

bvkJ.

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

Heft 11/13 · 44. (62.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Forum:

Negative Internet-
bewertungen –
wehren zwecklos?

Fortbildung:

Bluthochdruck
im Kindesalter

Berufsfragen:

Soziale Prävention:
Neues Denken erforderlich

Magazin:

Die Blagen
im Revier

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT

bvkj.



Foto: Werner Knopp



Die Blagen im Revier

Geschichte(n) aus dem Ruhrpott

S. 661

Inhalt 11/13

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

Forum

- 599 Nachgefragt
- 600 **Bewertungsportale im Internet**
Kyrill Makoski
- 603 KBV erreicht Meilenstein
- 604 KINDERPRAXIS auf Erfolgskurs
- 607 **Das Leser-Forum**
- 608 Ankündigung Assistentenkongress
- 609 Aktionsbündnis schreibt Preis für Patientensicherheit aus
- 610 **Test IDS-P**
Harald Tegtmeyer-Metzdorf
- 611 **Bund-Länder-Initiative zur Sprachförderung**
- 612 **Jugendsexualität und Behinderung**
- 613 Vorsicht heiß!

Fortbildung

- 614 **Bluthochdruck im Kindesalter**
Annette Rakenius, Martin Kreuzer, Dagmar Hohmann, Lars Pape
- 627 **Verbrennungen und Verbrühungen im Kindesalter**
Ingo Königs
- 634 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**
- 638 **Consilium Infectiorum: Lokale Azithromycin-Gabe und allergenes Potenzial?**
Hagen Ott
- 640 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Julia Grothaus

Berufsfragen

- 643 **Soziale Prävention in multidisziplinären pädiatrischen Zentren**
Christoph Kupferschmid
- 644 **Konzept des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte**
Wolfram Hartmann
- 644 Impressum
- 646 **Zusammenarbeit der Hilfsysteme**
Ulrich Fegeler
- 648 Selbstverständnis der Kinder- und Jugendärzte/-innen in der Grundversorgung
Wolfram Hartmann
- 649 **Medizinische Lehrer müssen gebildet werden**
Folkert Fehr
- 652 **Beschneidung: Gefährdung des Kindeswohls präzisiert**
Christoph Kupferschmid
- 655 **Mitgliederbefragung – ein Novum im BVKJ**
Nikolaus Weissenrieder, Doris Schomburg

Magazin

- 661 **Die Blagen im Revier**
Olaf Ganssen
- 663 Praxistafel
- 664 Fortbildungstermine BVKJ
- 665 **Buchtipps**
- 667 Personalien
- 669 **Nachrichten der Industrie**
- 674 Wichtige Adressen des BVKJ

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen in voller Auflage eine Information zum Tag des brandverletzten Kindes bei, sowie Supplements der Firmen Shire Deutschland GmbH, ViroPharma GmbH, Norgine GmbH, Ferring Arzneimittel GmbH und AstraZeneca GmbH.

Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

Gewalt gegen Kinder kommt in allen sozialen Schichten vor

Das Land Brandenburg setzt sich für die Prävention von Gewalt gegen Kinder ein. Am 5. September fand in Potsdam die Fachtagung „Gesund und gewaltfrei aufwachsen – Prävention und Früherkennung von Gewalt bei Kindern und Jugendlichen“ statt. Dabei wurde die vierte überarbeitete Auflage des Brandenburger Leitfadens zur Früherkennung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche vorgestellt.

Der aktualisierte und erweiterte Leitfaden legt den Schwerpunkt auf präventive und familienunterstützende Hilfesysteme im Land Brandenburg. Gesundheitsministerin Anita Tack eröffnete die Veranstaltung. Der Leitfaden soll Mitarbeitern in Gesundheits- und Jugendeinrichtungen helfen, frühzeitig die Anzeichen von Gewalt zu erkennen und ein interdisziplinäres Fallmanagement zu gestalten.



- Säuglinge und Kleinkinder im Alter bis zu drei oder vier Jahren werden am häufigsten Opfer schwerer Formen physischer Gewalt.

- Besonders gefährdet sind Frühgeborene und Säuglinge mit einem geringen Geburtsgewicht.
- Kinder werden am häufigsten von ihren leiblichen Eltern misshandelt.
- Gewalt gegen Kinder kommt in allen sozialen Schichten vor.

Das sind vier Aussagen aus dem neuen Brandenburger Leitfaden zur Früherkennung von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche.

„In Deutschland gibt es keine einheitliche Datenbasis über die Häufigkeit von Gewalt gegen Kinder“, heißt es in dem Leitfaden. In der Befragung des Kinder- und Jugendsurveys des Robert Koch-Institutes bezeichneten sich 3,6 Prozent der Mädchen und 7,6 Prozent der Jungen im Alter von 11 bis 17 Jahren in einem Zeitraum von zwölf Monaten als Opfer von Gewalt-handlungen.

Red: ReH

● Nachgefragt

Warum brauchen Säuglinge zusätzlich Vitamin D?

Mit der Rubrik „Nachgefragt“ will das Netzwerk „Gesund ins Leben“ regelmäßig, kurz und knapp über die aktuellen vom Netzwerk erarbeiteten Handlungsempfehlungen und die ihnen zugrunde liegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse bei den Themen „Säuglingsernährung“ und „Ernährung der stillenden Mutter“ informieren.

Vitamin D ist für die Regulation des Calcium- und Phosphatstoffwechsels verantwortlich und damit entscheidend an der Härtung der Knochen beteiligt. Es ist das einzige Vitamin, das sowohl über die Nahrung zugeführt als auch in der Haut durch UVB-Lichtexposition (Sonnenbestrahlung) gebildet wird. Die Vitamin D-Zufuhr über die Ernährung reicht aber in der Regel nicht aus, um die gewünschte Versorgung sicherzustellen. Bei einer geringen körpereigenen Synthese, beispielsweise bei fehlender Sonnenbestrahlung, bedeutet das, dass Vitamin D supplementiert werden sollte. Welche Empfehlung gilt für Säuglinge?

Jeder Säugling sollte jeden Tag 400–500 Internationale Einheiten (I.E.; entspricht 10–12,5 µg) Vitamin D erhalten, so die Empfehlung des Netzwerks „Gesund ins Leben“ und der beteiligten Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, Forschungsinstitut für Kinderernährung). Da Säuglinge aufgrund einer geringen Eigensynthese zur Risikogruppe der Unterversorgten zählen, kann der von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung festgelegte Schätzwert von 10 µg Vitamin D für Säuglinge nur durch eine Supplementation er-

reicht werden. Das gilt für alle Säuglinge – unabhängig von der individuellen Vitamin D-Synthese über die Haut und auch unabhängig davon, ob ein Kind gestillt wird oder industriell hergestellte Säuglingsnahrung erhält.

Die ausführliche Antwort mit Literaturverweisen finden Sie hier:

<http://www.gesundinsleben.de/fuer-fachkraefte/nachgefragt/>

Red: ReH

● Wenn Schackeline zur U6 kommt

Unsere Lieblingsnamen im November

Aurora, Chanel, Janatha-Fey, Jurate Leilani, Liviva-Marie, Rooney, Messias Martin, Sole.



Red.: ReH

Bewertungsportale im Internet



Dr. Kyrill Makoski

Die Bedeutung von Arztbewertungsportalen im Internet wird immer größer. Gerade der Kinder- und Jugendarzt wird von den Eltern oft sehr sorgfältig ausgesucht – auch und gerade nach Bewertungen im Internet. Zugleich steigt die Gefahr, dass unzufriedene Patienten diese Möglichkeit nutzen, um ihren Ärger loszuwerden. Schlechte Bewertungen können potentielle Neupatienten von einem Besuch in der Praxis abhalten. Daher sollte jeder Arzt ein Interesse daran haben, negative Bewertungen entfernen zu lassen. Dies ist allerdings nicht so einfach.

Was muss geduldet werden?

Die Portalbetreiber sind grundsätzlich nicht verpflichtet, den Eintrag – oder auch nur den Namen des Arztes – zu entfernen. Die Nutzung der ohnehin öffentlichen Praxisdaten des Arztes ist datenschutzrechtlich zulässig. Die Bereitstellung der Möglichkeit, Arztbewertungen abzugeben, ist Ausdruck der grundgesetzlich geschützten Meinungsfreiheit. Es reicht aus, wenn der Betreiber eine Melde- und Kontrollmöglichkeit bei Missbräuchen anbietet (so ausdrücklich Oberlandesgericht Frankfurt am Main, Urt. v. 8.3.2012 - 16 U 125/11).

Nur in den Fällen, in denen eine Bewertung von ihrem Urheber bei Kritik nicht aufrechterhalten wird oder wenn es offensichtlich ist, dass die Bewertung nicht auf einer tatsächlichen Grundlage beruht, löschen die Portale einzelne Bewertungen (siehe auch LG Nürnberg-Fürth, Urt. v. 8.5.2012 - 11 O 2608/12). Dabei muss immer die Meinungsfreiheit berücksichtigt werden: Nicht jede Äußerung und jedes Werturteil, das dem Arzt nicht gefällt, ist auch unzulässig. Unzulässig sind nur unwahre Tatsachenbehauptungen (z.B. falsche Angaben zur Zugänglichkeit) oder Bewertungen, die z.B. Formalbeleidigungen, Schmähkritik oder Angriffe auf die Menschenwürde enthalten. In diese Gruppe dürften auch Aussagen wie „inkompetenter Arzt“ fallen.

Bei einigen Portalen wird die textliche Bewertung relativ einfach gelöscht; es verbleiben aber die (meist ebenfalls sehr negativen) Noten. Schon eine einzelne sehr schlechte Bewertung kann den Notenschnitt deutlich reduzieren.

Wie komme ich an den Verantwortlichen?

Gegen denjenigen, der falsche oder beleidigende Äußerungen auf einem Bewertungsportal veröffentlicht, steht dem Arzt ein Unterlassungsanspruch zu. Um diesen durchzusetzen, muss der Arzt daher ermitteln, wer die Äußerungen getätigt hat.

Der Portalbetreiber kann aber nicht verpflichtet werden, die Kontaktdaten wie die E-Mail-Adresse des Nutzers herauszugeben. Anonyme Bewertungsportale sind in § 13 Abs. 6 TMG ausdrücklich vorgesehen; denn nur im Schutz der Anonymität ist zu erwarten, dass Patienten offen und ehrlich ihre Meinung sagen (vgl. LG München I, Urt. v. 3.7.2013 - 25 O 23782/12).

Wenn der Arzt nicht an die Daten kommt, könnte eine Strafanzeige helfen. Dazu muss es sich um eine Beleidigung (§ 185 StGB), eine üble Nachrede (§ 186 StGB) oder eine Verleumdung (§ 187 StGB) handeln. Die Staatsanwaltschaft könnte mit einem Gerichtsbeschluss die Herausgabe der notwendigen Unterlagen und Angaben vom Portalbetreiber verlangen. Der Arzt wiederum kann über einen Rechtsanwalt Akteneinsicht beantragen und auf diese Weise erfahren, wer die Äußerungen getätigt hat. Diese Delikte bedürfen eines Strafantrags, der innerhalb von drei Monaten nach Kenntnis von dem Eintrag gestellt werden muss.

Sicherer ist es, wenn der Arzt anhand der geschilderten Angaben bestimmen kann, wer die Äußerungen getätigt hat – z.B. aus geschilderten Einzelheiten oder charakteristischen Äußerungen.

Was kann man tun?

Wenn eine unzulässige Äußerung vorliegt und der Urheber ermittelt werden kann, kann dieser (und nicht das Portal) auf Entfernung der Bewertung verklagt werden. Zuständig sind die Zivilgerichte. Eine einstweilige Verfügung, um die Bewertung so schnell wie möglich zu löschen, hat nur in seltenen Fällen Aussicht auf Erfolg, da es regelmäßig an der notwendigen Eilbedürftigkeit fehlt.

Ein besonderes Problem für den Arzt ist, inwieweit er Einzelheiten der Behandlung im Verfahren verwenden darf, ohne die Schweigepflicht zu verletzen. Um seine Interessen wahrnehmen zu können, muss er wenigstens einige Daten angeben können. Daher ist die Verwendung der Daten – im zurückhaltenden Maße – gerechtfertigt. Denn ansonsten könnte sich der Patient immer der Verantwortung entziehen.

Gelingt es dem Arzt hingegen nicht, das Gericht von der Täterschaft des Beklagten zu überzeugen, muss der Arzt nicht nur seine eigenen Anwaltskosten übernehmen, sondern auch die Kosten des Gerichts und die Kosten der Gegenseite. Daher sollte nur dann ein Gerichtsverfahren eingeleitet werden, wenn der Arzt sich seiner Sache sicher ist.

Und was tue ich, wenn ein Gerichtsverfahren erfolglos ist?

Wenn man den Kritiker nicht greifen kann, bleibt nur die Gegenoffensive. Bitten Sie zufriedene Patienten und

Eltern, ihre guten Erfahrungen kundzutun. Der mündige Verbraucher kennt Bewertungen von vielen Handlungsportalen. Nur positive Bewertungen fallen genauso auf wie einzelne, besonders negative Bewertungen. Damit muss man aber in Kauf nehmen, dass das Portal mehr Bewertungen enthält und seine Bedeutung steigt. Die Alternative ist, die Portale zu ignorieren und auf seine Patienten und deren Mundpropaganda zu vertrauen.

Dr. Kyrill Makoski

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizin
Möller & Partner, Düsseldorf

Die Kanzlei ist Justitiarin des BVKJ.

Die zitierten Urteile sind in PädInform eingestellt.

