bindung, ein funktionierendes Netzwerk „Frühe Hilfen“ und eine gute medizinische Versorgung.

Dr. Ulrich Fegeler, Berlin, stellte erste Ergebnisse der aufwändigen Versorgungsstudie vor, die von Dr. Elke Jäger-Roman, Prof. Dr. Hans-Jürgen Nentwich und ihm durchgeführt, aber noch nicht komplett ausgewertet wurde. Vorstellungsanlässe sind danach zu 40 Prozent „spontane Kontakte“ wegen akuter Infekte, zu 33 Prozent präventive Anlässe (Vorsorgen, Impfungen). Der Rest verteilt sich auf die Betreuung chronisch kranker Kinder und Jugendliche, Kontrolltermine und die „neuen Morbiditäten“. Im Schnitt werden von einem Arzt täglich 50 Patienten in 8,4 Stunden ausschließlich ärztlicher Tätigkeit versorgt.

Dr. Thomas Fischbach, Solingen, definierte den Begriff „Strukturqualität“ für

unser Fachgebiet. Gegenüber Patienten, Kassen und der Politik müssen wir darstellen, dass wir die personellen, sachlichen und strukturellen Voraussetzungen für unser Ziel – die bestmögliche medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen – besitzen: Von A wie Ausstattung und Ausbildung bis Z wie Zusatzqualifikation und Zusammenarbeit mit nichtärztlichen Fachgruppen.

Dr. Andreas Sprinz, Drensteinfurt, Ausschuss für Subdisziplinen in der Pädiatrie des BVKJ, stellte zunächst die Schwächen der aktuellen Versorgungsstrukturen dar: Es existiert keine Bedarfsplanung, Subspezialitäten werden oft als „Hobby“ auf wirtschaftlich fragwürdiger Basis ausgeübt. Aufgabenteilung in den Subdisziplinen sollte nach dem Modell der Versorgungspyramiden (Schwerpunktpraxis – Spezialambulanz – Spezialambulanz der Maximalversorgung) stattfinden. Dass dies durch Ressourcenschonung ein für Patienten und Kostenträger gleichermaßen erfolgreiches Konzept ist, wurde am Beispiel „Strukturierte Versorgung Cerebralpareesen“ veranschaulicht.

Die Verzahnung zwischen Praxen und Sozialpädiatrischen Zentren in der Behandlung entwicklungsgestörter Kinder und Jugendlicher war auch das Thema des im Duett gehaltenen Vortrags des Ehepaars **Dr. Ulrike Gitmans** (Praxis) und **Dr. Ralf Gitmans** (SPZ-Leiter und CA der Kinderklinik Papenburg). Auch wenn der Bund der Ehe nicht unabdingbare Voraussetzung für einen strukturierten Informationsaustausch ist, so scheint er, wie der lebendige Vortrag zeigte, auch nicht hinderlich zu sein. In allen anderen Fällen reicht aber auch, wie Dr. Thomas Fischbach es treffend zusammenfasste: „telefonieren!“

Dass der Zeitaufwand, der für qualitativ hochwertige Betreuung entwicklungsgestörter Kinder erforderlich ist, mit einer „Chroniker-Ziffer“ (= 17 €) im EBM nicht annähernd dargestellt werden kann, liegt auf der Hand.

Was Qualität mit Zukunftssicherung zu tun hat, zeigte, wie immer auch mit Blick über die Grenzen, der Vortrag von **Dr. Gottfried Huss**, Rheinfelden. Vision für 2020: Einheitliche Qualitätsstandards und Rückbesinnung auf ambulante primary-care-Pädiatrie in allen Ländern der europäischen Union.

Dr. Elke Jäger-Roman, Berlin, stellte exemplarisch die Versorgungssysteme in Schweden (primärärztliches oder kombiniertes System, je nach Entscheidung der Kommune; UNICEF-Studie Kindergesundheit Rang 1) und England (primärärztliches System durch GP, Rang 13) vor. Die Auswirkungen des britischen GP-Systems auf Durchimpfungsraten und Mortalität wurde an erschreckenden Zahlen deutlich. Dazu kommen Ressourcenverschwendung und organisatorisches Chaos beim Run auf die Kinderkliniken nach Dienstende der GPs um 18 Uhr. Deutschland liegt mit seinem gemischten System im UNICEF-Ranking übrigens auf Rang 11.

Dethlef Banthien, Bad Oldesloe, Vorsitzender des Länderrates des BVKJ, brachte es im Schlussvortrag nüchternökonomisch auf den Punkt: Die Kinder von heute sind die Arbeitskräfte und Beitragszahler von morgen. Schon heute machen Morbiditäten, die einer Prävention zugänglich wären, über 50 Prozent der Gesundheitskosten aus: Psychische und Psychosomatische Störungen, Herz-Kreislauferkrankungen, Erkrankungen von Skelett und Muskulatur, kranke Zähne. Die „Neuen Morbiditäten“ im Kindes- und Jugendalter werden die Situation in Zukunft noch verschärfen. Beispielhaft sind hier die „Adipositas-Epidemie“ und ADHS.



Dr. Banthien rechnete vor, dass strukturierte Behandlungsprogramme für „Neue Morbiditäten“ pro Jahr knapp 600 Mill. Euro kosten würden, gerade mal 0,2 Prozent der Gesundheitsausgaben insgesamt. Jeder hier investierte Euro würde sich in Zukunft vielfach auszahlen.

Eine **abschließende Podiumsdiskussion** rundete das Symposium ab. Unter der Moderation von **Sabine Rieser** vom Deutschen Ärzteblatt diskutierten **Dorothy Mehnert**, Leiterin des Referat Krankenhaus der KVB, **Dr. Max Kaplan**, Präsident der Bayerischen LÄK, **Dr. Helmut Hollmann**, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, **Prof. Dr. Hans-Jürgen Nentwich**, Generalsekretär der DGKJ und **PD Dr. Burkhard Rodeck**, Sprecher des Konvents der DGKJ. Es hatte den Anschein, als seien die Botschaften der „primary-care-

Pädiater“ bei Vertretern der stationären Pädiatrie und vor allem auch bei den fachfremden Funktionären auf offene Ohren gestoßen.

Insgesamt wurde das neue Veranstaltungsformat als sehr gelungen gelobt, einziger häufig geäußelter Kritikpunkt war der fehlende Rahmen für die Diskussion anderer aktueller Themen der Berufspolitik und für die Übermittlung von Fragen und Sorgen der „Basis“ durch die vertretenen Obleute.

Dr. Nikolaus Weissenrieder gebührt Dank für den enormen organisatorischen Aufwand. Man darf gespannt sein auf 2012.

Dr. med. Andreas Mattheß
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Obmann Bodensee West
Schillerstr. 11
78532 Tuttlingen

Red.: ReH

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.

Stephan Eßer, Hauptgeschäftsführer

Bericht vom 114. Deutschen Ärztetag vom 31.5.–3.6.2011 in Kiel

Es war der letzte Ärztetag unter der Leitung von **Prof. Jörg-Dietrich Hoppe**, der das Amt des Präsidenten der Bundesärztekammer zwölf Jahre mit Umsicht, großem Einsatz und vor allem mit hoher persönlicher Integrität, moralischer Aufrichtigkeit und zuletzt trotz gesundheitlicher Probleme ehrenvoll ausgeübt hat. Er wurde mit großem Dank um seine Verdienste verabschiedet. Unter der Hand wurde von mancher Seite geäußert, dass vom künftigen Präsidenten politisch mehr Offensive erwartet werde.

Zum neuen Präsidenten der BÄK wurde im zweiten Wahlgang mit knapper Mehrheit **Dr. Frank Ulrich Montgomery** gewählt, vor **Dr. Günther Jonitz** (Berlin) und **Dr. Theodor Windhorst** (Westfalen-Lippe), letzterer weit abgeschlagen. Im ersten Wahlgang hatten sich auch noch **Dr. Gottfried von Knoblauch** (Hessen) und **Martin Grauduszus** (Freie Ärzteschaft, Nordrhein) beworben.

In der Nachfolge des intellektuellen Hoppe wird Montgomery es nicht leicht haben. In Sachen Medien und Publikumswirksamkeit ist er jedoch sehr versiert. So

bedankte sich Hoppe bei ihm mit dem feinsinnigen Hinweis, dass er ihm freundlicherweise schon die Arbeit mit der Presse abgenommen habe.

Ein ganzer Tag war der Diskussion um eine vorsichtige Öffnung zur PID und dem ärztlich assistierten Suizid (§ 16 der Berufsordnung) gewidmet. Die Diskussionen zeigten ein hohes Niveau der Argumentation, eine große Ernsthaftigkeit und erfreulicherweise viel Fairness und Respekt vor der Meinung anderer. Verabschiedet wurde schließlich mit überraschend großer Mehrheit das Papier der BÄK mit der Empfehlung, PID in engen Grenzen zuzulassen. Auch das Verbot des ärztlich assistierten Suizids in der Musterberufsordnung erhielt eine deutliche Mehrheit. Ich habe auf früheren Ärztetagen selten erlebt, dass an einem ganzen Tag durchgehend so konzentriert diskutiert wurde.