Red: ReH

Chronologie einer Internetbewertung

An einem Montag im Herbst dieses Jahres fand unser Leser auf Jameda eine verheerende Bewertung. Er habe ein Kind gegen die Einwilligung der Mutter geimpft, schrieb diese. Und überhaupt sei die Praxis (die sie 18 Jahre lang mit ihren Kindern besucht hatte) „das Letzte“. Unter der wortreichen Kritik standen die Noten: 6 in allen Kategorien, die Jameda bietet.

Unser Leser konnte die Patientin identifizieren und schrieb ihr einen Brief. Dieser führte dazu, dass die Patientin ihre Bewertung und auch die Benotung unmittelbar zurückzog.

Wir drucken diesen Brief als Muster ab.

ReH

Sehr geehrte Frau XY,

gestern wurde auf jameda.de folgender Kommentar in meinem Bewertungsprofil veröffentlicht: „18 Jahre waren wir voll auf zufrieden – heute ist nun klar: NIE WIEDER!“. Die Rekonstruktion, also der Abgleich zwischen Erscheinungsdatum, Details der Jameda-Bewertung und unseren Dokumentationen hat ergeben, dass es sich bei der Autorin des Beitrags um Sie handelt.

Die Bewertung hat mich sehr getroffen. Meine Mitarbeiterinnen und ich haben den Behandlungsverlauf und das Beratungsgespräch ganz anders in Erinnerung. Es wäre mir ein Anliegen, mit Ihnen in einem persönlichen Gespräch zeitnah noch einmal über den Behandlungsverlauf und eventuelle Missverständnisse zu sprechen.

Da es sich um eine strafbare Handlung handelt, die Sie mir in Ihrem Kommentar vorwerfen, war ich jedoch zugleich gezwungen, mir rechtlichen Beistand zu holen. Ich möchte Sie bitten, Ihren Kommentar bis zur Klärung des Vorgangs aus jameda.de zurückzunehmen. Anderenfalls bin ich gezwungen, Anzeige wegen Verleumdung, § 187 StGB zu stellen, um mein Recht zu wahren und meine Approbation zu schützen.

Bitte lassen Sie mich jedoch noch einmal betonen, dass ich hoffe, dass wir die Unstimmigkeit in einem persönlichen Gespräch klären können und eine rechtliche Befassung mit der Sache nicht nötig sein wird. Deshalb bitte ich Sie, bis zum kommenden Mittwoch um 12.00 Uhr in meiner Praxis vorbei zukommen oder sich telefonisch mit uns in Verbindung zu setzen.

Mit freundlichen Grüßen

Zentraler Vertretungsnachweis 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

KBV erreicht Meilenstein: Delegation statt Substitution

Versorgung: KBV und Krankenkassen haben eine Vereinbarung zur Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal getroffen. Sie ist seit dem 1. Oktober in Kraft.

„Das Prinzip Delegation statt Substitution ist für uns immer oberstes Ziel gewesen. Die Verantwortung für Qualität und Angemessenheit einer delegierten Leistung darf nicht abgegeben werden, sondern muss in den Händen der niedergelassenen Ärzte liegen. Dieses Prinzip spiegelt sich in der Vereinbarung wider. Damit haben wir Rechtssicherheit geschaffen“, erklärte Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), bei der Vorstellung der Vereinbarung in Berlin.

Die Vereinbarung zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge regelt bei-

spielhaft, bei welchen Tätigkeiten nicht-ärztliches Personal ärztliche Leistungen erbringen darf und welche Anforderungen sie erfüllen müssen. Vorausgesetzt ist mindestens der Abschluss als Medizinische Fachangestellte oder eine vergleichbare medizinische/heilberufliche Ausbildung. Zudem muss zwischen dem nichtärztlichen Mitarbeiter und dem delegierenden Vertragsarzt ein dienstvertragliches Verhältnis bestehen.

Der Arzt trägt die Verantwortung, ob und an wen er eine Leistung delegiert. Er muss zugleich seiner Auswahl-, Anleitungs- und Überwachungspflicht nachkommen. Ausschlaggebend für den Umfang der Anleitung und Überwachung ist die Qualifikation der nichtärztlichen Angestellten. Höchstpersönliche Leistungen wie Anamnese, Indikations- und Diagno-

sestellung oder operative Eingriffe, die nur der Arzt aufgrund seiner besonderen Fachkenntnisse erbringen kann, dürfen nicht delegiert werden.

Mit dem im Januar 2012 eingeführten Versorgungsstrukturgesetz hatte der Gesetzgeber KBV und Krankenkassen beauftragt, eine Vereinbarung zur Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal zu schließen. Den Vertragsentwurf erarbeitete die KBV gemeinsam mit der Bundesärztekammer.

Die Vereinbarung zur Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal ist im Internet zu finden unter

<http://www.kbv.de/rechtsquellen/43973.html>

Red: ReH

KINDERPRAXIS auf Erfolgskurs

Fast 1000 Praxen beziehen inzwischen die Elternzeitschrift des BVKJ KINDERPRAXIS, um ihre Patienteneltern zu informieren und ihre kleinen Patienten zu unterhalten.

Bezogen werden kann die Zeitschrift gegen eine geringe Versandkostenpauschale im 50er und 100er-Pack. Insgesamt erscheinen jährlich vier Ausgaben mit Wissenswertem zu Gesundheit und Erziehung.

Mit der KINDERPRAXIS erhalten Eltern Informationen, die dem aktuellen wissenschaftlichen Standard entsprechen. Die Zeitschrift erleichtert damit den Kinder- und Jugendärzten ihre Aufklärungsarbeit.

Der BVKJ bittet bei der Bestellung um eine Einzugsermächtigung, um die Versandkosten (Selbstkostenpreis) stabil zu halten. Einzelrechnungen müssen mit 10 Euro berechnet werden.

Red: ReH



An den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.

per Telefax (02 21) 68 32 04

Bestellung KINDERPRAXIS

Ich bestelle **KINDERPRAXIS** ab der nächsten Ausgabe regelmäßig:

- 50 Exemplare pro Ausgabe 25,- € für Versandkosten / Jahr
- 100 Exemplare pro Ausgabe 30,- € für Versandkosten / Jahr
- die Praxis die Klinik das Gesundheitsamt

Einzugsermächtigung an
Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (bvkj)

Titel, Name, Vorname

Straße, PLZ, Ort

Telefon, Telefax, E-Mail

Hiermit ermächtige(n) ich / wir den bvkj widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen wegen des Versands des Elternmagazin **KINDERPRAXIS** bei Fälligkeit zu Lasten meines / unseres

Kontos mit der Nummer _____

Bankleitzahl _____

Bank _____

durch Lastschrift einzuziehen.

Rechnung

Bitte beachten Sie, dass im Falle einer Rechnungsstellung **10,00 €** Bearbeitungsgebühr anfallen.
Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mir die Zeitschriften über einen externen Versender zugehen.

Ort, Datum, Unterschrift

Das Leser-Forum

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



Wie geht es der Familie



von P. Bonfils,
KJJuA (2013),
Heft 9, S. 458

Bitte keine völkische Ideologie im Kinder- und Jugendarzt

Mit zunächst Erstaunen, dann mit Entsetzen habe ich den o.g. Leserbrief des Kollegen Bonfils zur Kenntnis genommen.

In einem Parforce-Ritt werden bei ihm alle wesentlichen familien- und gesellschaftspolitischen Themen angerissen, allerdings mit unglaublichen Schlussfolgerungen: Durch „Tötung von Millionen ungeborener Kinder“ werden „die Deutschen in ihrem eigenen Land zur ethnischen Minderheit“? Die Familie muss „ideell aufgewertet werden, statt pervertierter Randgruppen“? Man kann über Familienpolitik und alternative Lebensentwürfe oder z.B. das Adoptionsrecht für homosexuelle Lebenspartnerschaften diskutieren und unterschiedlicher Meinung sein; aber deshalb gehört noch lange

niemand zu einer „pervertierten Randgruppe“. Ich bin entsetzt darüber, dass ein solcher Brief, aus dem deutlich die sprachliche Nähe zu völkischer Ideologie spricht, in unserer Verbandszeitschrift abgedruckt wird!

Ich gehöre nicht zu den geschmähten „pervertierten Randgruppen“, auch habe ich als zweifacher Vater zum weiteren Funktionieren der sozialen Sicherungssystem beigetragen, ganz im Sinne von Kollege Bonfils. Muss ich mir aber Sorgen um den ethnischen Fortbestand „der Deutschen“ machen, weil meine Frau nicht aus Deutschland stammt? Darf ich mit homosexuellen Paaren weiterhin befreundet sein?

Dass der angeblich zur Zeit propagierte „Krippensozialismus“ die Ergebnisse der „Kinderpsychologie eines ganzen Jahrhunderts“ pervertiert, stellt gerade die Wissenschaft auf den Kopf und kann nur noch als flache Propaganda aufgefasst werden. Es gibt keinerlei Evidenz dafür, dass ein früher Eintritt in außerfamiliäre Kinderbetreuung, so wie es in vielen Ländern weltweit praktiziert wird, die Kinder Schaden nehmen lässt.

Die Kinder- und Jugendärzte sollten nicht den angeblichen „linken Ideologen“ entschieden entgegen treten, sondern in allen Bereichen des

Lebens, auch im eigenen Berufsverband, für Toleranz und Freiheit eintreten sowie den nötigen Respekt für jeden Menschen aufbringen.

Völkische Ideologie darf keinen Platz haben, nirgendwo.

Stefan Arens
Kinderarzt / Kindergastroenterologe
Kinderklinik Kassel
privat! Am Schatzkampe 10
30163 Hannover

Red.: ReH



Wenn der Nazi-Vater in die Praxis kommt

Wann darf ein Arzt die Behandlung von Patienten ablehnen?, von Dr. iur. Juliane Netzer-Nawrocki und Dr. iur. Andreas Meschke, KJJuA (2013) Heft 9, Seite 498 ff.

Auch wir hatten vor Jahren den Fall, dass ein Vater in der Praxis rechtsradikale Sprüche und ausländerfeindliche Parolen in die Gegend posaunte. Wir haben nicht die Behandlung seines Kindes abgelehnt (das Kind kann ja auch nichts dafür) sondern wir haben dem Vater Hausverbot erteilt. Das Kind durfte fortan nur mit der Mutter, den Großeltern, Tante oder Onkel in die Praxis kommen. So hatten wir das Problem gelöst ohne uns in eine juristisch angreifbare Position zu bringen.

Karl Prömpeler-Kuhn
76149 Karlsruhe
Karlstraße 97/99

Red.: ReH

Sitz-Check für Familien

Die Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (peb) hat einen Sitz-Check entwickelt, mit dem Familien ihr Sitzverhalten und ihr Wissen zum Sitzenden Lebensstil unter die Lupe nehmen können. Der Check dauert fünf Minuten, danach erhält jede Familie die Einschätzung ihres Sitz-Typs und entsprechende Empfehlungen für den Alltag.

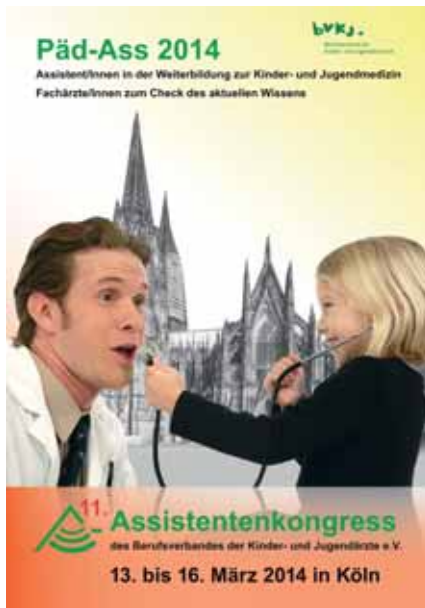


Studien zeigen, dass die meisten Kinder und Jugendlichen rund neun Stunden täglich im Sitzen verbringen, das sind etwa 70 Prozent der wachen Zeit des Tages. Dabei ist der Energiebedarf beim Sitzen kaum höher als beim Schlafen – mit schwerwie-

genden Folgen für die Gesundheits- und Gewichtsentwicklung unserer Kinder. Hauptursache für den zunehmend Sitzenden Lebensstil sind der ausufernde Medienkonsum sowie die immer weiter zurückgehende Alltagsbewegung – beispielsweise gehen Kinder immer seltener zu Fuß zur Schule und spielen seltener draußen.

Hier geht's zum Sitz-Check:
<http://sitz-check.pebonline.de/erw>

Red: ReH



Donnerstag, 13. März 2014

Klinikseminare (1 Tag – 8 Stunden):

Sonographie, EKG, EEG, Pneumologie, Reanimation von Kindern und Jugendlichen, Allergien, Neuropädiatrie und Neugeborenenreanimation.

Als Fortbildungsblock wird über 8 Stunden mit begrenzter Teilnehmerzahl (je nach Kurs 8–30 Teilnehmer) in vier 1½ Stundenblöcken die Thematik abgehandelt. Wesentlicher Inhalt dieses Angebots ist die Vermittlung von praktischen Kenntnissen sowie fallbezogenen Arbeit mit klinischer Korrelation. Die Veranstaltungen finden in den Kliniken in Köln und Umgebung statt.

Freitag, 14. März 2014

Plenarvorträge Päd-Ass Basiswissen: Kinder-Notfallversorgung in Klinik und

Praxis; Neuropädiatrie; Kinderpneumologie; Infektionen; Kinderkardiologie; Kinderorthopädie; Gastroenterologie; Prävention unter dem besonderen Aspekt der Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen; Berufsperspektiven nach der Facharztprüfung; Konflikte am Arbeitsplatz: Analyse und Lösungsstrategien

Referenten: Dr. F. Eifinger; Prof. Dr. F. Aksu; Dr. E. Rietschel; Prof. Dr. M. Weiß; Prof. Dr. K. Brockmeier; Dr. L. Döderlein; Prof. Dr. M. Radke; Prof. Dr. R.G. Schmid; Dr. W. Hartmann; Prof. Dr. W. Kölfen

Samstag, 15. März 2014

Endokrinologie; Kinderdermatologie; Kindernephrologie; Schlaf-Wach-Störungen; Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen

Referenten: Prof. Dr. E. Schönau; Dr. I. Poor; Prof. Dr. J. Dötsch; Dr. A. Wiater; Dr. S. Waltz

Sonntag, 16. März 2014

Televoting-Quiz: Röntgenbilder und Sonographie für die Weiterbildungsprüfung

Referenten: Dr. M. Kellner; PD Dr. F. Körber; Prof. Dr. K.-H. Deeg

Samstag 15.03. und Sonntag, 16.03.2014

Seminare zur Erweiterung des Basiswissens:

Hämatologie, Kinderkardiologie, Pulmologie, Gastroenterologie, Neuropädiatrie, Kindernephrologie, Regulations- und Beziehungsstörungen, Onkologie, Neonatologie, Reanimationsschulung, Stoffwechselerkrankungen, Kinderdermatologie

Seminare zum Erwerb spezieller Kenntnisse:

Anfälle im Kindesalter, Entwicklungsdiagnostik, Lungenfunktionsdiagnostik, Infusionsplan in der Neonatologie, Nahrungsmittelunverträglichkeit, Dermatologie, EEG-Diagnostik, Diabetes mellitus, Vorsorgeuntersuchungen, Tipps für Praxiseröffnung, Dringende Einweisungsindikation aus niedergelassener Sicht, Reanimationstraining, Entzündliche Darmerkrankung, Inhalationstherapie, Fehlervermeidung in der Praxis und Notfallpraxis, Sonderseminar Radiologie, Sonderseminar Sonographie, Rheumatologie, Säuglingsernährung, Bauchschmerzdiagnostik, Harnwegsinfekt, Knochenstoffwechselstörungen, Impfungen, EKG-Diagnostik, Beatmung Früh- und Neugeborener, Früherkennung von Kindesmisshandlung, Fieber.

Ausführliches Programm:

kongress.bvkj.de

Infos und Anmeldungen:

BVKJ e.V. Kongressabteilung
Mielenforster Str. 2, 51069 Köln
Tel.-Nr. 0221/6 89 09-15
bvkj.kongress@uminfo.de

Teilnehmergebühren:

Für Mitglieder im BVKJ e.V.:

- Teilnahme am 13.03.2014: 85,- €
- Teilnahme vom 14.-16.03.2014: 280,- €

Für Nichtmitglieder im BVKJ e.V.:

- Teilnahme am 13.03.2014: 170,- €
- Teilnahme vom 14.-16.03.2014: 490,- €

Die Mitgliedschaft für Assistenten in der Weiterbildung zur Kinder- und Jugendmedizin ist während der Weiterbildungszeit kostenlos!

Bitte per Fax senden an: 02 21/6 89 09 78

ANMELDUNG zum 11. Assistentenkongress in Köln vom 13. – 16. 03. 2014

- ich bin Mitglied im BVKJ ich bin kein Mitglied im BVKJ
 ich bin noch kein Mitglied im BVKJ e.V. und bitte um Zusendung der Beitrittsinformationen

Ich möchte teilnehmen:

- am Donnerstag, 13.3.2014
für Mitglieder € 85,-
 von Freitag, 14.3. bis Sonntag, 16.3.2014
für Mitglieder € 280,-

Mein Klinik-Seminarwunsch: _____

für Nichtmitglieder € 170,-

für Nichtmitglieder € 490,-

Meine Seminarwünsche für Samstag und Sonntag sind: 1. _____ 2. _____
 3. _____; Alternativ 4. _____ 5. _____ 6. _____

Absender / Anschrift: _____

Datum / Ort _____ Unterschrift / Stempel _____

Sicherheitskultur im Gesundheitswesen stärken, um Fehler zu vermeiden

Aktionsbündnis schreibt Preis für Patientensicherheit aus

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) vergibt 2014 erstmals den Deutschen Preis für Patientensicherheit an Einrichtungen im Gesundheitswesen, die durch zukunftsweisende Projekte oder Forschungsarbeiten die Patientensicherheit verbessern. In Zusammenarbeit mit der Aesculap Akademie, dem Ecclesia Versicherungsdienst, dem Gesundheitsunternehmen MSD SHARP & DOHME GmbH und dem medizinischen Fachverlag Thieme werden drei Ehrungen vorgenommen. Die mit insgesamt 19.500 Euro dotierte Auszeichnung richtet sich u. a. an Kliniken und Praxen und Gesundheitsämter. Die Bewerbungsfrist endet am 10. Dezember 2013.

Der Deutsche Preis für Patientensicherheit soll dazu beitragen, dass praxisrelevante Erkenntnisse in die Breite getragen werden. Er fördert zudem fach- und berufsübergreifende Lehre und Bildung und honoriert Lösungen sowie neue Konzepte zur Vorbeugung von vermeidbaren unerwünschten Ereignissen und Fehlern. Um den Preis bewerben können sich sämtliche Akteure im Gesundheitswesen, die Projekte für Patientensicherheit erfolgreich entwickelt und umgesetzt haben oder relevante

Forschungsarbeiten zu diesem Thema in deutscher oder englischer Sprache.

Checklisten, Armbänder mit Patientennamen, Händewasch-Aktionen für mehr Hygiene, Teamtraining und Schulungen oder bunte Spritzenaufkleber sind nur einige erfolgreiche Beispiele, um die Sicherheit der Patienten systematisch zu erhöhen.

Hinweise zur Bewerbung:
[www.aps-ev.de/
deutscher-patientensicherheitspreis](http://www.aps-ev.de/deutscher-patientensicherheitspreis)

Red: ReH

Service-Nummer der Assekuranz AG

für Mitglieder des Berufsverbandes
der Kinder- und Jugendärzte

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

(02 21) 6 89 09 21.



Die Ausdehnung eines mittlerweile etablierten Testverfahrens in den Vorschulbereich

2010 kam basierend auf dem alten Kramer-Test völlig neu überarbeitet und normiert die ids für 5–10-jährige auf den Markt (siehe Rezension im „Kinder- und Jugendarzt“ 5/2012, S. 231). Dieser kombinierte Intelligenz- und Entwicklungstest erfreut sich mittlerweile einer großen Beliebtheit, so dass es nicht verwundert, dass ein paralleles Testverfahren für Vorschulkinder entwickelt wurde, nämlich die „Intelligenz- und Entwicklungsskalen für das Vorschulalter“ (ids p), welches seit diesem Sommer von der Testzentrale in Göttingen vertrieben wird. Normierung und Validierung wurden in den Jahren 2010 bis 2011 in den 3 deutschsprachigen Nachbarländern an 713 bzw. 180 Kleinkindern vorgenommen. Es resultieren nun altersabhängige Testnormen in jeweils 4 Monate umfassenden Intervallen von 3;0 bis 5;11 Jahren.



Die Testung von Klein- und Vorschulkindern ist wesentlich anspruchsvoller als die von Schulkindern, sind doch bei dieser Altersgruppe Ausdauer, Frustrationstoleranz und Fokussierung noch gering ausgeprägt und die Leistungen in wesentlich größerem Ausmaß von Tagesform und Beziehung zum Testleiter abhängig. Es dominiert das Lustprinzip. Umso mehr muss der Testleiter mit dem Material und der Durchführung der verschiedenen Untertests vertraut sein um damit in seinem Vorgehen flexibel und doch mit gutem Überblick auf die jeweiligen Stimmungen und

Motivationslagen beim Kind eingehen zu können. Das Verhalten muss sehr aufmerksam wahrgenommen werden, damit auf dieser Grundlage eine kritische Würdigung der erhaltenen Testergebnisse stattfinden kann. Hilfreich für eine erfolgreiche Testdurchführung ist ein vielseitiges und ansprechendes Testmaterial. Diesem Anspruch genügt die ids p mit schön gestalteten Spielfiguren, mit für die Altersgruppe angepassten Bildkarten und passenden Klötzchen, Würfeln und Perlen für visuokonstruktive, feinmotorische und mathematische Aufgaben.

Wer die bisherige ids kennt, wird sich auch rasch in der Version für Vorschulkinder zurechtfinden. Viele Untertests sind nur wenig abgewandelt und angepasst an die noch nicht so weit entwickelten Fähigkeiten der jüngeren Testpersonen. Die Testinstruktionen und Einstiegs- und Abbruchregeln sind klar gehalten und überschaubar im Testheft zu ersehen, die Auswertung ist unkompliziert. Wie bei der ids für Schulkinder gibt es einen Untertest zum auditiven Gedächtnis, in dem eine Geschichte erzählt und am Ende des kognitiven Teils danach gefragt wird. In der Übersicht der Untertestergebnisse hat dieser Untertest dann aber noch einmal eine andere Position als in der Abfolge der Aufgaben, was den Auswerter durchaus zu verwirren vermag.

Wie das angesprochene Vorbild gliedern sich die „preschool-Skalen“ in einen Abschnitt zur kognitiven Entwicklung, der in die Berechnung eines Intelligenz-Quotienten mündet, und in einen Abschnitt zur allgemeinen Entwicklung mit den Domänen Psychomotorik, sozial-emotionale Kompetenz, logisch-mathematisches Denken und Sprache. Schließlich wird über einen kleinen Fragebogen zum Arbeitsverhalten des Kindes eine semiquantitative Einstufung dieses Bereiches vorgenommen sowie je eine kleine Aufgabe zur „Theory of Mind“ und zum Belohnungsaufschub durchgeführt, was zusammen mit den Ergebnissen zur sozial-emotionalen Kompetenz mit Verhaltensproblemen zuhause und im Kindergarten signifikant negativ korreliert. Derart ermöglicht die-



ser Test den Überblick über alle relevanten Entwicklungsbereiche eines Vorschulkindes, aber auch die gezielte und eingeschränkte Fokussierung von nur einzelnen Bereichen bzw. Testmodulen – je nach konkreter Fragestellung.

Der Gesamttest benötigt 60 bis 90 Minuten Zeit zur Durchführung, der kognitive Abschnitt davon etwa die Hälfte und die einzelnen Module je zwischen 5 und 15 Minuten. Der kognitive Teil sollte immer ganz zu Ende gebracht werden, da am Schluss nach der bereits oben angesprochenen Geschichte gefragt wird. Die übrigen Teile können je nach Fragestellung, verfügbarer Zeit und Ausdauer des Kindes noch hinzugefügt werden. Der komplette Testkoffer wird derzeit zum Preis von 1168 Euro von der Testzentrale angeboten (<http://www.testzentrale.de/programm/intelligence-and-development-scales-preschool.html>). 25 Testbögen kosten stolze 98 Euro, wobei es sich allerdings um ein 19 Seiten starkes Heft handelt! Damit reiht sich die ids-p mit seinen Kosten in die Reihe von vergleichbaren Testverfahren bruchlos ein. Die Kombination von Intelligenz- und Entwicklungstest ist allerdings ohne Beispiel. Als Testverfahren in der pädiatrischen Praxis sind einerseits die Kosten und der Zeitaufwand in Rechnung zu stellen, andererseits die zeitgemäße Form, die aktuellen Normen und die flexiblen Anwendungsmöglichkeiten über den modularen Aufbau positiv dagegen abzuwägen.

A. Grob, G. Reimann, M.-C. Frischknecht und J. Gut, *IDS-P Intelligence and Development Scales – Preschool*, Hogrefe Verlag, 1.168,-€, Best.-Nr. 0314701

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

Red.: Kup

Bund-Länder-Initiative zur Sprachförderung, Sprachdiagnostik und Leseförderung nimmt inhaltliche Arbeit in den Verbänden auf

Der Startschuss ist gefallen: Anfang September haben die ersten 23 Verbände der Bund-Länder-Initiative zur Sprachförderung, Sprachdiagnostik und Leseförderung „Bildung durch Sprache und Schrift (BiSS)“ ihre Arbeit aufgenommen.

Ziel der gemeinsamen Initiative ist es, die vielfältigen Maßnahmen der Länder zur sprachlichen Bildung in Deutschland zu bündeln, zu evaluieren und weiter zu entwickeln, um Kindern von Anfang an eine noch bessere individuelle Sprach- und Leseförderung in den Kindertageseinrichtungen und Schulen zu ermöglichen. Sie wird getragen vom **Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)**, dem **Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)**, der **Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (KMK)** und der **Jugend- und Familienministerkonferenz der Länder (JFMK)**.

Das Herzstück der Initiative bilden Verbände von Kindertageseinrichtungen bzw. Schulen, die zum Beispiel von Universitäten oder Bibliotheken unterstützt werden. Durch die Zusammenarbeit in den Verbänden erhalten die Kindertagesstätten und Schulen vielfältig Gelegenheit, ihre Erfahrungen auf dem Gebiet der Sprachförderung, Sprachdiagnostik und Leseförderung auszutauschen sowie gezielt Maßnahmen der Sprachbildung abzustimmen und umzusetzen. Auf diesem Wege sollen auch konzeptionelle Ansätze zur Sprachförderung, Sprachdiagnostik und Leseförderung im Hinblick auf ihre Wirksamkeit und Effizienz wissenschaftlich überprüft und weiterentwickelt werden. Darüber hinaus unterstützt das Programm die erforderliche Weiterqualifizierung der Erzieherinnen und Erzieher sowie der Lehrkräfte.

Je Bildungsbereich kann die Initiative bis zu 40 Verbände umfassen. Von den jetzt in die Initiative aufgenommenen Verbänden betreffen fünf Verbände den Elementarbereich, acht Verbände sind im Primarbereich angesiedelt und zehn Verbände nehmen die Arbeit im Sekundarbereich auf.