Wieder einmal hatte die Pädiatrie ein Thema. **Prof. Fred Zepp, der Präsident der DGKJ**, referierte zum Thema moderne Präventionskonzepte. Er schlug einen weiten Bogen von frühkindlicher Prägung hin zu späteren Morbiditäten und konnte dem

DÄT, der fast ausschließlich aus „Erwachsenenmedizinern“ besteht, sehr gut die Sinnhaftigkeit sehr früher Prävention verdeutlichen. Wir Kinder- und Jugendärzte unter den Delegierten konnten in diesem Zusammenhang einige Anträge mit pädiatrischen Belangen einbringen. Thema nachzulesen auf der Homepage der BÄK (www.baek.de), 114. Beschlussprotokoll, TOP VI, Drucksachen 02, 6,7,13, 14, 66, 68, 96, 97, 98, 103, 105,106,107, 111.

Wir dürfen nun mit Spannung darauf warten, wie der neue Präsident in den kommenden vier Jahren sein Amt prägt, welche Schwerpunkte er setzt, wie er seine Gegenkandidaten in die Arbeit des Vorstandes einbindet und ob es ihm gelingt, durchsetzungsfähig und zugleich seriös zu wirken und unsere Berufsgruppe in der Gesellschaft glaubwürdig zu repräsentieren.

Dr. Martin Bolay
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Allergologie - Kinder-Pneumologie
Geiststr. 38
48151 Münster
Tel. 0251/521046

Red.: ge

Zentraler Vertreternachweis des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:

eine
Vertretung

einen
Weiterbildungsassistenten

einen
Nachfolger

einen
Praxispartner

oder suchen Sie als angehender bzw. ausgebildeter Pädiater:

eine Vertretungsmöglichkeit

eine Weiterbildungsstelle

eine Praxis/Gemeinschaftspraxis
bzw. ein Jobsharingangebot

dann wenden Sie sich bitte an die

Geschäftsstelle des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.,
Frau Gabriele Geße, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. (02 21) 6 89 09 23, Tfx. 02 21 / 68 32 04
E-Mail: gabriele.gesse@uminfo.de



Kindermumien, Kindergräber Das Epithaph von Braunau

Teil 2

© steffi78 – Fotolia.com

Braunau am Inn: Der Friedhof um die Pfarrkirche St. Stephan wurde zu Beginn des 15. Jahrhunderts angelegt, 1784 aufgelassen und 1789 völlig eingeebnet. Die Grabdenkmäler wurden später geborgen und an den Außenwänden angebracht und damit gerettet. Ein Teil der Epitaphe hat man aus dem Inneren der Kirche an die Außenwände versetzt.

Die Wöchnerin

Ein wuchtiges Epitaph (Abb. 1) aus rotem Marmor zeigt in den zwei oberen Dritteln das Skelett einer Frau, im unteren Drittel steht folgender Text:

Hie ligen begraben die Hochwolgebornen Freyle Freyle Maria Anna Seciida und Maria Francisca geborene Freyfreylin von Closen zu Gern und Arnstorf welche die Eltere den 11. die Andere den 31. Augusti in Ihre Jugent seelig entschlaffen Anno 1648.

Dargestellt ist das Skelett einer jungen Frau, einer Wöchnerin, wie sich unschwer aus dem Bildzusammenhang erkennen lässt. Der Mund ist leicht geöffnet. Der Brustkorb besteht aus neun Rippen; das Brustbein ist deutlich gegliedert. In ihre rechte Brustkorbhälfte ist ein Kind eingefügt, das auf dem Beckenkamm zu stehen scheint (Abb. 2). Sein ältliches Gesicht ist deutlich zu erkennen; die Spitze eines Kopftuches fällt in die Stirne. Das Kind ist bekleidet, nicht gefatscht, also stramm gewickelt. Mit der übergroßen rechten Hand greift es über die fünfte Rippe der Mutter heraus. Vom Becken ab ist ihr Körper mit einem Tuch verdeckt, dessen Zipfel sie beiderseits mit ihren Armknochen auseinanderhält; die

Fußknochen sind wieder voll sichtbar. Das Tuch ist mit ihrem Wappen geschmückt; die mit Voluten verzierten Familienwappen sind in den vier Ecken wiedergegeben.

Allein die Darstellung einer Wöchnerin als Skelett ist ungewöhnlich, aber noch erstaunlicher ist die Beifügung ihres scheinbar überlebenden Kindes.

Mutter, Kind und Heiliger Geist

Die rechteckige Grabtafel auf dem Bild (Abb. 3) wird oben beiderseits von zwei Wappen verziert, auf beiden Seiten tragen wuchtige Pfeiler eine leicht gewölbte Decke. In einem massiven Bettgestell, dessen Kopf- und Fußwand mit Säulchen und Kugeln verziert sind, liegt eine vollständig bekleidete Frau und rechterhand ein Kleinkind unter einer breiten Decke. Das Kopfkissen ist mit Quasten verziert. Die Frau trägt eine Haube; die Augen sind geschlossen, die Wangen eingefallen, die Lippen gespitzt. Den Hals umfasst eine kurze modische Krause. Der rechte Arm steckt unter der Decke. Den linken Arm streckt die Frau empor; die Hand hält eine brennende Fackel. Darüber schwebt über einer symbolischen Wolkendecke der Heilige Geist als Taube, unmittelbar neben der brennenden Spitze der Fackel.

Das Kind schläft am Rand des Kissens. Sein Kopf ist verhüllt, die Augen sind geschlossen. Es ist bis zu den Schultern von der gemeinsamen Decke zugedeckt.

Die Inschrift ist nicht lesbar fotografiert; man meint das Jahr 1587 herauslesen zu können. Die Bekleidung entspräche diesem Datum.



Dr. Anton
Mößmer



Abb. 1

Mutter und Kind gemeinsam ein Gedenken zu widmen, ist nicht allzu häufig. Dem Wandel der Zeiten entsprechend hat sich die Fotografie dieses Themas angenommen. Von Limone am Gardasee stammt ein Foto von



Abb. 2

Mutter und Kind, nebeneinander angebracht; der Text dazu „Segala e figlioletto“ nennt lediglich den Namen der Mutter, aber nicht den Vornamen des noch (ungetauften?) Kindes.

Bemerkenswert ist im Münster von Basel die Tumba für die Königin Anna, Gemahlin Rudolfs von Habsburg, und ihr Söhnlein Karl. Sie starb 1281 in Wien; ihr Leichnam wurde derart präpariert, dass sie in der Schweiz begraben werden konnte. Der barfüßige Knabe steht, sein Kopf ist durch ein Kissen gestützt. Sein Gewand ist nach modischer Art ein langer gegürteter Rock. Er hat die Hände verschränkt, hält jedoch keinen Rosenkranz.



Abb. 3

Dr. Anton Mößmer
Seligenthaler Str. 11
84034 Landshut

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 Servicrufnummer **0800 1011 495** zur Verfügung.

Wandtafel für die Praxis von Pädiatern, Ärzten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und vielen weiteren Gesundheitsberufen:

Störfaktoren der gesunden Bewegungsentwicklung im ersten Lebensjahr

von Barbara Zukunft-Huber (Kinderphysiotherapeutin) 2011

Wandtafel/Plakat, Maße ca. 59,4 x 84 cm
ISBN: 978-3-7950-1916-7
€ 14,80



Auf vielen Fotos zeigt dieses Plakat, wie Kinder innerhalb des ersten Lebensjahres ihre natürlichen Sitz- und Laufmuster sowie ihre natürlichen Gehbewegungen trainieren. Außerdem erfährt man, dass Wippliegen, Babyhopper und ähnliche Geräte Fehlhaltungen, Schäden an der Wirbelsäule, Spitzfußhaltung etc. hervorrufen können.

Die Schautafel im Detail:

- 1) In den ersten 4 Monaten: Tragevorrichtungen, Wippliegen, Baby-Autositze
- 2) Im 5. bis 7. Monat: Hingesetzt werden - Wippliege
- 3) Vom 5. bis 8. Monat: Babyhopper
- 4) Ab dem 8. Monat: Lauflerngeräte
- 5) Normale Entwicklung im 3./4. Monat. Die Wirbelsäule ist gerade
- 6) Normale Entwicklung im 5. bis 7. Monat. Das Kind trainiert liegend sein Sitzmuster
- 7) Normale Entwicklung im 5. bis 8. Monat. So trainiert das Kind das natürliche Laufmuster
- 8) Normale Entwicklung ab dem 8. Monat. So übt das Kind seine natürlichen Gehbewegungen

Die Autorin:

Barbara Zukunft-Huber ist Physiotherapeutin. Sie ist vertraut mit speziellen Methoden für Kinder wie Bobath, Vojta, Castillo Morales, Manuelle Therapie, E-Technik, Brunkow-Therapie, Cranio-Sacral-Therapie, Kinesiologie (touch for health). Barbara Zukunft-Huber besitzt das Montessori-Diplom und entwickelte eine ganzheitliche Säuglingsgymnastik. Die Autorin hält Vorträge im In- und Ausland.