Einen inhaltlichen Schwerpunkt bildet die alltagsintegrierte sprachliche Bildung im Elementarbereich, die Diagnose und Förderung des Leseverständnisses im Primarbereich bzw. die sprachliche Bildung in fachlichen Kontexten im Sekundarbereich. Ferner werden Themen wie die Diagnose und Förderung der Leseflüssigkeit, die intensive sprachstrukturelle Förderung und das Schreiben und Lesen mit digitalen Medien bearbeitet.

Bisher beteiligen sich Verbände aus den Ländern Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Schleswig-Holstein.

Diesem gelungenen Auftakt wird ein zweiter Starttermin im Januar 2014 folgen. Die Vertreterinnen und Vertreter von Bund und Ländern betonen, dass die Initiative ein wichtiger Schritt für eine verbesserte individuelle Sprach- und Leseförderung von Kindern und Jugendlichen darstellt.

Ein Trägerkonsortium koordiniert und unterstützt die Arbeiten in der Initiative BiSS. Das Trägerkonsortium wird vom Mercator-Institut für Sprachförderung und Deutsch als Zweitsprache der Universität zu Köln koordiniert. Weitere Beteiligte sind das Institut zur Qualitätsentwicklung im Bildungswesen (IQB) an der Humboldt Universität zu Berlin und das Deutsche Institut für Internationale Pädagogische Forschung in Frankfurt (DIPF), das die Aktivitäten im Elementarbereich begleitet.

Red: ReH

„Jugendsexualität und Behinderung“

Ergebnisse einer Pilotstudie in Sachsen zur Sexualaufklärung, zum Sexual- und Verhütungsverhalten von Jugendlichen mit Behinderung

Seit 1980 untersucht die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) regelmäßig Einstellungen und Verhaltensweisen Jugendlicher zu Aufklärung, Sexualität und Verhütung. In Anlehnung an diese Wiederholungsbefragungen wurde in Sachsen eine Pilotstudie zu Jugendlichen mit Behinderung durchgeführt. 169 Schülerinnen und Schüler der Klassen 6 bis 10 mit Körper-, Hör- und Sehbehinderung an neun Förderschulen und zwei Berufsbildungswerken wurden durch Wissenschaftlerinnen der Universität Leipzig befragt.

Die Studienergebnisse zeigen, dass zwei Drittel der befragten Jugendlichen mit Behinderung sich aufgeklärt fühlen. Unabhängig von Geschlecht und Art der Behinderung ist die Schule die wichtigste Vermittlungsinstanz für sexualpädagogische Inhalte. Jugendzeitschriften und Internet sind weitere wichtige Informationsquellen für Jugendliche mit Beeinträchtigungen.

Ebenso spielt das Elternhaus bei der Sexualaufklärung eine wichtige Rolle. Die Mutter ist für die Jugendlichen nach dem besten Freund oder der besten Freundin die zweitwichtigste Vertrauensperson. Mehr als die Hälfte der Jungen und Mädchen hatten ein Verhütungsgespräch mit ihren Eltern. Vor allem die Jugendlichen mit einer Hörbeeinträchtigung wurden von den Eltern über Verhütung aufgeklärt. Zwei Drittel der Mädchen mit Sehbeein-

trächtigung und jedes zweite körperbehinderte Mädchen wurde im Elternhaus beraten, bei den Jungen sind die Ergebnisse ähnlich.

Etwa ein Drittel der 15- bis 18-jährigen befragten Jugendlichen mit Behinderung hatte bereits Geschlechtsverkehr. Über vier Fünftel der Jugendlichen mit Behinderung haben beim ersten Mal verhütet, am häufigsten mit einem Kondom. Die wenigen Befragten, die beim ersten Geschlechtsverkehr nicht verhütet hatten, gaben als Gründe die Spontaneität der Situation an sowie Ängste, Kondome zu kaufen und das Thema Verhütung insgesamt anzusprechen.

Die Befragungsergebnisse zum Sexualwissen und Verhütungsverhalten zeigen viele Gemeinsamkeiten zwischen Jugendlichen mit und ohne Behinderung. Hierzu erklärt Prof. Dr. Elisabeth Pott, Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: „Jugendliche mit Behinderung haben ebenso einen Partner oder eine Partnerin und eine beste Freundin als Vertrauensperson. Sie verhüten beim ersten Mal ähnlich gut wie gleichaltrige nicht behinderte Jugendliche – und auch mehrheitlich mit Kondomen. Aber es werden auch Unterschiede deutlich. Bei der Frage nach dem generellen Verhütungsverhalten sind in der aktuellen Analyse Jugendliche ohne Behinderung achtsamer. So praktizieren zwei Drittel der Jugendlichen ein

sehr konsequentes Verhütungsverhalten, bei Jugendlichen mit Behinderung ist es nur die Hälfte. Hier besteht Handlungsbedarf, um junge Menschen mit Behinderung stärker in ihrer Verhütungs- und Handlungskompetenz zu unterstützen.“

Nach ihren Zukunftsperspektiven gefragt, stehen die berufliche Orientierung, eine eigene Wohnung und ein Partner oder eine Partnerin ganz oben. Bei der Frage nach einem späteren Kinderwunsch unterscheiden sich nichtbehinderte von behinderten Jugendlichen mit Beeinträchtigung. Mädchen ohne Behinderung haben einen sehr viel klareren zukünftigen Kinderwunsch als Mädchen mit Beeinträchtigung.

Ein sehr bedrückendes Bild ergibt sich bei dem Thema sexualisierte Gewalt: Jugendliche mit Behinderung sind hier deutlich häufiger Opfer sexueller Übergriffe. 14,2 Prozent der Befragten berichteten von einem versuchten Übergriff, doppelt so viele Mädchen wie Jungen. Jedes vierte Mädchen bestätigt Erfahrungen mit sexualisierter Gewalt, dabei insbesondere Mädchen mit einer Hörbeeinträchtigung.

Die Daten und Ergebnisse der Studie „Jugendsexualität und Behinderung“ sowie umfassende Studienergebnisse rund um das Thema Jugendsexualität stehen im Internet unter <http://www.forschung.sexualaufklaerung.de>

Red: ReH

RKI-Befragung von niedergelassenen Pädiater/innen zur Akzeptanz einer Meningokokken-B-Impfung

Kürzlich ist die Zulassung für den Meningokokken-B-Impfstoff Bexsero® für Europa erfolgt. In Vorbereitung auf eine mögliche Impfpflicht möchte das Robert Koch-Institut in Absprache mit der STIKO niedergelassene Pädiater/innen gerne zu deren Meinung bezüglich der Meningokokken-B-Impfung und ihrer möglichen Anwendung bei Kindern in Deutschland befragen. Eine Einschätzung aus Sicht der täglich impfenden Ärzte ist äußerst wertvoll für die STIKO, die aktuell die Evidenz zur Meningokokken-B-Impfung sammelt und bewertet.

Die Aussendung der Fragebögen mit portofreiem Rückumschlag an niedergelassene BVKJ-Mitglieder ist für November 2013 geplant. Der BVKJ unterstützt diese Befragung ausdrücklich, und wir würden uns über eine rege Beteiligung Ihrerseits freuen.

Dr. Anja Takla, RKI & Dr. Martin Terhardt, BVKJ

Vorsicht heiß!

Der bundesweite „Tag des brandverletzten Kindes“ am 7. Dezember steht in diesem Jahr unter dem Motto: „Vorsicht heiß!“. Kerzen, Backofentüren, Kaminofenscheiben und heiße Flüssigkeiten sind Gefahren für Kinder, die schwere Brandverletzungen zur Folge haben können. „Die Gefahr, die von Feuer und von heißen Gegenständen und Flächen ausgeht, können kleine Kinder noch nicht erkennen und einschätzen“, sagt Adelheid Gottwald, Vorsitzende von Paulinchen – Initiative für brandverletzte Kinder e.V. „Heiße Flächen und Flüssigkeiten sollten für kleine Kinder unerreichbar sein.“



Am „Tag des brandverletzten Kindes“ soll in diesem Jahr ein Schwerpunkt auf Brandschutzerziehung und Unfallgefahren gelegt werden.

In der Brandschutzerziehung im Kindergarten lernen Kinder unter anderem, wie man ein Streichholz richtig anzündet und wieder löscht. Vor allem Eltern sollten die

Gefahren im häuslichen Umfeld kennen und den Kindern erklären, was „heiß“ bedeutet.

Jedes Jahr werden allein in Deutschland mehr als 30.000 Kinder und Jugendliche mit thermischen Verletzungen ärztlich versorgt. Davon haben ca. 6.000 Kinder so schwere Verbrennungen oder Verbrühungen erlitten, dass sie stationär behandelt werden müssen. Knapp 80 Prozent aller thermischen Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen betreffen die Altersgruppe unter fünf Jahren.

Paulinchen – Initiative für brandverletzte Kinder e.V.:

Paulinchen e.V. berät und begleitet Familien mit brandverletzten Kindern in jeder Phase nach dem Unfall. Ein großes Kompetenznetzwerk steht zur Verfügung, so dass keine Frage rund um die thermische Verletzung im Kindesalter offen bleibt. Ziel ist es, für jedes brandverletzte Kind individuell die bestmögliche Versorgung zu erreichen. Mit verschiedenen Präventionskampagnen warnt Paulinchen e.V. vor den Gefahren durch heiße Flüssigkeiten und Flächen, sowie Feuer, Strom und Säuren.

Kontakt:

Paulinchen e.V., Adelheid Gottwald, Segeberger Chaussee 35,
22850 Norderstedt,
Tel.: 02102 135739
www.paulinchen.de
www.tag-des-brandverletzten-kindes.de
<http://www.infodienst.bzga.de>

Weiteres Infomaterial liegt dieser Ausgabe unserer Zeitschrift bei.

Red: ReH

Bluthochdruck im Kindesalter



Dr. Annette Rakenius¹

Bluthochdruck ist einer der bedeutendsten kardiovaskulären Risikofaktoren. Mittlerweile ist gut belegt, dass ein Bluthochdruck im Kindesalter im Erwachsenenalter fortbesteht. Die Studienlage zu dem Thema „Bluthochdruck im Kindesalter“ hat sich in den letzten Jahren deutlich verbessert. Der vorliegende Artikel fasst die aktuellen Empfehlungen deutscher [23] und internationaler Gesellschaften [8, 10] zusammen, um dem behandelnden Pädiater übersichtliche Algorithmen für Diagnostik und Therapie an die Hand zu geben.

Einleitung: Bluthochdruck bei Kindern ist ein vielfach unterschätztes Problem

Obwohl in allen Ländern die Prävalenz des arteriellen Hypertonus in den letzten Dekaden zugenommen hat, bleibt er unterdiagnostiziert [1]. So geht man aktuell davon aus, dass im angloamerikanischen Raum nur jeder 4. kindliche Patient mit Bluthochdruck identifiziert wird [2]. Da der arterielle Hypertonus einen relevanten Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen und die chronische Niereninsuffizienz darstellt, ist eine frühzeitige Diagnose wichtig. Der primäre (essentielle) Hypertonus beginnt schon im Kindesalter und nimmt danach stetig zu [3]. Tatsächlich lassen sich auch schon bei Kindern typische hypertensive Veränderungen in Gefäßen und Endorganen nachweisen. Diese reichen von einer verdickten Gefäßintima und -media bis hin zu einer manifesten linksventrikulären Hypertrophie [4, 5, 6]. Dauer und Schwere einer arteriellen Hypertonie stehen dabei mit dem Auftreten von Folgeerkrankungen in direktem Zusammenhang.

Anders als bei Erwachsenen werden bei Kindern für die Definition des Bluthochdrucks Perzentilen herangezogen. Wie bei den Erwachsenen wird die Prävalenz des Bluthochdrucks wesentlich durch seine Definition beeinflusst. Nach aktuellen Leitlinien besteht bei Kindern ein Hypertonus, wenn der Blutdruck dauerhaft oberhalb der 95. Perzentile liegt. Bei rund jedem 20. Kind wird mit dieser Definition ein zu hoher Blutdruck gemessen. Legt man die deutschen KiGGS-Perzentilen (Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert Koch-Instituts 2003–2006) zugrunde, in denen Kinder mit einem BMI > 90. Perzentile ausgeschlossen wurden, ist die Inzidenz

hypertensiver Messwerte höher als in älteren Definitionen. In einer großen aktuellen Studie konnte jedoch erneut gezeigt werden, dass bei Kontrollmessungen ein Bluthochdruck tatsächlich nur bei einem Teil der Kinder diagnostiziert wird [7]. Die tatsächliche Prävalenz des kindlichen Bluthochdrucks wurde in dieser Studie mit < 1 % beziffert. Insgesamt führten Anstieg des BMI und Bewegungsmangel über die vergangenen Jahre zu einem Anstieg der Prävalenz des Bluthochdrucks bei Kindern.

Definitionen: Wann ist der kindliche Blutdruck zu hoch?

Die wichtigsten Einflussgrößen auf den Blutdruck sind Geschlecht, Alter und Körperlänge. Um einen Blutdruck zu bewerten, muss anhand dieser Merkmale der Referenzwert aus den entsprechenden Tabellen zum Vergleich ausgewählt werden (Aktuelle Perzentilen über die Verfasserin zu erhalten). Wird mit einem automatischen Blutdruckmessgerät ein Blutdruck oberhalb der 90. Perzentile gemessen, wird eine auskultatorische Nachmessung zur Bestätigung des Ergebnisses empfohlen [8]. Zur Bestätigung der Diagnose sollte die Blutdruckmessung an drei unterschiedlichen Terminen wiederholt werden. Ausgenommen hiervon ist das Vorliegen einer symptomatischen oder einer schweren (Grad II) Hypertonie, bei der umgehend eine Diagnostik und Therapie eingeleitet wird.

Die Definition einer arteriellen Hypertonie ist erfüllt, wenn der Blutdruck dauerhaft über der 95. Perzentile für den systolischen und/oder diastolischen Wert liegt.

Tab. 1: Definition der Blutdruckgrenzen

	Systolischer und/oder diastolischer Blutdruck
Normal	< 90. Perzentile (Geschlecht, Alter, Länge)
Hochnormal	90.–95. Perzentile (Geschlecht, Alter, Länge) oder 120/80 mmHg bei Jugendlichen
Arterieller Hypertonus Grad I	>95.–99. Perzentile+5 mmHg (Geschlecht, Alter, Länge)
Arterieller Hypertonus Grad II	>99. Perzentile+5 mmHg (Geschlecht, Alter, Länge)

Der Bluthochdruck wird in verschiedene Schweregrade eingeteilt (Tab. 1). Fallen diastolischer und systolischer Blutdruck in unterschiedliche Schweregrade, gilt nach Definition die höhere Einstufung. Der Krankheitswert eines isoliert diastolischen Hypertonus ist bei Erwachsenen umstritten. Es konnte keine erhöhte kardiovaskuläre Mortalität bei Erwachsenen mit isoliert diastolischem Hypertonus gefunden werden, wenn deren Systole unter 135 mmHg lag [9]. Pädiatrische Daten liegen hierzu nicht vor.

¹ Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Pädiatrische Nieren-, Leber- und Stoffwechselerkrankungen
² Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Pädiatrische Kardiologie und Pädiatrische Intensivmedizin

Dr. Martin Kreuzer¹,
 Dr. Dagmar Hohmann²,
 Prof. Dr. Lars Pape¹

Die KiGGS Daten 2011 legen aktuelle Referenzwerte für Kinder in Deutschland im Alter von 3–17 Jahren vor. Durch den Ausschluss übergewichtiger Kinder wurde eine systematische Erhöhung der Blutdruck-Referenzwerte durch Übergewicht und Adipositas ausgeschlossen. Die KiGGS-Referenzwerte wurden mit einem validierten, oszillometrisch messenden Gerät bestimmt.

Die von der European Society of Hypertension (ESH) 2009 [10] verwendeten Perzentilen des „fourth report“ sind nur bedingt auf die deutsche Population übertragbar, insbesondere weil adipöse Kinder bei der Erhebung dieser Werte nicht ausgeschlossen wurden. Im Vergleich zu den Werten des „fourth reports“ finden sich für nahezu alle Kinder in den KiGGS Daten um einige mmHg niedrigere Blutdruckgrenzen [11].

Für Kinder unter 3 Jahren bieten sich die Werte des „fourth report“ weiterhin als Referenz an, da keine neueren europäischen oder deutschen Daten vorliegen. Die Daten lassen sich im Internet kostenlos herunterladen („Fourth report“: http://www.nhlbi.nih.gov/health/heart/hbp/hbp_ped.pdf und KiGGS: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/KiGGS_Referenzperzentile.pdf?_blob=publicationFile).

Bei wem sollte der Blutdruck gemessen werden?

Die europäischen und amerikanischen Richtlinien empfehlen, dass der Blutdruck ab dem Alter von drei Jahren (Zeitraum U7a) bei jeder ärztlichen Vorstellung gemessen werden sollte. Bei jüngeren Kindern sollte der Blutdruck bei Vorliegen von Risikofaktoren (Tab. 2) schon früher routinemäßig gemessen werden. Unabhängig von diesen Empfehlungen sollte der Blutdruck bei klinischen Verdachtsmomenten gemessen werden.

Richtige Technik:

Wie wird der Blutdruck gemessen?

Nach wie vor ist der auskultatorisch gemessene Blutdruck der Goldstandard des nicht-invasiv gemessenen Blutdrucks. Um ein valides Messergebnis zu erhalten, sollte der Patient mindestens 3–5 Minuten in Ruhe gesessen oder gelegen haben. Für die Wahl der Manschette gelten folgende Empfehlungen:

Referenzwert ist jeweils der Armumfang auf halber Strecke zwischen Akromion und Olekranon. Die Breite der Luftkammer der Manschette bedeckt 40 % des Armumfangs, ihre Länge bedeckt 80–100 % des Armumfangs.

Die Messung erfolgt am unbekleideten rechten Arm, im Rahmen der Initialdiagnostik – insbesondere bei kleinen Kindern – mindestens einmalig an allen 4 Extremitäten. Der Arm sollte zum Zeitpunkt der Messung in etwa auf Höhe des Herzens gelagert werden, der Oberarm entspannt sein.

Bei der auskultatorischen Messung sollte die Ablassgeschwindigkeit nicht zu schnell sein. Das Auftreten des Pulsgeräusches (Korotkoff I) entspricht dem systolischen, das vollständige Verschwinden des Pulsgeräusches

(Korotkoff V) dem diastolischen Blutdruck. Sollte das Pulsgeräusch nicht vollständig verschwinden, wird das deutliche leiser werden des Pulsierens (Korotkoff IV) ersatzweise zur Bestimmung des diastolischen Blutdrucks herangezogen.

In der Routine werden Messungen häufiger mit einem automatischen Blutdruckgerät durchgeführt. Es handelt es sich zumeist um oszillometrisch messende Geräte. Diese bestimmen aus den registrierten Pulsationen den Mitteldruck und errechnen über Algorithmen systolischen und diastolischen Blutdruck. Zwischen den oszillometrisch messenden Geräten bestehen teilweise erhebliche Unterschiede. Es sollten lediglich Geräte verwendet werden, deren Messgenauigkeit bestätigt wurde bzw. die für Kinder zertifiziert sind, z.B. durch die Deutsche Hochdruckliga. Die einfache Bedienung der Geräte macht sie insbesondere geeignet für nicht medizinisch geschulte Personen.

Verschiedene Blutdruckmessungen

Welchen Stellenwert haben häusliche Blutdruckmessungen?

Die regelmäßige häusliche Blutdruckmessung und deren Dokumentation sind auch beim pädiatrischen Patienten mit diagnostiziertem Bluthochdruck unverzichtbar. Die Werte korrelieren gut mit den durchschnittlichen Tagwerten einer Langzeitblutdruckmessung [12, 13]. Sie können einen „Praxishypertonus“ aufdecken und helfen, die Compliance einzuschätzen. Es sollten jedoch lediglich Geräte verordnet werden, die für Kinder validiert wurden; die Manschettenbreite muss ebenfalls individuell angepasst werden.

Blutdruckmessungen bei ambulanter Vorstellung

Die Blutdruckmessungen in der Praxis oder der Ambulanz sind den häuslichen Messungen häufig aufgrund der künstlichen Situation unterlegen. Es werden aufgrund der Aufregung des Kindes in der ungewohnten Situation häufig zu hohe Werte gemessen („Weißkittelhypertonus“). Trotzdem stellen die ambulanten Blutdruckmessungen die Basis für die Diagnosestellung des arteriellen Hypertonus dar.

Wann sollte eine Langzeitblutdruckmessung (24h-Ambulant Blood Pressure Monitoring = ABPM) erfolgen?

Die Langzeitblutdruckmessung identifiziert zuverlässig einen „Praxishypertonus“ oder einen maskierten Hypertonus, der sich erst außerhalb der Praxis manifestiert, und einen nächtlichen Hypertonus. Diese Formen des Bluthochdrucks sind mit einer erhöhten linksventrikulären Masse assoziiert [14, 15]. Das Fehlen des nächtlichen

Tab. 2: Indikation zur Blutdruckmessung

Alle Kinder ab 3 Jahren
Alle Kinder mit folgender Symptomatik:
– akute neurologische Symptomatik: Bewusstseinsstrübung, Krampfanfälle, Schwindel
– Kopfschmerzen, Epistaxis, Konzentrationsstörungen
Alle Kinder mit Erkrankungen, die mit Bluthochdruck assoziiert sind

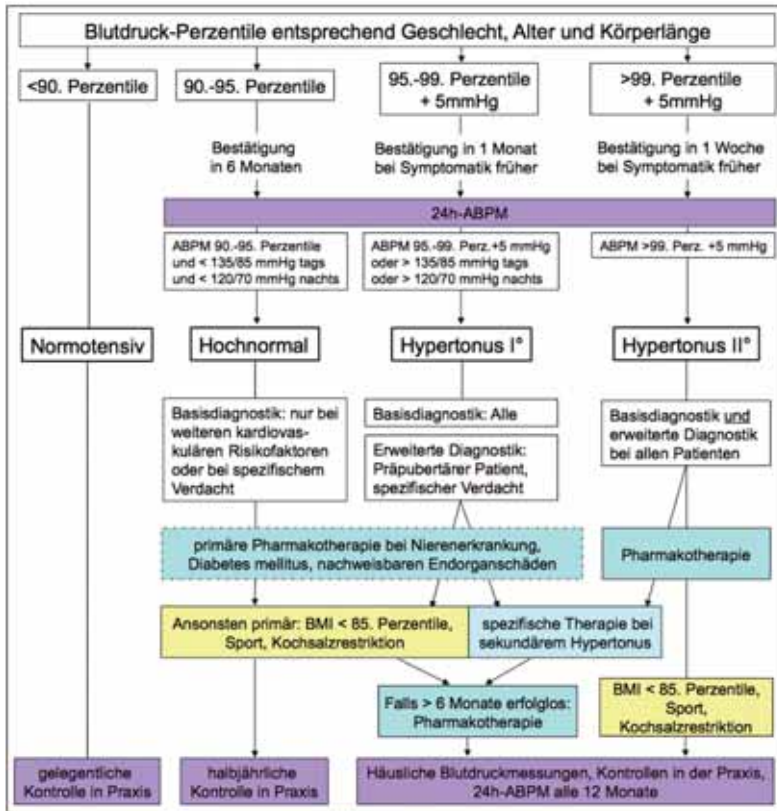


Abb. 1: Algorithmus Diagnostik und Therapie bei Bluthochdruck im Kindesalter, modifiziert nach [8, 10, 23]

Anamnese und klinischer Befund			
Schwangerschaft: Oligohydramnion, intrauterine Wachstumsverzögerung Geburt: neonatale Komplikation, Nabelarterienkatheter, intraventriculäre Hämorrhagie Vorerkrankungen (renal, kardial, endokrin, Rheuma) Medikamente Schlafanamnese Familienanamnese		Wachstum und Gedeihen, BMI Blutdruck an allen 4 Extremitäten Integument: Exantheme, Striae Syndromale Erkrankung? Pädiatrisch-internistischer Befund: Strömungsgeräusche? Intraabdominelle Raumforderung? Pubertätsstatus, Schwangerschaft?	
Labordiagnostik und apparative Diagnostik			
Ursachenforschung		Endorganschäden	kardiovaskuläre Risikofaktoren
Großes Blutbild Anämie (chronische Inflammation, Kollagenosen, renale Anämie etc.) Infektion, Hyperkortisolismus Natrium, Kalium Hyperaldosteronismus, eingeschränkte Nierenfunktion Calcium, Phosphat Hypercalciämie, Hyperparathyreoidismus (primär/sekundär) Kreatinin, Harnstoff Eingeschränkte Nierenfunktion TSH, fT4 Schilddrüsenfunktionsstörung	Urinstatus Harnwegsinfekt, Glomerulo-/Tubulopathie, interstielle Nephritis U-Kreatinin, U-Albumin, U-Alpha-1-Mikroglobulin Glomerulo-/Tubulopathie, interstielle Nephritis Sonographie der Nieren mit Dopplersonographie Hypo-/Dysplasien, Zysten, Narben, Aufweitung der ableitenden Harnwege, Nierenarterienstenose Echokardiographie Aortenisthmusstenose Augenarzt Hämangiomatose	Echokardiographie & EKG Linksventrikuläre Belastung oder Hypertrophie U-Kreatinin, U-Albumin Hypertensive Nephropathie Augenarzt Hypertensive Retinopathie	Glucose (nüchtern) Diabetes, gestörte Glucosetoleranz Lipidstatus (nüchtern): Triglyceride, Cholesterin, LDL-Cholesterin, HDL-Cholesterin Dyslipidämie

Abb. 2: Basisdiagnostik beim kindlichen arteriellen Hypertonus, modifiziert nach [8, 10, 23]

„dippings“ (Absenkung des nächtlichen systolischen Mittelwertes um mindestens 10 % des systolischen Mittelwertes) oder ein nächtlicher Bluthochdruck kommt insbesondere bei Patienten mit sekundärem Hypertonus vor [16]. Bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 lässt sich zudem gehäuft ein nächtlicher Hypertonus nachweisen, bevor eine Mikroalbuminurie auftritt [17]. Dementsprechend empfiehlt die Deutsche Fachgesellschaft für Diabetologie eine 24h-ABPM bei Diabetikern, sobald eine Mikroalbuminurie auftritt – oder wenn zweimalig in der Gelegenheitsmessung erhöhte Werte gefunden wurden.

Die 24h-ABPM sollte jeden Aktivitätszustand eines Kindes abbilden. Somit fallen die durchschnittlich am Tage erhobenen Werte höher aus, als jene, die nach 5 Minuten ruhigen Sitzens gemessen werden. Umgekehrt ist der Blutdruck eines schlafenden Kindes in der Nacht deutlich niedriger als derjenige, der beim wachen Kind in der Praxis gemessen wurde. Für die Interpretation der 24h-ABPM werden daher andere Referenzwerte herangezogen, als für die Einzelmessung. Entsprechende Werte wurden 2002 von Wühl et al. [18] publiziert. Der nicht unerhebliche Kosten- und Zeitaufwand, der durch die Bereithaltung der Geräte und Auswertung entsteht, führt dazu, dass die 24h-ABPM im Wesentlichen von Spezialisten (päd. Kardiologe, päd. Nephrologe) durchgeführt wird. Wann eine 24h-ABPM erfolgen sollte, ist in Tab. 3 zusammengefasst.