Diese und weitere Wandtafeln sind erhältlich beim Verlag Schmidt-Römhild:

Max Schmidt-Römhild KG • Vertrieb • Mengstr. 16 • 23552 Lübeck
Tel. 0451 / 70 31 – 267 • Fax 0451 / 70 31 – 281 • vertrieb@schmidt-roemhild.com

Online bestellen:

www.schmidt-roemhild.de → Shop → Medizinische Fachliteratur → Wandtafeln für die Praxis

Störfaktoren der gesunden Bewegungsentwicklung im ersten Lebensjahr

von Barbara Zukunft-Huber

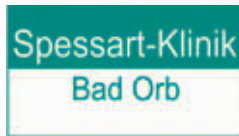
<p>In den ersten 4 Monaten Tragevorrichtungen, Wippliegen, Baby-Autositze Die gesunde Wirbelsäule wird durch im Liegendverweilen bereits gesteuert.</p> <p>Die Wirbelsäule ist gerade.</p>	<p>Normale Entwicklung im 3./4. Monat. Die Wirbelsäule ist gerade.</p> <p>Die gesunde Säuglingswirbelsäule ist im Liegen gerade. Die Krümmungen der Hals- und Brustwirbelsäule bilden sich erst im 2. Lebensjahr. Die Krümmung der Lendenwirbelsäule bildet sich erst im 7. Lebensjahr.</p>
<p>Im 5. bis 7. Monat Hingesetzt werden: Zu frühen Monaten, erhöht Rückenmark, Achtung Sitzstuhl! Wippliege Die Hüftgewichte sind gefährlich.</p> <p>Die Hüftgewichte sind gefährlich.</p>	<p>Normale Entwicklung im 5. bis 7. Monat. Das Kind trainiert liegend sein Sitzmuster.</p> <p>Das Kind trainiert liegend sein Sitzmuster.</p>
<p>Vom 5. bis 8. Monat Babyhopper Natürliche Bärchenbewegungen werden gestört.</p> <p>Natürliche Bärchenbewegungen werden gestört.</p>	<p>Normale Entwicklung im 5. bis 8. Monat. So trainiert das Kind das natürliche Laufmuster</p> <p>So trainiert das Kind das natürliche Laufmuster.</p>
<p>Ab dem 8. Monat Lauflerngeräte Natürliche Gehbewegungen werden gestört.</p> <p>Natürliche Gehbewegungen werden gestört.</p>	<p>Normale Entwicklung ab dem 8. Monat. So übt das Kind seine natürlichen Gehbewegungen</p> <p>So übt das Kind seine natürlichen Gehbewegungen.</p>



© 2011
Max Schmidt-Römhild KG
Mengstr. 16, 23552 Lübeck
www.schmidt-roemhild.com
ISBN 978-3-7950-1916-7

Praxistafel

Die **Spessart-Klinik Bad Orb GmbH** ist eine Rehabilitationsklinik mit einer mehr als 125-jährigen Tradition. Wir halten rund 300 Betten vor, die sich auf die Klinik für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene (160 Betten), die Klinik für Erwachsene I – Innere Medizin – (60 Betten) sowie die Klinik für Erwachsene II – Psychosomatik – (80 Betten) verteilen. Zur Erweiterung unseres Ärzteteams suchen wir ab 01.07.2011 für die Klinik für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsenen einen/eine



Oberarzt / Oberärztin Stellvertreter/in Chefarzt

Schwerpunkte der Klinik sind:

- Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen insbesondere Adipositas/Übergewicht mit Folgeerkrankungen
- Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2
- allergische Erkrankungen insbesondere Asthma bronchiale und Neurodermitis
- psychische und psychosomatische Erkrankungen insbesondere ADHS, emotionale Störungen, Ängste und Depressionen
- orthopädische Erkrankungen
- Krankheiten des Urogenitalsystems

Der Bewerber sollte über eine abgeschlossene Weiterbildung als Kinder- und Jugendarzt sowie eine Zusatzqualifikation als Diabetologe/in DDG oder Kinderendokrinologie und -diabetologie verfügen.

Es erwartet Sie eine zukunftsorientierte, privatwirtschaftlich geführte Klinik mit sehr guten therapeutischen und diagnostischen Möglichkeiten.

Wir bieten eine flexible Dienstplangestaltung, selbstständiges Arbeiten in einem erfahrenen multiprofessionellen Team, hausinterne Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, sowie eine überdurchschnittliche Vergütung.

Bad Orb, im hessischen Spessart gelegen, bietet ein reichhaltiges Kultur- und Freizeitangebot. Weiterführende Schulen sind am Ort bzw. in unmittelbaren Nachbarstädten. Es bestehen gute Verkehrsverbindungen nach Frankfurt am Main (50 km). Bei einer Wohnraumbeschaffung sind wir gerne behilflich.

Informationen über unsere Klinik erhalten Sie auch unter www.spessartklinik.de. Für ergänzende Auskünfte steht Ihnen der Chefarzt der Kinder- und Jugendklinik, Dr. med. Gerd Claußnitzer (Tel. 06052 / 87 - 420), zur Verfügung.

Ihre schriftliche Bewerbung richten Sie bitte an die Personalabteilung der Spessart-Klinik Bad Orb GmbH, Würzburger Str. 7-11, 63619 Bad Orb, E-Mail: personal@spessartklinik.de, www.spessartklinik.de.

Pädiaterin / Pädiater in Zentralschweiz gesucht!

Per 1. Oktober 2011 und per Frühling 2012 werden an verschiedenen Standorten jüngere Kinderärztinnen / Kinderärzte gesucht. Primärer Einstieg auf Anstellung mit attrakt. Salär ohne Eigenkapital und Option einer späteren Übernahme.

Bewerbung mit CV an:

Mediscan, Unternehmensberatung f. Ärzte, Gloriweg 14, 6403 Küssnacht, Tel. +41 41 850 00 16; info@praxisvermittlung.ch, www.praxisvermittlung.ch

Große Kinderarztpraxis, Nordschwarzwald, schöner Kurort, alle Schulen, abzugeben.

Zuschriften unter Chiffre 1910 KJA 7/8/11 an den Verlag erbeten.

Welche Kinderärztin/Welcher Kinderarzt will mit einem freundlichen Praxisteam, mit netten Patienten, in landschaftlich schöner Umgebung und mit gutem Verdienst arbeiten?

Zuschriften unter Chiffre 1911 KJA 7/8/11 an den Verlag erbeten.

Beim Gesundheitsamt Bremen ist in der Sozialpädiatrischen Abteilung **ab dem 01.09.2011** die Stelle eines/einer



Kinder- und Jugendarztes/-ärztin

mit bis zu 31,00 Stunden der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit
(Die Eingruppierung erfolgt bei entsprechender Qualifikation in EG 15 TV-L)

unbefristet zu besetzen.

Der/Die künftige Stelleninhaber/in soll die Aufgaben eines/einer Stadtteilarztes/-ärztin im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst wahrnehmen. Vorrangig sollen Leistungen in der institutionenbezogenen Kinder- und Jugendgesundheitspflege (Kindertagesheime und Schulen), für behinderte und sozial benachteiligte Kinder (Begutachtung, aufsuchende Gesundheitshilfe), in der Gesundheitsförderung (Koordination und Vernetzung), zum Kinderschutz sowie im Impfbereich erbracht werden.

Gesucht wird ein/eine Arzt/Ärztin mit (weitgehend) abgeschlossener pädiatrischer Weiterbildung. Passende Zusatzqualifikation (z. B. Neuropädiatrie, Sportmedizin) und Erfahrungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst sind von Vorteil.

Erwartet werden ein breitgefächertes sozialpädiatrisches Interesse, selbstständiges kommunalärztliches Handeln und Teamfähigkeit. EDV-Kenntnisse werden vorausgesetzt, Führerschein und dienstliche Nutzung des privaten Pkw (Kilometerentschädigung) sind erwünscht.

Telefonische Auskünfte erteilt der Leiter der Sozialpädiatrischen Abteilung, Herr Zimmermann, Tel. (0421) 361-62 29.

Schwerbehinderten Bewerbern und Bewerberinnen wird bei gleicher fachlicher und persönlicher Qualifikation Vorrang gegeben.

Bewerbungen von Menschen mit einem Migrationshintergrund werden begrüßt.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte mit den üblichen Unterlagen bis zum **29. Juli 2011** an das

Gesundheitsamt Bremen - Personalstelle -

Horner Str. 60/70, 28203 Bremen

oder per E-Mail an:

Susanne.Mahlo-Offermann@Gesundheitsamt.Bremen.de

Wir bitten Sie, uns von Ihren Bewerbungsunterlagen nur Kopien einzureichen, da wir sie aus Kostengründen nicht zurücksenden können. Sie werden nach Abschluss des Auswahlverfahrens vernichtet.

Hochwertige kinderärztliche Einzelpraxis Im Zentrum von Mannheim

- moderne Praxis (80 qm), Einrichtung und EDV neuester Stand
- gewinnstark, gutes Klientel
- sehr gutes, eingearbeitetes Praxisteam (Ganz- und Halbtagskräfte)

Wegen persönlicher Veränderung abzugeben.

Aussagekräftige Bewerbungen unter Chiffre 1906 KJA 7/8/11 an den Verlag erbeten.

Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin oder Assistenzärztin/-arzt in fortgeschrittener Weiterbildung (Teilzeit)

für große Gemeinschaftspraxis in Bad Homburg ab September 2011 gesucht. Teilweiterbildung für pädiatrische Pneumologie und Allergologie sowie Allgemeinpädiatrie vorhanden. Längerfristiges Engagement erwünscht.

Zuschriften unter Chiffre 1908 KJA 7/8/11 an den Verlag erbeten.