Diagnostik

Ist die Diagnose eines Bluthochdrucks gestellt, hat die weitere Diagnostik drei Ziele: Erstens müssen zugrunde liegende Erkrankungen ausgeschlossen oder diagnostiziert werden, zweitens sollten kardiovaskuläre Komorbiditäten und drittens bereits eingetretene Endorganschäden erfasst werden. Die Einstufung des Blutdrucks in die Kategorien „hochnormal“ und arterieller Hypertonus Grad I und II wird dabei von den amerikanischen Empfehlungen [8] genutzt, um Umfang und zeitlichen Rahmen der Diagnostik zu benennen (Abb. 1).

Basisdiagnostik

Die Diagnostik umfasst Anamnese, klinischen Befund und eine fokussierte Labordiagnostik: Blutuntersuchung, Urinuntersuchung, Sonographie der Nieren, kinder-kardiologische und augenärztliche Untersuchung (Abb. 2). Von der europäischen Gesellschaft ESH wird

Während der primären Diagnostik	– vor Beginn einer antihypertensiven Therapie – Diabetes mellitus Typ 1 – Z.n. Organtransplantation – V.a. Katecholamin sezernierenden Tumor
Nach Beginn der Therapie	– Therapiekontrolle (jährlich) – Therapieresistenter Hypertonus – Hypotensive Beschwerden

Tab. 3: Empfehlungen zur Durchführung einer 24h-ABPM, in Anlehnung an [10]

zudem eine Röntgenaufnahme des Thorax empfohlen, der nicht in die deutschen Leitlinien aufgenommen wurde.

Identifikation des sekundären arteriellen Hypertonus

Trotz der Zunahme des primären (idiopathischen oder „essentiellen“) Bluthochdrucks durch Änderung von Ernährung und Lebensstil im Kindes- und Jugendalter sollte immer an eine übergeordnete Pathologie, also einen sekundären arteriellen Hypertonus gedacht werden.

Indikatoren für das Vorliegen eines sekundären arteriellen Hypertonus sind:

- junges Alter bei Diagnosestellung
- schlanker Patient
- das Vorliegen einer schweren Hypertonie (Grad II)
- akutes Auftreten bei vorher normalen Werten
- Fehlen einer Nachtabsenkung
- therapierefraktärer Hypertonus
- Vorliegen von wegweisenden klinischen Symptomen

Tab. 4: Wegweisende Befunde in der Diagnostik des sekundären Hypertonus

Sekundärer Hypertonus	Typische Hinweise/Befunde	Mögliche Ursache
Renal	Oligohydramnion, mangelhaftes Wachstum und Gedeihen, Polyurie/-dipsie	Eingeschränkte Nierenfunktion z.B. Nieren(hypo)dysplasie
	rezidivierende Harnwegsinfekte, Enuresis, Flankenschmerzen	Fehlbildung der Nieren und ableitenden Harnwege
	vergrößerte Nieren	Glomerulonephritis, Interstitielle Nephritis, zystische Nierenerkrankungen (z.B. ARPKD, ADPKD), Wilms-Tumor
	Ödeme, Hämaturie	Glomerulonephritis
	Z.n. Nabelarterienkatheter, abdominelles Strömungsgeräusch, Verschlechterung der Nierenfunktion nach ACE-Hemmern oder AT1-Rezeptor Blockern	Nierenarterienstenose
Kardiovaskulär	Blutdruckdifferenz Arm>Bein, Claudicatio, Strömungsgeräusch dorsal paravertebral	Aortenisthmusstenose
Endokrin	Hitzeintoleranz, Tachykardie, Durchfall, Gedeihstörung, Struma	Hyperthyreose
	Stammbetonte Adipositas, Striae distensae rubrae	M. Cushing
	Virilisierung	Adrenogenitales Syndrom
	Flush-Symptomatik, paroxysmale Tachykardien, paroxysmale hypertensive Beschwerden, Gewichtsverlust, Tumor im Grenzstrangbereich	Katecholamin sezernierender Tumor: Phäochromozytom, Neuroblastom
Andere	Exantheme, Arthralgie/ Arthritis, Serositis	Rheumatische Erkrankungen, SLE, Kollagenosen
	Muskelschwäche	Hypokaliämie bei Hyperaldosteronismus
	Schwangerschaft	Gestose

Für das Vorliegen eines primären arteriellen Hypertonus spricht:

- postpubertäres Alter
- Übergewicht
- Grad I Hypertonus
- Positive Familienanamnese eines primären Hypertonus
- Intrauterine Wachstumsverzögerung, small for gestational age
- Schlaf-Apnoe-Syndrom

Die Ursachen eines sekundären Hypertonus variieren mit dem Alter bei Manifestation. In allen Altersgruppen sind Nierenerkrankungen die häufigste Ursache eines Bluthochdrucks. Bei Säuglingen und Kleinkindern liegt in 10–30 % der Fälle eine Aortenisthmusstenose vor. Endokrine Ursachen sind im frühen Kindesalter mit < 5 % vertreten [19]. Anamnese und klinischer Befund geben oft die entscheidenden Hinweise in der Diagnostik (Tab. 4). Eine sorgfältige Familienanamnese, die hereditäre Ursachen eines Bluthochdrucks abfragt (hereditäre Nierenerkrankungen, familiärer Hypertonus, endokrine Erkrankungen, Neurofibromatose etc.) ist ebenso wichtig wie eine eingehende Medikamentenanamnese, da etliche Substanzen den Blutdruck steigern können:

- Steroide
- Sympathomimetika (z.B. Bronchodilatoren, abschwellende Nasentropfen, Mydriatika)
- Nicht-steroidale Antiphlogistika
- Amphetamine und andere Stimulantien
- Ovulationshemmer
- Ciclosporin/Tacrolimus
- Drogen (z.B. Cocain)
- Lakritze

Der exzessive Lakritze-Konsum führt über eine Interferenz eines Stoffwechselprodukts mit dem Cortisol-Metabolismus zu einem arteriellen Hypertonus.

ADHS-Therapie und Hypertonus:
 Es ist umstritten, ob die medikamentöse Therapie des ADHS einen arteriellen Hypertonus auslösen kann. Klinische Studien zu diesem Thema sind leider rar. Meta-Analysen älterer Studien zeigten allenfalls einen Blutdruckanstieg < 5mmHg und vereinzelt höhere Blutdruckwerte in Subgruppenanalysen [20]. Eine neuere Studie an > 500 Kindern und über 10 Jahre zeigte keinen Einfluss der medikamentösen ADHS-Therapie auf den Blutdruck und einen geringen, aber statistisch signifikanten Einfluss auf die Pulsrate [21]. Nach der aktuellen Studienlage kann man nicht von einem generell erhöhten Risiko für Bluthochdruck durch die Therapie eines ADHS ausgehen. In Einzelfällen können aber unter einer Methylphenidattherapie deutlich erhöhte Blutdruckwerte auftreten.

Selten sind die syndromalen Erkrankungen, die mit bestimmten Formen des sekundären Hypertonus assoziiert sind. Hervorzuheben sind die chromosomalen Aberrationen, bei denen Aortenisthmusstenose oder Nierenfehlbildungen gehäuft vorkommen (Turner-Syndrom, Williams-Beuren-Syndrom u.a.). Bei den Phakomatosen

oder neuroektodermalen Syndromen (Neurofibromatose Typ 1, von Hippel-Lindau, Tuberöse Sklerose) handelt es sich um Blickdiagnosen, bei denen Phäochromozytome gehäuft vorkommen. Die Neurofibromatose Typ 1, Williams-Syndrom, Alagille-Syndrom und Marfan-Syndrom sind zudem gehäuft mit Nierenarterienstenosen durch eine fibromuskuläre Hyperplasie vergesellschaftet, so dass diesbezüglich eingehendere Untersuchungen sinnvoll sein können.

Erweiterte Diagnostik

Eine Erweiterung der Basisdiagnostik ist bei allen Patienten mit einem Hypertonus Grad II und allen vorpubertären Patienten mit einem Hypertonus Grad I indiziert. Der Umfang der erweiterten Diagnostik ist umstritten. Tabelle 5 führt die für die meisten Kinder empfohlenen Untersuchungen mit ihren Indikationen und Besonderheiten auf.

Stadiengerechte Therapie

Die Therapie beim Hypertonus stützt sich auf drei Säulen:

- Kausale Therapie bei sekundärem Hypertonus
- Nicht-medikamentöse Therapie
- Medikamentöse Therapie

Nicht-medikamentöse Therapie

Die nicht-medikamentöse Therapie zielt auf die verhaltenstechnisch beeinflussbaren Größen, die den Blutdruck erhöhen. Sie ist die Basis der blutdrucksenkenden Therapie bei allen Patienten.

- Übergewicht reduzieren: Als Ziel-BMI wird von der ESH ein BMI kleiner der 85. Perzentile empfohlen. Kinder, deren BMI zwischen 85. und 95. Perzentile liegt, sollten das Gewicht halten, um in einen BMI von kleiner 85. Perzentile hineinzuwachsen. Bei Jugendlichen, deren BMI über der 85. Perzentile liegt, und allen kleineren Kindern, deren BMI über der 95. Perzentile liegt, wird eine Gewichtsreduktion von 1–2 kg pro Monat angeraten. Dass diese Maßnahme äußerst effektiv ist, wird dadurch belegt, dass eine Reduktion des BMI um 10 % den Blutdruck um 8–12 mmHg senken lässt [8].
- Sport: Die deutschen Leitlinien empfehlen jeden Tag eine Stunde moderate bis intensive körperliche Aktivität. Bildschirmtätigkeiten sollten wegen der mangelnden Bewegung und häufig assoziierter Kalorienzufuhr reduziert werden.
- Ernährung: Für das Kindesalter gibt es keine belastbare Studienlage für eine besondere Diät. Zur Präven-

Ursache	Untersuchung	Risikopatienten	Kommentar
Nierenarterienstenose	Captopril-(DMSA/MAG3)-Szintigraphie	Extremer Bluthochdruck Bluthochdruck mit zerebraler Symptomatik	In der Hand des geübten Untersuchers hat bereits die Nieren-Dopplersonographie eine hohe Sensitivität und Spezifität. Die Captopril-Szintigraphie hat eine Sensitivität und Spezifität von ~ 50 bzw. 70 %, so dass sie nicht mehr empfohlen wird [26]. Für eine MR-Angio müssen kleine Kinder sediert werden, die CT-Angio führt zu einer Strahlenbelastung. Sie bieten sich bei Patienten an, bei denen der Verdacht auf eine Nierenarterienstenose besteht, ein Ultraschall aber nicht aussagekräftig durchgeführt werden kann. Kleinere Stenosen können aber von beiden Verfahren übersehen werden. Die DSA hat die höchste Sensitivität und Spezifität. Sie ist der Goldstandard zur Diagnosestellung und bietet die Möglichkeit einer Intervention.
	CT-Angio	Blutdruck, der mit zwei Medikamenten nicht kontrollierbar ist	
	MR-Angio	Z.n. Nabelarterienkatheter	
	Digitale Substraktions-Angiographie (DSA) ggf. mit Intervention	Hochwuchssyndrome, Neurofibromatose Typ 1, Williams-Beuren Syndrom, Tuberöse Sklerose, Vaskulitis, Z.n. Trauma	
Renin-Angiotensin-Aldosteron-System	Plasma-Renin-Aktivität Aldosteron	alle renoparenchymatösen Erkrankungen	Ein erhöhtes Renin findet sich ähnlich häufig bei primärem und sekundärem Hypertonus. Diese Patienten profitieren therapeutisch von ACE-Inhibitoren oder AT1-Rezeptor-Blockern, sofern keine Kontraindikationen vorliegen.
		positive Familienanamnese für früh manifestierenden und/oder schwer behandelbaren arteriellen Hypertonus	Ein niedriges/erniedrigtes Renin bei arteriellem Hypertonus ist verdächtig für eine monogenetische Ursache. Das adrenogenitale Syndrom gehört zu diesen Erkrankungen.
M. Cushing	basales Cortisol		Häufiger als der M. Cushing ist der iatrogen induzierte Cushing.
Adrenogenitales Syndrom	Steroide im Urin erniedrigtes basales Cortisol	ggf. Virilisierung, ausbleibende Pubertätsentwicklung	Oft liegt eine Hypokaliämie vor.
Phäochromozytom	Plasma-Metanephriene, Katecholamine im Sammelurin	Vegetative Symptomatik Risikoerkrankungen: Multiple endokrine Neoplasien, Neurofibromatose Typ 1, M. von Hippel Lindau	Die Plasmametanephriene haben eine höhere Sensitivität und Spezifität als die Katecholamine im Sammelurin. Zu beachten sind präanalytische Fehler (Probentransport!)

Tab. 5: Apparative und Labordiagnostik in der erweiterten Diagnostik

tion der Adipositas empfiehlt sich eine abwechslungsreiche, ballaststoffreiche Kost mit Obst und Gemüse. Zuckerhaltige Getränke und energy-drinks sollten vermieden werden. Die Kochsalzzufuhr sollte begrenzt werden. Gestillte Kinder weisen ein niedrigeres Risiko für die Entwicklung eines Bluthochdrucks auf.

- Nikotin: Rauchen und Passivrauchen erhöhen das Risiko für einen arteriellen Hypertonus.
- Ein obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom (OSAS) ist ebenfalls ein Risikofaktor für einen arteriellen Hypertonus, der vor allem übergewichtige Patienten betrifft. Hier muss HNO-ärztlich behandelt werden.

Leider sind die Lebensstiländerungen häufig nur schwierig und langsam umzusetzen, so dass parallel häufig mit einer medikamentösen Therapie begonnen werden muss.

Medikamentöse Therapie

Eine unmittelbare Indikation für Medikamente ergibt sich aus folgenden Gründen:

- Symptomatischer Hypertonus
- Hypertonus Grad II
- Nachweisbare Endorganschäden
- Vorhandensein weiterer kardiovaskulärer Risikofaktoren: Diabetes, Z.n. Organtransplantation etc.
- Unzureichender/ausbleibender Erfolg einer nicht-medikamentösen Therapie

Die Therapie lehnt sich an die Behandlungsstrategien bei den Erwachsenen an. Die Sicherheit und Effektivität der Medikamente wurde für Kinder in etlichen Studien nachgewiesen. Hauptsächlich finden Medikamente, die in das Angiotensin-Aldosteron-System (Angiotensin-Converter-Inhibitor (ACE-I) und Angiotensin-II Rezeptor-Blocker (ARB)) eingreifen sowie Betablocker, Calciumantagonisten und Diuretika Verwendung. Eine Berücksichtigung von Wirkungsweise und Nebenwirkungsprofil hilft bei der Wahl des geeigneten Medikamentes (Tab. 6). Dosierungsempfehlungen finden sich in Tab. 7. Für Ramipril gibt es keine Anwendungsempfehlung im Kindesalter. Die Verträglichkeit und Effektivität wurde bei Kindern in etlichen großen Studien belegt, so dass Ramipril als häufig angewendetes Medikament ebenfalls aufgeführt wird.

Zur Verbesserung der Compliance lohnt es sich die Therapie mit der niedrigst möglichen Dosis zu beginnen, damit die blutdrucksenkende Wirkung nicht als „Nebenwirkung“ fehlgedeutet und zum Grund für den Therapieabbruch wird. Dosissteigerungen sollten in einem Intervall von 4–6 Wochen erfolgen, bis entweder der Blutdruck im Zielbereich liegt, Nebenwirkungen auftreten oder die Maximaldosis erreicht ist [10]. Medikamente, die nur einmal am Tag eingenommen werden müssen, verbessern die Compliance. Bei stabiler Situation und höherem Alter können zur Steigerung der Adhärenz auch fixe Kombinationspräparate eingesetzt werden.

Therapieziele:

Diese unterscheiden sich nach Ursache und Begleiterkrankungen.

Allgemeines Ziel ist es, den Blutdruck dauerhaft in einen Bereich unter der 95. Perzentile (entsprechend dem Geschlecht, Alter und Körperlänge) zu senken. Patienten, die bereits Endorganschäden oder weitere kardiovaskuläre Risikofaktoren aufweisen, sollten in einen Bereich unter die 90. Perzentile gesenkt werden [10]. Patienten mit einer chronischen Nierenerkrankung profitieren von einer Absenkung des mittleren arteriellen Drucks auf die 75. Perzentile. Besteht zusätzlich eine Proteinurie wird die renale Prognose verbessert, wenn der mittlere arterielle Druck auf die 50. Perzentile gesenkt wird [22].

Therapieresistenz

Die Therapieresistenz ist definiert als unzureichende Einstellung des Blutdrucks trotz erfolgreicher Lebensstiländerung und einer Behandlung mit drei Antihypertensiva, von denen eines ein Diuretikum sein sollte. Ursachen für eine Therapieresistenz sind: sekundärer Hypertonus, Gewichtszunahme, relevantes obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, erhöhter Salzkonsum, ungenügende diuretische Therapie, Zunahme einer Niereninsuffizienz, ungenügende Therapiecompliance oder die Einnahme blutdrucksteigernder Medikamente.

Ausblick

In Zukunft werden neben der Auswertung der Langzeitverläufe die Validierung von Surrogatparametern und die medikamentöse Therapie beim kindlichen Hy-

Medikamentengruppe	Besondere Indikation	Kontraindikation / Indikationseinschränkung
ACE-Inhibitoren und AT1-Rezeptor-Blocker	Nierenerkrankungen insbesondere mit Proteinurie Diabetes mellitus Kardiomyopathie	Nierenarterienstenose (bilateral oder bei Einzelniere) Hyperkaliämie Schwangerschaft / unzuverlässige Antikonception
Beta-Blocker	Aortenisthmusstenose Herzinsuffizienz	Asthma bronchiale,
Calcium-Antagonisten	Nach Transplantation	Herzinsuffizienz
Diuretika	Niereninsuffizienz Herzinsuffizienz	
Spironolacton	Hyperaldosteronismus Herzinsuffizienz	Niereninsuffizienz Hyperkaliämie

Tab. 6: Auswahlkriterien zu Beginn einer antihypertensiven Medikation

Gruppe	Medikament	Startdosis	Maximal Tagesdosis	Gaben pro Tag	Darreichungsform
Angiotensinrezeptor-Blocker	Losartan Anwendungsempfehlung ab 6 Jahren (Fachinfo Stand 11/12)	0,75 mg/kg/d	1,4 mg/kg/d (bis 100 mg/d)	1	Lösung 2,5 mg/ml Tabletten 12,5/25/50/75/100 mg Tabletten sind z.T. suspendierbar* 12,5 mg Tablette <u>nicht</u> teilbar
	Valsartan Anwendungsempfehlung ab 6 Jahren (Fachinfo Stand 12/12)	<6 Jahre: 5–10 mg/d 6–17 Jahre: 1,3 mg/kg/d	<6 Jahre: 80 mg 6–17 Jahre: 2,7 mg/kg/d (bis 160 mg)	1	Lösung 3 mg/ml Tabletten 40/80/160/320 mg Tabletten sind z.T. suspendierbar* 40 mg Tablette z.T. teilbar*
ACE-Hemmer	Captopril Anwendung: nicht eingeschränkt (Fachinfo Stand 11/12)	0–12 Monate 0,15 mg/kg/d > 1 Jahr: 0,3–0,5 mg/kg/d	0,6 mg/kg/d (bis 150 mg/d)	2–3	Tabletten 12,5/25/50/100 mg Tabletten sind z.T. suspendierbar* 12,5 mg Tablette z.T. teilbar*
	Enalapril Anwendungsbeschränkung: Neugeborene (Fachinfo Stand 11/12)	0,08 mg/kg/d	0,6 mg/kg/d (bis 40 mg/d)	1–2	Tabletten 2,5/5/10 mg Tabletten sind z.T. suspendierbar* 2,5 mg Tablette z.T. teilbar*
	Lisinopril Anwendungsempfehlung ab 6 Jahren (Fachinfo Stand 12/12)	0,07 mg/kg/d	0,6 mg/kg/d (bis 40 mg/d)	1	Tabletten 2,5/5/10/20/30/40 mg Tabletten sind z.T. suspendierbar* 2,5 mg Tablette z.T. teilbar*
	Ramipril keine Anwendungsempfehlung für Kinder, Sicherheit ab 2. Lbj. bestätigt (Fachinfo Stand 08/12)	1,25 mg/m ² KOF/d	6 mg/m ² KOF/d (bis 10 mg/d)	1	Tabletten 2,5/5/7,5/10 mg Tabletten sind z.T. suspendierbar* 2,5 mg Tablette z.T. teilbar*
Beta-Blocker	Metoprolol Nach Fachinfo: bei Kindern nicht empfohlen (Stand 10/12). In den deutschen und europäischen Leitlinien empfohlen.	1–2 mg/kg/d	6 mg/kg/d (bis 200 mg/d)	2	Tabletten 23,75/47,5/95 mg Tabletten sind z.T. suspendierbar* 23,75 mg Tablette z.T. teilbar*
Calcium-Antagonisten	Amlodipin Anwendungsempfehlung ab 6 Jahren (Fachinfo Stand 05/13)	0,06 mg/kg/d	0,3 mg/kg/d (bis 10 mg/d)	1	Tabletten 5/7,5/10 mg Tabletten sind z.T. suspendierbar* 5 mg Tablette z.T. teilbar*
Alpha-2-Agonist (zentral wirksam)	Clonidin Anwendungsempfehlung ab 50 kg (Fachinfo Stand 04/12)	5–20 µg/kg/d	25 µg/kg/d (bis 0,9 mg/d)	1–2	Tabletten 75/150 µg Tabletten sind z.T. suspendierbar* 75 µg Tablette z.T. teilbar*
Diuretika	Furosemid Anwendungsbeschränkung nur bei Frühgeborenen (Fachinfo Stand 02/11)	0,5–2 mg/kg/Dosis	6 mg/kg/d	1–2	Lösung 10 mg/ml Tabletten 20/40/80 mg Tabletten sind z.T. suspendierbar* 20 mg Tablette z.T. teilbar*
Vasodilatator	Minoxidil Anwendungsbeschränkung: bei Kindern bis 12 Jahren nur bei schwerem Hypertonus (Fachinfo Stand 07/12)	0,1–0,2 mg/kg/d	1 mg/kg/d (bis 50 mg/d)	2–3	Tabletten 2,5/10 mg Tabletten sind z.T. suspendierbar* 2,5 mg Tablette z.T. teilbar*

*siehe Fachinfo

Tab. 7: Auswahl an Antihypertensiva bei Kindern (aktuelle Rote Liste, Fachinformationen und [10, 22, 23, 24]) mit den für den Pädiater relevanten Darreichungsformen

pertonus im Fokus der Forschung stehen. Ziel ist es, bereits im Kindesalter die kardiovaskulären Spätfolgen des arteriellen Hypertonus nachhaltig zu reduzieren. Den Kinderärzten kommt hierbei eine entscheidende Bedeutung zu: Sie sehen die Kinder zu den Vorsorgeuntersuchungen und haben daher eine Schlüsselfunktion zu einer frühzeitigen Diagnose. Sie haben die Möglichkeit, Kinder schon im asymptomatischen Intervall zu diagnostizieren. Da der sekundäre Bluthochdruck im Kindesalter häufiger vorkommt als im Erwachsenenalter, stehen auch hier die frühzeitige Diagnose und Therapie des Kinderarztes im Vordergrund. Außerdem besteht der arterielle Hypertonus in der Regel im Erwachsenenalter

fort, so dass der Pädiater durch seine Diagnostik und Therapie kardiovaskuläre Langzeitschäden vermindern und die Prognose für den betroffenen Patienten deutlich verbessern kann.

Literatur und Perzentilen bei der Verfasserin.

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzadresse:

Dr. Annette Rakenius
Klinik für Pädiatrische Nieren-, Leber- und Stoffwechselerkrankungen – Medizinische Hochschule
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover
Tel. 0511 / 5304817
E-Mail: Rakenius.Annette@mh-hannover.de

Red.: Christen

Verbrennungen und Verbrühungen im Kindesalter

Thermische Verletzungen sind häufige Unfälle im Kindesalter, insbesondere in der Entdeckerphase, in der Kinder erkunden, laufen lernen, nach Sachen greifen oder daran ziehen. So sind im Kindesalter etwa 2/3 der Patienten jünger als 3 Jahre. Wie bei den meisten Unfällen überwiegt das männliche Geschlecht. In der großen Mehrzahl der Fälle handelt es sich um Verbrühungen, danach folgen die Kontaktverbrennungen und die Feuerverletzungen, die im Jugendlichenalter zunehmen (Abb. 1).



Dr. med. Ingo Königs

Erstversorgung

In der Erstversorgung hat die Kühlung nach Rettung des Kindes aus dem Gefahrenbereich und der Sicherung des Vitalfunktionen weiterhin einen Stellenwert. Es sollte bei kleinflächigen Verletzungen innerhalb der ersten 30 Minuten die Kühlung der entsprechenden Körperstelle mit lauwarmen Wasser ($> 15^{\circ}\text{C}$) für max. 10-15 Minuten erfolgen. Man muss aber penibel darauf achten, eine Hypothermie zu vermeiden, da diese eine Steigerung der Letalität zur Folge hat (1-3). Kinder mit großflächigen Verbrennungen $> 15\%$ der Körperoberfläche, Säuglinge und Neugeborene sowie intubierte und beatmete Kinder sollten nicht gekühlt werden. Darüber hinaus ist eine adäquate Analgesie und ggf. Sedierung essentiell.

Die Wunden sollten wenn möglich steril eingepackt werden und eine ärztliche Vorstellung zur weiteren Versorgung erfolgen. Alte „Hausmittelchen“ wie Mehl, Zahnpasta oder Urin haben in Lokalthherapie keinerlei Stellenwert, verschmutzen die Wunde und schaden dem Kind.

In der Notfallsituation kann bei schwierigen venösen Verhältnissen auf die Anlage eines venösen Zuganges verzichtet werden, wenn die betroffene Körperoberfläche 10 % nicht überschreitet und eine entsprechende Klinik innerhalb von 30 Minuten erreicht werden kann (Konsens AWMF-Leitlinie, 4). Jedoch muss auch ohne einen

venösen Zugang eine adäquate, insbesondere analgetische Behandlung gewährleistet sein. Zur Schmerztherapie kann z.B. Ketamin auch rektal verabreicht werden. Eine Übersicht der meist in der Akutversorgung benutzten Analgetika/Sedativa gibt Abbildung 2.

Dosisempfehlungen:

Ketamin:	2–4 mg/kg KG i.v./intraossär
Ketamin:	10 mg/kg KG rektal
Ketamin S:	1,5–3 mg/kg KG i.v./intraossär
Fentanyl:	0,001–0,01 mg/kg KG i.v.
Piritramid:	0,05–0,1 mg/kg KG i.v.
Midazolam:	0,05–0,1–(0,2) mg/kg KG i.v.
Midazolam:	0,3–0,5 mg/kg KG rektal

Abb. 2: Dosisempfehlung für Analgetika/Sedativa modifiziert nach der AWMF-Leitlinie „Thermische Verletzungen im Kindesalter“

(Fassung 01.01.2009 – aktuell in Überarbeitung)

Brandverletzte Kinder sollten in einer spezialisierten Einrichtung (mit-)betreut werden, insbesondere dann, wenn das Ausmaß der Verletzung größer ist, das Kind besonders klein ist oder eine problematische Körperstelle wie z.B. Kopf, Hand und Genitale betroffen sind. Bei kleinen Verletzungen und größeren Kindern kann dies auch ambulant geschehen. Eine Richtlinie dazu gibt die Abbildung 3.