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

10th International Paediatric Meeting Croatian-German-Hungarian in Slano (Dubrovnik) vom 3. bis 5. Juni 2011

Zum zehnten Mal haben sich Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte aus Kroatien, Deutschland und Ungarn zu dem von Prof. Jürgen Gehler, Rüsselsheim, begründeten wissenschaftlichen Meinungsaustausch getroffen. Slano, als Tagungsort, liegt 30 km nördlich von Dubrovnik an einer der schönsten Küsten Europas.

Nicht nur die internationale Auswahl der Referentinnen und Referenten, sondern auch das Spektrum der Themen, machte den Reiz der Tagung aus. Die Themenauswahl war weit gestreut und reichte von „Pulmonary Hypertension in Childhood“ (Prof. Dietmar Schranz, Marburg/Gießen) bis hin zu „Restricting children for clinical procedures“ (Prof. Marija

Radonić, Leiterin der Kinderklinik Dubrovnik und umsichtige Organisatorin der diesjährigen Tagung). Das Thema „Primary Care Pediatrics in Europe“ (Dr. Wolfgang Gempp, Konstanz, DGAAP) führte zu einem lebhaften Austausch mit den Kollegen aus Ungarn und Kroatien. In beiden Ländern drängen die „Familienärzte“ oft ohne spezielle pädiatrische Ausbildung in die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, eine Situation die wir aus Deutschland gut kennen.

Das nächste Treffen wird in Deutschland sein und von Prof. Dietmar Schranz in Marburg gestaltet werden.

Wolfgang Gempp



Dr. Marija Radonić und Mitstreiter

● Pädiindex

Praxiseinrichtungen

KINDER-UND JUGENDARZT

im Internet

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

www.kinder-undjugendarzt.de

Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

Fortbildungstermine des BVKJ

August 2011

27. August 2011

Jahrestagung des LV Sachsen

des bvkj e.V., Dresden

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

September 2011

2.–3. September 2011

14. Seminartagung des LV Hessen

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

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

10.–11. September 2011

Pädiatrie zum Anfassen

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

Auskunft: Dr. Stefan Trapp, Bremen, Tel. 0421/570000, Fax 0421/571000;
Dr. Stefan Renz, Hamburg, Tel. 040/43093690, Fax 040/430936969;
Dr. Dehtleff Banthien, Bad Oldesloe, Tel. 04531/3512, Fax 04531/12397
Dr. Volker Dittmar, Celle, Tel. 05141/940134, Fax 05141/940139 ②

Oktober 2011

8.–12. Oktober 2011

39. Herbst-Seminar-Kongress

des bvkj e.V., Bad Orb

Update „Ernährung des gesunden und des kranken Kindes“

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

November 2011

5. November 2011

Jahrestagung des LV Niedersachsen

des bvkj e.V., Verden

Auskunft: Dr. med. Tilmann Kaethner und Dr. med. Ulrike Gitmans ③

12.–13. November 2011

Praxisabgabe-Seminar

des bvkj e.V., Friedewald

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-10, Fax: 0221/683204

19.–20. November 2011

Praxiseinführungs-Seminar

des bvkj e.V., Friedewald

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-11, Fax: 0221/683204

19.–20. November 2011

9. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Bayern, Bamberg

Auskunft: Dr. Martin Lang, Tag.-Leiter: Prof. Dr. C. P. Bauer, Bahnhofstr. 4, 86150 Augsburg, Tel. 0821/3433583, Fax 0821/38399 ③

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

Tagungen und Seminare

August 2011

26.–27. August 2011, Berlin

Pneumologisch-allergologische Summer School 2011

Info: www.charite-ppi.de/ unter „Veranstaltungen“

September 2011

17. September 2011, Osnabrück

Modul zum Anaphylaxietrainer

Info: www.akademie-luftikurs.de

22.–25. September 2011, Bielefeld

107. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin

Info: www.dgkj2011.de/de

Oktober 2011

7.–8. Oktober 2011, Osnabrück

Ausbildung zum Asthmatrainer

Info: www.akademie-luftikurs.de

November 2011

2.–4. November 2011, Frankfurt/Main

59. Tagung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie:

Psychoedukative Maßnahmen

Info: www.kinderkrebsinfo.de

11.–12. November 2011, Osnabrück

Ausbildung zum Asthmatrainer

Info: www.akademie-luftikurs.de

27.–28. November 2011, München

Aktuelle Fragen der Sozialpädiatrie:

Sprache, Kommunikation und soziale Entwicklung – Frühe Diagnostik und Therapie

Info: www.theodor-hellbruegge-stiftung.de

Buchtipp

Franz Petermann, Dorothee Metz,
Linda Fröhlich

SET 5-10 Sprachstandserhebungstest für Kinder im Alter zwischen 5 und 10 Jahren



Testzentrale, Göttingen, 2010,
€ 440,-

Der Sprachstandserhebungstest für Kinder im Alter zwischen 5 und 10 Jahren (SET 5-10) ermöglicht eine differenzierte Beurteilung des Sprachstands. Hierfür werden sowohl sprachliche Fähigkeiten als auch die Verarbeitungsgeschwindigkeit und die auditive Merkfähigkeit erfasst. Insgesamt präsentiert sich der SET 5-10 als ein anwenderfreundliches und zuverlässiges Verfahren. Seit 2010 kann der SET 5-10 über die Testzentrale (www.testzentrale.de) bezogen werden.

Während für das Vorschulalter verschiedene Verfahren zur Überprüfung der sprachlichen Fähigkeiten vorliegen, ist die Auswahl geeigneter Verfahren für Kinder im Grundschulalter begrenzt. Zumal sich die Mehrzahl der für diesen Altersbereich existierenden Verfahren auf die Überprüfung spezifischer Sprachbereiche (wie Wortschatz oder Grammatik) beschränkt.

Der SET 5-10 dient in erster Linie der Erfassung sprachlicher Leistungen bei Risikokindern. Hier nennen die Autoren insbesondere Kinder mit Sprachentwicklungsverzögerungen und Sprachentwicklungsstörungen, sowie Kinder mit Sprachstörungen und Aphasien. Als eine weitere Zielgruppe des SET 5-10 werden Kinder mit Migrationshintergrund aufgeführt. Hinreichende Deutschkenntnisse sind für die Durchführung jedoch eine Grundvoraussetzung. Daher kann, wie auch von den Autoren betont, der SET 5-10 keine Alternative zur Überprüfung der der Erstsprache darstellen. Eine Erfassung der sprachlichen Fähigkeiten ist jedoch, zum Beispiel im Rahmen der Planung von Fördermaßnahmen, denkbar.

Der SET 5-10 zeigt eine sprachtheoretische Fundierung und überprüft neben sprachlichen Fähigkeiten (Semantik, Lexikon, Morphologie und Syntax) auch die Ver-

arbeitungsgeschwindigkeit und die Auditive Merkfähigkeit, welche, den Autoren zur Folge, als Voraussetzungen für einen erfolgreichen Spracherwerb anzusehen sind. In zehn Untertests werden sieben Bereiche erfasst: Der **Wortschatz** (Untertest 1: „Bildbenennung“), die Fähigkeit zur Bildung **Semantischer Relationen** (Untertest 2: „Kategorienbildung“) sowie die **Verarbeitungsgeschwindigkeit** (Untertest 3: „Sternsuche“). Weiter wird das **Sprachverständnis** (Untertest 4: „Handlungssequenzen“ und Untertest 5: „Fragen zum Text“) und die **Sprachproduktion** (Untertest 6: „Bildergeschichte“ und Untertest 7: „Satzbildung“) erhoben. Der Bereich **Morphologie** wird über die Pluralbildung (Untertest 8: „Singular-Plural-Bildung“) sowie über die Fähigkeit zum Erkennen bzw. der Korrektur inkorrekturer Sätze erhoben (Untertest 9: „Erkennen/Korrektur inkorrekturer Sätze“) geprüft. Die Erfassung der **Auditiven Merkfähigkeit** (Untertest 10: „Kunstwörter nachsprechen“) erfolgt nur für den Altersbereich der Fünf- und Sechsjährigen.

Der Test enthält, neben dem Testmanual, eine separate Durchführungsanleitung, welche sich in der Testsituation als sehr praktisch erweist. Weiter enthalten sind zwei Bildkartensets, eine Bildergeschichte, zwölf Spielfiguren und eine Audio-CD. Das Material ist kindgerecht gestaltet und findet bei den Kindern großen Zuspruch.

Die Durchführung des SET 5-10 erfolgt standardisiert und im Einzelsetting. Die Dauerführungsdauer beläuft sich, je nach Altersgruppe, auf etwa 45 Minuten. Für die Altersbereiche der Fünf- und Sechsjährigen sowie für die Sieben- bis Zehnjährigen werden verschiedene Varianten des SET 5-10 durchgeführt. So liegen für den Untertest „Fragen zum Text“ (Untertest 5) je nach Altersbereich unterschiedliche Aufgaben vor. Im Untertest 9 („Erkennen/Korrektur inkorrekturer Sätze“) werden die Kinder zwischen fünf und sechs Jahren gebeten zu beurteilen, ob ein vorgegebener Satz richtig oder falsch ist. Die Kinder zwischen sieben und zehn Jahren hingegen sollen semantisch inkorrekte Sätze korrigieren. Der Erfassung der Auditiven Merkfähigkeit (Untertest: Kunstwörter nachsprechen) erfolgt nur für den Altersbereich der Fünf- und Sechsjährigen. Die anderen sieben Untertests werden für alle Altersgruppen gleich durchgeführt. Ein generelles Abbruchkriterium ist während der

Durchführung nicht vorgesehen, so dass jeder Untertest komplett dargeboten wird. Versteht ein Kind jedoch die Aufgabenstellung zu einem Untertest trotz mehrmaliger Erklärung nicht oder gibt auch nach längerem Warten keine Antwort, soll der Untertest übersprungen werden.

Für jeden Untertest sind Instruktionen und Beispielaufgaben vorhanden. An den Beispielaufgaben wird die Aufgabenstellung verdeutlicht. Erst wenn ein Kind die Aufgabenstellung verstanden hat, wird mit den Testaufgaben fortgefahren.

Die Auswertung der Ergebnisse erfolgt in drei Schritten. Zunächst werden für jeden Untertest die Rohwerte ermittelt und zu einem Gesamtrawwert für den jeweiligen Untertests addiert. Für einige Untertests sind sowohl im Manual als auch in der Durchführungsanleitung Antwortbeispiele vorgegeben, was eine gute Hilfestellung bei der Auswertung darstellt. Im nächsten Schritt können die ermittelten Rohwerte mit Hilfe von Tabellen im Anhang des Manuals in Prozentränge und T-Werte umgewandelt werden. Diese Ergebnisse werden in ein Leistungsprofil auf dem Protokollbogen eingetragen. Das Leistungsprofil zeigt anschaulich, in welchem Bereich die Leistungen des Kindes altersentsprechend sind oder wo ein auffälliges bzw. ein Ergebnis im Risikobereich erzielt wurde.

Die standardisierte Durchführung und Auswertung erweist sich als einfach und ökonomisch. Einsatzmöglichkeiten bieten sich im Rahmen (vor-)schulischer Anwendungskontexte, im klinischen Kontext sowie bei der Planung von individuellen Fördermaßnahmen. Eine Überprüfung phonetischer Kompetenzen wird nicht vorgenommen, da ihr Erwerb, den Autoren zur Folge, im vom SET 5-10 erfassten Altersbereich bereits abgeschlossen ist. Weiter findet keine Überprüfung der Lese-Rechtschreibleistung statt, wodurch der SET 5-10 von Schulleistungstests abzugrenzen ist. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der SET 5-10 ein anwenderfreundliches Verfahren darstellt, das eine breite Einschätzung des Sprachstands ermöglicht und auch von den Kindern gut angenommen wird.

Dr. Jörg Ott
Kinderarztpraxis
Töpferstraße 9
63322 Rödermark

Red.: ge

Wir gratulieren zum Geburtstag im August 2011

65. Geburtstag

Herrn Dr. med. Wilhelm *Kuper*, Bonn, am 01.08.
 Herrn Dr. med. Wulf *Höller*, Hameln, am 03.08.
 Frau Dr. med. Ursula *Knauer*, Oberasbach, am 03.08.
 Frau Dr. med. Rita *Wörrlein*, Ansbach, am 04.08.
 Frau Dr. med. Cornelia *von Schroeders*, Wernau, am 05.08.
 Herrn Dr. med. Helmut *Büngener*, Hambühren, am 07.08.
 Frau Dr. med. Christel *Unsel*, München, am 10.08.
 Herrn Prof. Dr. med. Walter *Kachel*, Heilbronn, am 11.08.
 Herrn Dr. med. Wolfgang *Weidner*, Weingarten, am 12.08.
 Frau Christiane *Emmig*, Duisburg, am 22.08.
 Frau Dr. med. Ursula *Elser*, Heilbronn, am 25.08.
 Herrn Dr. med. Kurt *Matthes*, Weiterstadt, am 26.08.
 Herrn Norbert *Walter*, Duderstadt, am 27.08.
 Frau Dr. med. Emilie Helene *Liebhardt*, Essen, am 28.08.
 Herrn Dr. med. Werner *Frasch*, Gersthofen, am 31.08.

70. Geburtstag

Herrn Dr. med. Najah *Rahman*, Frankfurt/Main, am 03.08.
 Herrn Dr. med. Jörg *Fischer*, Lüneburg, am 04.08.
 Frau Dr. med. Ursula *Müller*, Zützen, am 05.08.
 Herrn Dr. med. Günter *Wemhöner*, Witten, am 06.08.
 Herrn Dr. med. Wolfram *Singendonk*, Berlin, am 07.08.
 Frau Margrit *Knoch*, Hof, am 08.08.
 Herrn Dr. med. Jürgen *Stehling*, Bramsche, am 08.08.
 Frau Dr. med. Brigitte *Tschiersch*, Dresden, am 08.08.
 Herrn Dr. med. Manfred *Leppin*, Rietz-Neuendorf, am 10.08.
 Herrn Prof. Dr. med. Rolf Peter *Willig*, Hamburg, am 10.08.
 Herrn Dr. med. Klaus *Albrecht*, Bremen, am 11.08.
 Frau Dr. med. Edelgard *Enge*, Berlin, am 12.08.

Herrn Dr. med. Helmerich *Jühe*, Hennef, am 14.08.
 Frau Ute *Jänchen*, Berlin, am 17.08.
 Frau Dr. med. Gertrud *Meyer*, Mainz, am 17.08.
 Herrn Dr. med. Klaus *Hanke*, Rüsselsheim, am 18.08.
 Herrn Dr. med. Rolf *Sternberg*, Bonn, am 19.08.
 Herrn Dr. med. habil. Reinhold *Tiller*, Chemnitz, am 19.08.
 Herrn Dr. med. Heribert *Lange*, Lingen, am 21.08.
 Herrn Dr. med. Hans J. *Brünger*, Bad Oeynhausen, am 23.08.
 Frau Dr. med. Friedrun *Walter*, Wipfratal, am 23.08.
 Frau Dr. med. Elisabeth *Will*, Potsdam, am 23.08.
 Herrn Prof. Dr. med. Ingo *Lagenstein*, Hamburg, am 26.08.
 Frau Dr. med. Ute *Feuling*, Kaiserslautern, am 27.08.
 Herrn MR Dr. med. Gerhard *Schulz*, Krakow, am 27.08.
 Frau Dr. med. Nur *Kruis*, München, am 28.08.
 Frau Dr. med. Barbara *Göbel*, Neuss, am 31.08.

75. Geburtstag

Frau Dr. med. Christa *Spieth*, Markt Schwaben, am 01.08.
 Herrn Dr. med. Ulrich *Flamm*, München, am 04.08.
 Frau Dr. med. Hannelore *Cramer*, Waren, am 07.08.
 Herrn Dr. med. Eberhard *Scholle*, Stuttgart, am 10.08.
 Herrn Dr. med. Wilfried *Schulte*, Herten, am 13.08.
 Frau Dr. med. Anna Maria *Dahm*, Meerbusch, am 14.08.
 Herrn Dr. med. Herbert *Pfeiffer*, Hofheim, am 15.08.
 Herrn Dr. med. Bernd *Schubert*, Horb, am 18.08.
 Herrn Dr. med. Karsten *Stange*, Delmenhorst, am 23.08.
 Frau Dr. med. Marianne *Schönknecht*, Winsen, am 24.08.
 Frau Dr. med. Brigitte *Träbert*, Moers, am 27.08.
 Herrn Dr. med. Dankward *Marx*, Schongau, am 28.08.
 Herrn Dr. med. Heinrich *Lehn*, Dachau, am 30.08.

80. Geburtstag

Frau Dr. med. Gabriele *Maus*, Gießen, am 05.08.
 Frau Dr. med. Gerlinde *Otto*, Dessau, am 12.08.
 Frau Dr. med. Gerlinde *Schlünder*, Wickede, am 13.08.
 Herrn Schapur *Aliani*, Saarburg, am 16.08.

81. Geburtstag

Herrn Dr. med. Hans Georg *Esche*, Pinneberg, am 24.08.

82. Geburtstag

Herrn Dr. med. Harald *Zoepffel*, Würzburg, am 05.08.
 Herrn Dr. med. Oskar *Uskert*, Köln, am 06.08.
 Frau Dr. med. Maria *Boulanger*, Bonn, am 15.08.

83. Geburtstag

Frau Dr. med. Dorothea *Pfalzgraf*, Kempten, am 02.08.
 Herrn Ltd.Med.Dir.a.D. Dr. Hans Wolfgang *Schmidt*, Zorneding, am 13.08.
 Herrn Dr. med. Otto Heinrich *Klöß*, Frankfurt/Main, am 17.08.

84. Geburtstag

Herrn Dr. med. Ahmad *Nikpour*, Essen, am 18.08.
 Frau Dr. med. Angela *Cordier*, Aachen, am 22.08.
 Herrn Dr. med. Meinolf *Bartscher*, Schwalbach, am 27.08.

85. Geburtstag

Herrn Dr. med. Raul *Salup*, Wiesbaden, am 04.08.
 Frau Dr. med. Dorothee *Doldinger*, Freiburg, am 27.08.
 Herrn Dr. med. Harald *Stein*, Ludwigshafen, am 31.08.

87. Geburtstag

Herrn Dr. med. Hans Josef *Krug*, Essen, am 11.08.
 Herrn Dr. med. Fritz *Karsten*, Berlin, am 12.08.
 Frau Dr. med. Inge *Tropf*, Tiefenthal, am 28.08.

88. Geburtstag

Frau Dr. med. Renate *Scheier*, Wermelskirchen, am 01.08.
 Herrn OMR Dr. med. Günter *Preusche*, Sankt Augustin, am 23.08.

89. Geburtstag

Frau Dr. med. Christel *Beggerow*,
Hamburg, am 02.08.

Frau Dr. med. Ursula *Josten*, Aurich,
am 03.08.

Herrn Dr. med. Werner *Gladel*, Saarlouis,
am 07.08.

Frau Dr. med. Gisela *Biermann*, Köln,
am 08.08.

Frau Dr. med. Gotlinde *Mailänder*,
Birkenfeld, am 28.08.

90. Geburtstag

Frau Dr. med. Liselotte *Reichenbach*,
Rosenheim, am 07.08.

Frau Dr. med. Gerda *Bitterolf*, München,
am 10.08.

Frau Dr. med. Ruth *Kirchesch*,
Mannheim, am 14.08.

91. Geburtstag

Herrn Dr. med. Armin *Unterberg*, Moers,
am 02.08.

Herrn Med.Dir.Dr. med. Horst *Chomse*,
Soest, am 03.08.

Herrn Dr. med. Rudolf *Würkert*,
Schramberg, am 04.08.

Herrn Dr. med. Fridhard *Sander*, Merzig,
am 10.08.

Herrn Dr. med. Hubert *Schulte*, Essen,
am 31.08.

92. Geburtstag

Herrn Dr. med. Heinz *Kohler*,
Ermatingen, am 13.08.

Herrn Dr. med. Herbert *Herpertz*, Köln,
am 28.08.

97. Geburtstag

Herrn Dr. med. Hans-Hermann *Dorsch*,
Duisburg, am 25.08.

98. Geburtstag

Frau Dr. med. Maria *Schumacher*,
Mülheim, am 14.08.

Frau Dr. med. Lotte *Baertz*, Münster,
am 15.08.

Herrn Dr. med. Tibor *Adler*, Neuss,
am 23.08.

99. Geburtstag

Herrn Dr. med. Gerhard *Pampel*,
Waiblingen, am 01.08.

Wir trauern um:

Herrn Dr. med. Cazim *Kiliccioglu*,
Wolfsburg

Herrn Dr. med. Stanislaw *Remin*,
Essen

Frau Dr. med. Walburga *Wirth*,
Osterwarngau

Als neue Mitglieder begrüßen wir**Landesverband Baden-Württemberg**

Frau Dr. med. Birgit *Weiß*
Frau Dr. med. Beate *Noll*
Herrn Dr. med. Felix *Noll*

Landesverband Bayern

Herrn Dr. med. Wolfgang *Brunnhölzl*
Frau Iris Veronica Bianca *Eckhardt*

Landesverband Berlin

Frau Dr. med. Irene *Kleinau*
Frau Dr. med. Barbara *Iblher*

Landesverband Hamburg

Frau Dr. med. Julia *Roensch*
Frau Dr. med. Figen *Dincer*

Landesverband Hessen

Frau Dr. med. Hayal *Kaygin*

Landesverband**Mecklenburg-Vorpommern**

Frau Dr. med. Angelika *Peters*
Frau Dipl.-Med. Wiebke *Drews*

Landesverband Niedersachsen

Herrn Phillipp *Utz*

Landesverband Nordrhein

Frau Soumaya *Abid*
Frau Christiane *Schneider*
Frau Dr. med. Heike Christina *Pfeiffer*
Frau Dr. med. Ina *Wolf*
Frau Dr. med. Isabella *Prickartz*

Landesverband Rheinland-Pfalz

Frau Heinke *Teichmann*
Frau Anette *Koschela*

Herrn Dr. med. Martin Stephan
Schwenger

Landesverband Sachsen

Frau Dr. med. Rita *Mészáros*
Herrn Jürgen *Müller*
Frau Dr. med. Tatiana *Kharrat*

Landesverband Schleswig-Holstein

Herrn Dr. med. Ralf *Brombacher*
Herrn Christoph Florian *Reitz*

Landesverband Thüringen

Frau Elisa *Arendt*

Landesverband Westfalen-Lippe

Frau Manuela *Hupe*
Frau Katrin *Westphal*
Frau Miriam *Uding*

Wir gratulieren zum Geburtstag im September 2011**65. Geburtstag**

Herrn Prof. Dr. med. Gerd *Dockter*,
Homburg, am 03.09.

Frau Dr. med. Gertraut *Hermes*, Bielefeld,
am 03.09.

Herrn Prof. Dr. med. Franz *Staudt*,
Passau, am 05.09.

Frau Dr. med. Hanne *Kühnen*, Kevelaer,
am 06.09.

Frau Dr. med. Irmgard *Hollenweger-Petit*,
München, am 11.09.

Herrn Dr. med. Werner *Rist*, Pfronten,
am 11.09.

Frau Dipl.-Med. Barbara *Schmidt*,
Bad Salzung, am 16.09.

Frau Dr. med. Heike *Damaschke-*
Steenbergen, Hoyerswerda, am 17.09.

Herrn Dr. med. Hans-Martin *Hauff*,
Gundelfingen, am 18.09.

Herrn Dr. med. Michael *Christ*,
Taufkirchen, am 19.09.

Frau PD Dr. Mathilde *Kersting*,
Dortmund, am 19.09.

Herrn Dr. med. Michael *Feldmann*,
Neunkirchen, am 20.09.

Frau Dr. med. Marianne *Sprenkamp*,
Paderborn, am 21.09.

Herrn Dr. med. Peter *Ferjencik*, Hofheim,
am 24.09.

Herrn Dr. med. Klaus-Peter *Ullrich*, Erfurt, am 25.09.

Frau Gisela *Canzler*, Chemnitz, am 28.09.

Frau Dr. med. Gisela *Kottsieper*, Ansbach, am 28.09.

Herrn Dr. med. Bernward *Fröhlingsdorf*, Bremen, am 30.09.

Herrn Dr. med. Michael *Rohr*, Merzhausen, am 30.09.

70. Geburtstag

Herrn Dr. med. Günter *Petzelies*, Hagen, am 02.09.

Frau Dr. med. Sabine *Groth*, Mühlenbeck, am 04.09.

Frau MR Dr. med. Bernhild *Schulz*, Teltow, am 08.09.

Herrn Dr. med. Axel *Pankrath*, Luckenwalde, am 09.09.

Frau Rosemarie *Klauer-Böhme*, Wuppertal, am 12.09.

Herrn Dr. med. Hans Jörg *Thiel*, Peine, am 14.09.

Herrn Dr. med. Hans *Keller*, Aschaffenburg, am 16.09.

Herrn Dr. med. Volker *Vogler*, Tornesch, am 16.09.

Frau Dr. med. Renate *Lüdemann*, Bremen, am 17.09.

Herrn Dr. med. Robert *Miething*, Bad Kreuznach, am 17.09.

Herrn Dr. med. August Wilhelm *Kemmann*, Erkrath, am 19.09.

Frau Dr. med. Irmtraud *Boiselle*, Zweibrücken, am 21.09.

Herrn Dr. med. Wilfried *Kratzsch*, Düsseldorf, am 21.09.

Herrn Dr. med. Wolfgang *Laipple*, Ditzingen, am 21.09.

Herrn Dr. med. Michael *Riechert*, München, am 21.09.

Herrn Dr. med. Jörg *Reineke*, Wolfsburg, am 23.09.

Frau Dr. med. Monika *Zemke*, Lindlar, am 23.09.

Herrn Dr. med. Georg *Kemper*, Recklinghausen, am 24.09.

Herrn Dr. med. Hubert *Bömer*, Arnsberg, am 25.09.

Herrn Dr. med. Herrmann *Gierth*, Meißen, am 25.09.

Frau Dr. med. Edith *Holz*, Müllrose, am 25.09.

Frau Brigitte *Scherf-Rahne*, Berlin, am 26.09.

Frau Dr. med. Carla *Langer*, Magdeburg, am 27.09.

Herrn Dr. med. Wolfgang *Schneider*, Naunhof, am 27.09.

Frau Dr. med. Illa *Schwarz*, Sprockhövel, am 27.09.

Herrn Dr. med. Ewald *Dellinger*, Bonn, am 28.09.

Frau Med.Dir.Dr. med. Ruthild *Manavi*, Homburg, am 28.09.

Frau Dr. med. Beate *Linke*, Fürstenwalde, am 29.09.

75. Geburtstag

Frau SR Dr. med. Sigrid *Kotte*, Dresden, am 01.09.

Herrn Dr. med. Eckhard *Bermppohl*, Gräfelfing, am 08.09.

Frau Doris *Weigelt*, Jena, am 08.09.

Herrn Dr. med. Klaus-Diedrich *Nissen*, Hamburg, am 12.09.

Herrn Dr. med. Hans E. *Duven*, Marburg, am 13.09.

Herrn Dr. med. Eberhard *Ziehank*, Reichenbach, am 14.09.

Herrn Dr. med. Rudolf *Kemmerich*, Waiblingen, am 16.09.

Frau Dr. med. Brunhilde *Kleibeler*, Berlin, am 25.09.

80. Geburtstag

Herrn Dr. med. Manfred *Marz*, Augsburg, am 02.09.

Frau Med.Dir. Dr. med. Edith *Weidinger*, Kempen, am 13.09.

Herrn Dr. med. Walter *Pössel*, Berlin, am 23.09.

Frau Dr. med. Anita *Kahlow*, Berlin, am 25.09.

82. Geburtstag

Herrn Dr. med. Jochem *Kaufmann*, Bamberg, am 04.09.

Frau Dr. med. Eva *Pflug*, Göppingen, am 05.09.

83. Geburtstag

Frau Dr. med. Annemarie *Haake*, Hannover, am 02.09.

84. Geburtstag

Herrn Dr. med. Siegfried *Adler*, Eberswalde, am 26.09.

85. Geburtstag

Frau Dr. med. Gundula *Fuchs*, Wien, am 18.09.

Frau Dr. med. Maria-Luise *Koch*, Hamburg, am 27.09.

Herrn Dr. med. Karlhorst *Bacus*, Mülheim, am 30.09.

86. Geburtstag

Frau Dr. med. Hildegard *Fengels*, Dinslaken, am 01.09.

Herrn Dr. med. Herbert *Marx*, Lüdinghausen, am 18.09.

Herrn Dr. med. Eberhard *Kreikemeier*, Kronshagen, am 23.09.

87. Geburtstag

Frau Dr. med. Isolde *Ebert*, Schwäbisch Gmünd, am 20.09.

Frau Dr. med. Maria *Marchand*, Stuhr, am 24.09.

88. Geburtstag

Frau Dr. med. Gisela *Herpertz*, Köln, am 08.09.

Herrn Dr. med. Gerhard *Ritscher*, Pfaffenhofen, am 10.09.

Herrn Dr. med. Friedrich *Bettecken*, Villingen-Schwenningen, am 13.09.

89. Geburtstag

Frau Dr. med. Rosa *Gottanka*, Neuburg, am 13.09.

Frau Dr. med. Susanne *Behrendt-Linke*, Berlin, am 25.09.

90. Geburtstag

Herrn PD Dr. med. Gerhard *Ilgner*, Ansbach, am 23.09.

91. Geburtstag

Frau Dr. med. Marianne *Bothner*, Stuttgart, am 01.09.

Herrn Prof. Dr. med. Helmut *Karte*, Bad Dürkheim, am 04.09.

Frau Dr. med. Hildegard *Fuisting*, Borken, am 05.09.

Frau Dr. med. Waltraud *Köhler*, Frankfurt/Main, am 12.09.

92. Geburtstag

Herrn Dr. med. Dietrich *Burckhardt*, Lemgo, am 23.09.

93. Geburtstag

Frau Dr. med. M. L. *Krebs*, Bonn, am 26.09.

99. Geburtstag

Frau Dr. med. Ursula *Lau*, Bonn, am 18.09.

Rückgang von invasiven Pneumokokken-Erkrankungen Größere Serotypenabdeckung macht sich bemerkbar

Am Nationalen Referenz-Zentrum für Streptokokken in Aachen werden systematisch Isolate von Kindern mit invasiven Pneumokokken-Erkrankungen wie Sepsis und Meningitis untersucht und die Serotypisierung der Einsendungen durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen wurden kürzlich auf dem Jahreskongress der *European Society for Pediatric Infectious Diseases* vorgestellt: Es zeigt sich, dass nach Einführung der höher-valenten Pneumokokken-Konjugatimpfstoffe (PCV) in Deutschland ein weiterer Rückgang der oft lebensgefährlichen Pneumokokken-Erkrankungen verzeichnet werden kann.

Heute – fünf Jahre nach der allgemeinen Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut für die Schutzimpfung von Säuglingen und Kindern mit dem damals noch 7-valenten PCV Prevenar® – werden kaum noch Fälle gemeldet, die von den 7 im Impfstoff enthaltenen Serotypen hervorgerufen werden.¹

Erneuter Rückgang der Fallzahlen

Mit der Einführung des 13-valenten PCV (Prevenar13®) im Jahr 2009, der zurzeit die breiteste Serotypenabdeckung (zusätzlich 1, 3, 5, 6A, 7F, 19A) umfasst, konnte der Schutz vor invasiven Pneumokokken-Erkrankungen (IPD) in Deutschland entscheidend ausgeweitet werden – auf über 90 Prozent bei Kindern unter zwei Jahren. Nur ein Jahr nach der Einführung der höher-valenten Konjugatimpfstoffe

werden bei weiteren Serotypen erste Effekte deutlich sichtbar: Bei Kindern unter zwei Jahren sind im Zeitraum von Juli 2010 bis Mai 2011 weniger Fälle im Vergleich zum selben Zeitraum im Vorjahr berichtet worden, die auf einer Infektion mit den Serotypen 1, 3, 6A und 7F beruhen. Der Serotyp 5 bleibt bei Kindern unter zwei Jahren mit einer IPD sehr selten.

Prävention der Otitis media

Auf das Konto von Pneumokokken gehen nicht nur invasive, sondern auch nicht-invasive Infektionen wie die Otitis media (AOM), die ebenfalls zu schwerwiegenden Komplikationen führen kann. Auch hier zeigt die Impfung mit Konjugatimpfstoffen klare Effekte auf die Pneumokokken-Serotypen, die in Mittelohrabstrichen von Kindern mit perforierter AOM gefunden wurden.² Unter den 310 Patien-

ten, die zu 82 Prozent mit einem Konjugatimpfstoff geimpft waren, konnten nur fünf Fälle mit Serotypen gefunden werden, die von den PCV abgedeckt werden. Dies belegt die Effektivität auch von PCV7 in der Verhinderung der AOM. Ihre Prävalenz war bei den nicht geimpften Kindern deutlich höher. Die Abdeckung durch den 13-valenten Impfstoff erwies sich mit 68 Prozent als hoch, da die häufigsten Serotypen bei den AOM-Isolaten die Serotypen 3 und 19A waren.

Quelle:

- 1 Van der Linden M et al. Poster 892. 29th Annual Meeting of the European Society for Pediatric Infectious Diseases – ESPID's Gravenhage, The Netherlands. June 7-11, 2011
- 2 Imöhl M et al. Poster 714. 29th Annual Meeting of the European Society for Pediatric Infectious Diseases – ESPID's Gravenhage, The Netherlands. June 7-11, 2011

Nach Informationen der Pfizer Deutschland GmbH, Berlin

GlaxoSmithKline, Geschäftsbereich Stiefel:

Neues Packungsdesign bei allen verschreibungspflichtigen Dermatika

Im Zuge der Verschmelzung der Stiefel Laboratorium GmbH mit der Glaxo SmithKline GmbH & Co. KG, gingen in den letzten Monaten auch bewährte dermatologische Produkte wie beispielsweise die äußerlich anzuwendenden Glucocorticoide Dermoxin® oder Betnesol-V® zum Geschäftsbereich Stiefel Dermatologie über.

Um die Zugehörigkeit aller verschreibungspflichtigen Dermatika zu Stiefel optisch zu untermauern, werden alle Produkte ein einheitliches Packungsdesign erhalten. Hierzu zählen sowohl die Glucocorticoide als auch der Marktführer im Bereich der topischen Aknetherapie Duac® Akne Gel.



GSK GlaxoSmithKline, Geschäftsbereich Stiefel Dermatologie, München, www.glaxosmithkline.de



„Es sind ja nur die Rotaviren“

Eine Rotavirus-Infektion kann die ganze Familie betreffen. Oft ist sie für die Eltern aufgrund des hohen Betreuungsaufwands mit Fehlzeiten am Arbeitsplatz verbunden, Geschwisterkinder stecken sich an und eventuell ist ein Aufenthalt im Krankenhaus nötig. Der pentavalente Rotavirus-Impfstoff RotaTeq® bietet einen langfristigen Impfschutz bis ins vierte Lebensjahr. 1 94 % der schweren Rotavirus-Gastroenteritiden können durch die Impfung vermieden werden.

Der Pädiater sollte die Eltern umfassend über die Impfung aufklären. Denn sie sind diejenigen, die entscheiden müssen, ob ihr Kind geimpft werden soll. Der Kinderarzt kann den Eltern die Entscheidung nicht abnehmen, aber er ist derjenige, der sie umfassend informieren sollte. Eine Erkrankung, die aus der Sicht mancher Ärzte als eher harmlos einzustufen ist, kann für eine junge Familie zur Belastungsprobe werden. Denn nicht immer verläuft die Erkrankung komplikationslos. Innerhalb von Stunden kann es zu einer schweren Dehydratation kommen, die eventuell eine Hospitalisierung nach sich zieht. Der behandelnde Kinderarzt erfährt von diesen schweren Verläufen manchmal erst aus dem Arztbericht der Klinik.

Signifikanter Rückgang der Hospitalisierungen

Eine Untersuchung aus den USA hat gezeigt, dass durch die Impfung die Anzahl der durch Rotaviren bedingten Kranken-

hausaufenthalte von Kindern bis < 1 Jahr um 85 % gesenkt werden konnte. „Die Daten für die Rotavirus-Impfung sind weltweit überzeugend. Wir haben die Möglichkeit, den Kindern die Erkrankung zu ersparen, dann sollten wir dies auch tun. Zumindest ist es unsere Pflicht, die Eltern so aufzuklären, dass sie ihre Entscheidungs-faktenorientiert treffen können“, so Dr. med. Michael Hubmann, Kinder- und Jugendarzt aus Zirndorf. Die einfache Handhabung des gebrauchsfertigen Schluckimpfstoffs erleichtert den Einsatz in der pädiatrischen Praxis. Zudem lässt sich die Rotavirus-Impfung sehr gut in den Vorsorge- und Impfplan integrieren. Wichtig ist es, die Eltern frühzeitig auf die Schluck-



impfung hinzuweisen und mit Informationen zu versorgen – am besten direkt bei der U3.

Auf der Seite www.rotavirus-info.de finden Eltern und Angehörige zahlreiche Informationen zur Impfung und zur Erkrankung.

Nach Informationen von Sanofi Pasteur MSD GmbH, Leimen

ESPID 2011 in Den Haag

Rotavirusimpfung – die Daten sprechen für sich

Fünf Jahre nach der Einführung der Rotavirusimpfung in Europa konnte inzwischen in vielen Untersuchungen die Effektivität der Impfung in der Praxis bestätigt werden. Vor allem die Länder, die die Impfung konsequent in ihren nationalen Impfplan integriert haben, spüren nun die positiven Auswirkungen. Daher wurde auf dem 29. Kongress der European Society for Paediatric Infectious Diseases (ESPID) noch einmal deutlich auf die Wichtigkeit der Rotavirusimpfung hingewiesen.

Auf einem Symposium zeigte Dr. Vana Spoulou aus Griechenland, dass die verschiedenen Rotavirus-Serotypen immer wieder zeitlich und geographisch variieren. Dies sei ihrer Meinung nach eine wichtige Rationale für einen pentavalenten Impfstoff wie RotaTeq®. In den klinischen Studien konnten nach der Impfung mit dem pentavalenten Schluckimpfstoff 98 % der schweren Rotavirus-bedingten Gastroenteritiden vermieden werden. Der Impfstoff ist mittlerweile in 62 Ländern auf dem Markt und mit zirka 47 Millionen vermarkteten Dosen existiert ein breites Erfahrungsspektrum. Vor allem die Daten aus den USA zeigen, dass durch die Imp-

fung die Rotavirus-bedingten Hospitalisierungen erheblich reduziert werden konnten. Auch die Zahl der nosokomialen Rotavirus-Infektionen kann durch die Impfung reduziert werden. Spoulou führte aus, dass bei einer Untersuchung in Chicago 70 % der nosokomialen Infektionen durch die Impfung verhindert werden konnten. Darüber hinaus ließen die Daten auf eine gewisse Herdenimmunität schließen, da auch bei den nicht geimpften, älteren Kindern die Krankheitslast zurückgegangen sei.

Von solchen Ergebnissen ist Deutschland noch weit entfernt. Hier werden durchschnittlich nur rund ein Fünftel der

Kinder gegen Rotaviren geimpft, wobei es Ausnahmen wie Sachsen gibt. Hier konnten aufgrund der allgemeinen Empfehlung durch die SIKO (Sächsische Impfkommision) in 2009 eine Impfquote von über 56,8 % erreicht werden – mit erwiesenen positiven Auswirkungen auf die Hospitalisierungsrate.

Die europäischen Experten fordern eine breite Umsetzung der Impfung in die Praxis. Länder wie Finnland, Belgien oder Österreich sind bereits auf einem sehr guten Weg. Jetzt müssen die anderen Länder folgen.

Nach Informationen von Sanofi Pasteur MSD GmbH, Leimen

Surftipp: www.nyda.de

Neues Online-Spiel präsentiert von NYDA®

Dass der Befall von Kopfläusen lästig und eigentlich alles andere als spaßig ist, wissen viele Eltern und Kinder nur zu gut. Vor allem für die betroffenen Kinder ist es oft nicht leicht: Der Kopf juckt, die Kopfhaut tut vom vielen Kratzen weh und mitunter dürfen sie wegen potenzieller Ansteckungsgefahr nicht zur Schule oder in den Kindergarten. Mit dem neuen Online-Spiel „NYDA Läusejagd“ zeigt die Firma Pohl-Boskamp, wie man einen Kopflausbefall auch mal von der lustigen Seite betrachten kann – und lässt die Langeweile, die während des Schul- oder Kindergartenverbots herrscht, schnell der Vergangenheit angehören. Natürlich dürfen aber auch Kinder ohne Kopfläuse und Erwachsene das lustige Online-Spiel ausprobieren.

Ziel des Spiels ist es, Tom zu helfen, die Läuse, die sich auf seinem Kopf eingenistet haben, so schnell wie möglich wieder loszuwerden. Dafür zielt man mit NYDA®-Männchen auf herumlaufende Parasiten in Toms Haaren. Bei einem Treffer wird die Laus in einer Luftblase gefangen und ist unschädlich gemacht – hoher Spaßfaktor garantiert!

Umfassendes Service-Angebot auf www.nyda.de

Neben dem neuen Online-Spiel bietet die Internetseite von NYDA® viele weitere Informationen, wie beispielsweise nütz-

liche Tipps zur Läusebekämpfung, wichtige Hinweise für betroffene Eltern und einen praktischen SMS-Service, der an die Zweitbehandlung erinnert. Auf www.nyda.de finden Interessierte außerdem informative Filme über Kopfläuse und deren Bekämpfung und natürlich eine ausführliche Vorstellung des NYDA® Sortimentes.

Mit NYDA® Kopfläuse und Nissen schnell und einfach wieder loswerden

Lange Zeit waren chemisch wirkende Insektizide in der Kopflaustherapie der Goldstandard. Aufgrund neuer Forschungsergebnisse hat sich das in den letzten Jahren grundlegend geändert. Aus zahlreichen Studien aus dem Ausland weiß man, dass vermehrt Läusestämme auftreten, die eine Resistenz gegenüber neurotoxisch wirkenden Präparaten entwickelt haben. Für Deutschland liegen dazu allerdings noch keine validen Daten vor. Bedeutet: Gegen einige klassische Kopflausmittel sind die Parasiten inzwischen immun. Hinzu kommt, dass sich immer mehr Eltern bei der Anwendung von neurotoxisch wirkenden Insektiziden unwohl fühlen. Das hat zu einem Wandel in der Kopflaustherapie geführt: Heute werden immer häufiger moderne Kopflausmittel eingesetzt, die physikalisch wirken.

Zu der Gruppe der modernen, physikalisch wirkenden Kopflauspräparate gehö-

ren Kopflausmittel auf Basis von Dimeticon, wie z. B. NYDA® (rezeptfrei in der Apotheke). Dimeticone zählen zu den Silikonölen und gelten als besonders gut verträglich. NYDA® enthält zwei unterschiedliche Dimeticone, ein dünnflüssiges, leicht flüchtiges und ein dickflüssigeres, schwer flüchtiges, mit einem Gesamtanteil von 92%. Für NYDA® wurde erstmals weltweit der physikalische Wirkmechanismus eines Kopflausmittels auf Basis von Dimeticon wissenschaftlich untersucht und nachgewiesen.

Um Läuse und Nissen zuverlässig abzutöten, setzt das intelligente, physikalische Wirkprinzip von NYDA® bei den Atemöffnungen der Parasiten an. Das in NYDA® enthaltene 2-Stufen-Dimeticon dringt tief in die Atemöffnungen der Läuse ein und blockiert die Sauerstoffzufuhr. Die Folge: Die Läuse werden in all ihren Entwicklungsstadien erstickt. Acht bis zehn Tagen nach der ersten Anwendung sollte eine Zweitbehandlung durchgeführt werden – so empfiehlt es das Robert-Koch-Institut für alle Läusemittel. NYDA® kann übrigens für Kinder bis zum 12. Lebensjahr und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum 18. Lebensjahr auf Kassenrezept verordnet werden.

Nach Information von: G. Pohl-Boskamp GmbH & Co. KG, Hohenlockstedt

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. med. Wolfram Hartmann

Tel.: 02732/762900

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

Vizepräsident des BVKJ e.V.

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

Tel.: 08671/5091247

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

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Ulrich Fegeler

Tel.: 030/3626041

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

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Roland Ulmer

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

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Hauptgeschäftsführer: Dipl.-Kfm. Stephan Eßer

Tel.: 030/28047510, Tfx.: 0221/683204

stephan.esser@uminfo.de

Geschäftsführerin: Christel Schierbaum

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Tel.: 0221/68909-14, Tfx.: 0221/68909-78

christel.schierbaum@uminfo.de

Mitgliederverwaltung

E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

Leiterin der Verwaltungsabteilung: Doris Schomburg

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

Kongressabteilung

E-Mail: bvkj.kongress@uminfo.de

Kongresse des BVKJ

www.kongress.bvkj.de

Leiterin der Kongressabteilung: Christel Schierbaum

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

BVKJ Service GmbH

Geschäftsführer: Dr. Wolfram Hartmann

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Verhandlungsbevollmächtigter: Herr Klaus Lüft

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Tel.: 0221/68909-18, 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. Wolfgang Gempp

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

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Sonstige Links

Kinder- und Jugendarzt

www.kinder-undjugendarzt.de

Kinderärzte im Netz

www.kinderaerzte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php