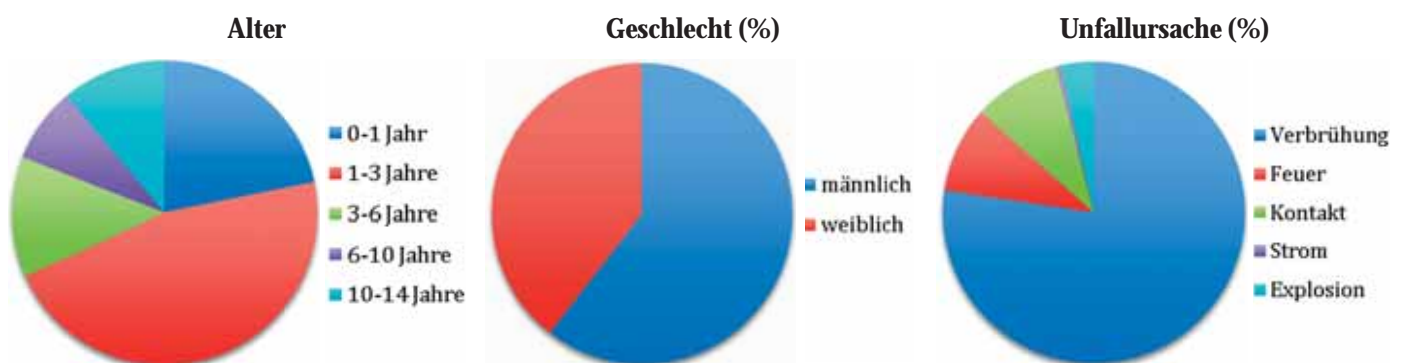


Abb. 1: Basisdaten brandverletzter Kinder 2012, Datenerhebung des Arbeitskreises „Das schwerbrandverletzte Kind“

(I. Königs)

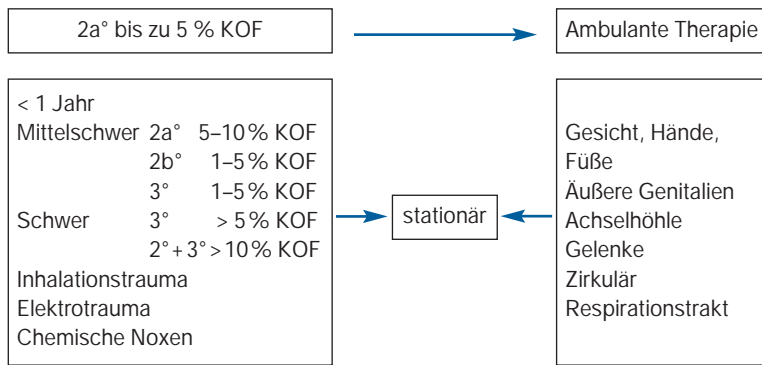


Abb. 3: Empfehlung zur stationären Aufnahme in einer spezialisierten Klinik modifiziert nach der AWMF-Leitlinie

Die Einschätzung der Fläche und der Tiefe der Verletzung erfordert einige Erfahrung. Bei Kindern existiert auf Grund der wechselnden Körperproportionen kein einheitliches Schema zur Bestimmung der betroffenen Körperoberfläche. Die bei Erwachsenen verwendete 9er-Regel nach Wallace findet im Kindesalter keine Anwendung. Eine gute Hilfe zur Festlegung der betroffenen Fläche ist die alterabhängige schematische Bestimmung nach Lund und Bowder. Prinzipiell entspricht altersunabhängig die Fläche einer Hand des Kindes einem Prozents des gesamten Körperoberfläche (Abb. 4).

Bei der Ermittlung der Körperoberfläche wird in der Regel die betroffene Körperoberfläche überschätzt. Eine Untersuchung (5), bei der Experten für Brandverletzungen aus Fotos die betroffene Oberfläche ermitteln sollten, zeigte eine teils zweifache Überschätzung der Größe des eigentlich betroffenen Areals. Bei schwerbrandverletzten besteht damit die Gefahr der Überinfusion bis hin zu intestinalen Kompartiment-Syndromen (6), da in der Akutphase in der Regel die infundierte Flüssigkeitsmenge aus der ermittelten Körperoberfläche bestimmt wird. In vielen Zentren wird daher nach der Akutversorgung rasch eine ausfuhrkontrollierte Infusionstherapie durchgeführt (Urinmenge in ml/h/kgKG bzw. bei kleinflächigen

geren Verletzungen nach spezifischem Gewicht des Urins).

Neben der Bestimmung der betroffenen Körperoberfläche stellt die Einschätzung der Tiefe die zweite Herausforderung dar. Einige klinische Kriterien für die Tiefenbestimmung sind in Abbildung 5 aufgeführt.

Insbesondere die frühzeitige Tiefen-Prognose bei Verbürhungen stellt sich schwieriger dar, da sich die Areale z.T. erst im Verlauf demaskieren. Eine instrumentelle Ermittlung der Tiefe ermöglicht ein Laserdopplerverfahren, bei dem sich die Tiefe meist frühzeitig abschätzen lässt (z.B. moorLDI2® Moor Instruments, easyLDI® Ai-

Einteilung	Tiefe	Klinik
Grad 1	Epidermal	Rötung; Schwellung; starker Schmerz; intaktes Epithel
Grad 2a	Oberflächlich dermal	Blasenbildung; feuchter hyperämischer Wundgrund; prompte Rekapillarisation; Hautanhangsgebilde intakt; starker Schmerz
Grad 2b	Tief dermal, Haarfollikel und Schweißdrüsenausführungsgänge mitbetroffen und teilweise zerstört	Fetzenförmige Epidermolyse; Blasenbildung; weißlicher, feuchter Wundgrund; gestörte Rekapillarisation; Hautanhangsgebilde partiell vorhanden; mäßiger Schmerz
Grad 3	Komplett dermal	Trockene, weiße, elfenbeinfarbige Hautnekrose bis hin zur Verkohlung; Verlust von Hautanhangsgebilden; keine Schmerzen

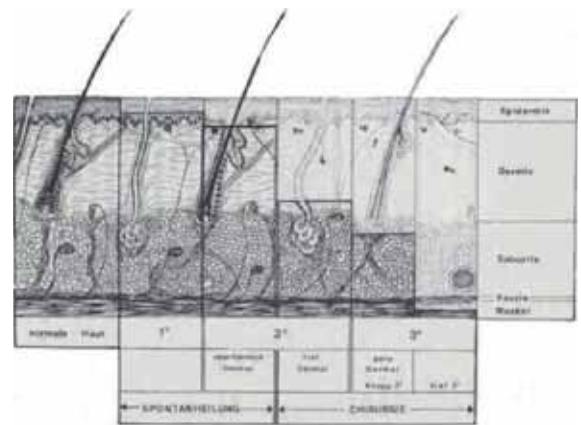
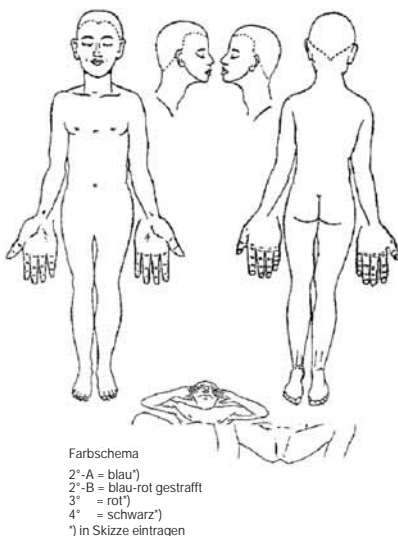


Abb. 5: Gradeinteilung der Verletzungstiefe, klinisch und schematisch (AWMF Leitlinie)



Verbrennung	1 Jahr	1-4 Jahre	5-9 Jahre	10-14 Jahre	15 Jahre	Erwachsene	Grad 2a	Grad 2b	Grad 3
Kopf	19	17	13	11	9	7			
Hals	2	2	2	2	2	2			
Rumpf (vorne)	13	13	13	13	13	13			
Rumpf (hinten)	13	13	13	13	13	13			
Gesäßhälfte rechts	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5			
Gesäßhälfte links	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5			
Genitalien	1	1	1	1	1	1			
Oberarm rechts	4	4	4	4	4	4			
Oberarm links	4	4	4	4	4	4			
Unterarm rechts	3	3	3	3	3	3			
Unterarm links	3	3	3	3	3	3			
Hand rechts	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5			
Hand links	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5			
Oberschenkel rechts	5,5	6,5	8	8,5	9	9,5			
Oberschenkel links	5,5	6,5	8	8,5	9	9,5			
Unterschenkel rechts	5	5	5,5	6	6,5	7			
Unterschenkel links	5	5	5,5	6	6,5	7			
Fuß rechts	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5			
Fuß links	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5			
Summe:									
Gesamtverbrennung									

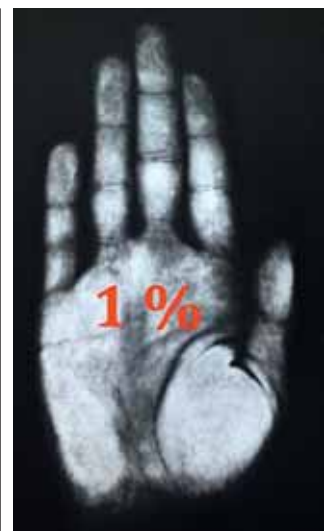


Abb. 4: Schematische Darstellung zur Ermittlung der betroffenen Körperoberfläche nach Lund und Bowder (AWMF-Leitlinie), Handfläche entspricht 1 % Körperoberfläche

(Grafik Hand: I. Königs)



Abb. 6: Auffälliges strumpfförmiges Verteilungsmuster (hier jedoch akzidentiell) Fotos: I. Königs

mago). Die Geräte für dieses Verfahren sind sehr teuer und nur in wenigen Zentren vorhanden, sodass meist das klinische Bild entscheidend ist.

Neben der Tiefe und der Ausdehnung ist auch die Lokalisation ein wichtiges Kriterium, insbesondere sofern es sich um zirkuläre und tiefe Befunde handelt. Der einengende Verbrennungsschorf führt zusammen mit dem sich bildenden Ödem zu einem Kompartiment. Dies bedingt eine Störung der Perfusion mit Gewebs- und Nervenschädigungen. Diese lassen sich durch eine rechtzeitige Escharotomie vermeiden.

Eine besondere Form der zirkulären Befunde sind handschuh- oder sockenförmige Verletzungen (Abb. 6). Bei glattem Rand und fehlenden „Spritzern“ in der Umgebung sind diese verdächtig auf einen nicht-akzidentiellen Unfall im Sinne einer Tauchverletzung. In diesen Fäl-

len ist besondere Vorsicht geboten, um eine etwaig vorliegende Kindesmisshandlung zu detektieren.

Lokalthherapie

Bei der Primärversorgung sollte ein Debridement mit einer vollständigen Blasenabtragung erfolgen. Die Verbandswahl ist auf Grund der Vielzahl der angebotenen Produkte schwierig. Der Verband für Kinder sollte ein gutes Flüssigkeitsmanagement ermöglichen, eine antibakterielle Wirkung haben, leicht und schmerzarm zu applizieren und zu wechseln sein und wenn möglich länger auf der Wunde verbleiben können, damit die Anzahl der manchmal traumatisierenden Verbandswechsel reduziert werden kann. Häufig werden Salbenverbände mit Silbersulfadiazin (Flammazine®) oder Lavanid-Wundgel® angelegt, welche im Verlauf täglich gewechselt werden müssen. Zudem bilden sich bei der Therapie mit Silbersulfadiazin nicht selten Pseudomembranen, was die Einschätzung, insbesondere bei weniger erfahrenen Beurteilern, zusätzlich erschwert.

Ein häufig verwendetes Verbandssystem bei kindlichen thermischen Verletzungen sind Polyurethanschaumstoffverbände mit Silber (z.B. MepilexAg®). Diese haben eine gute Flüssigkeitsabsorption und weisen durch den Silbergehalt eine gute antibakterielle Wirkung auf. Die Verbände können produktabhängig bis zu 7 Tagen belassen werden, in der Akuttherapie sollten die Verbände jedoch zur Beurteilung der Wunde nach 3-4 Tagen gewechselt werden. In der heutigen Zeit ist man zunehmend auch auf eine Ausgabenkontrolle angewiesen, sodass auch der Preis nicht selten eine Rolle bei der Auswahl des Verbandsstoffes spielt. In Abbildung 7 sind die Kosten für einen Verbandswechsel eines 10 x 10 cm Areal, ermittelt nach den Preisangaben der günstigsten Internetapotheken, aufgeführt. Bei kürzeren Intervallen der Verbandswechsel steigen abhängig von der Anzahl dementsprechend die Kosten.

Eine bei kindlichen Verbrühungen häufig angewendete spezielle Wundaufgabe ist Suprathel®. Dabei handelt es sich um ein Lacto-capromer, welches hauptsächlich aus Polymilchsäure besteht. Es schafft ein für die Heilung günstiges Wundmilieu und schützt vor Infektionen.

Suprathel® eignet sich gut zur Versorgung der häufig vorkommenden gemischt zweitgradigen (a und b) Verletzungen (7). Darunter kommt es bei erhaltener Basalmembran in der Regel zu einer guten Abheilung. Die Auflage löst sich bei erfolgreicher Anwendung von den epithelialisierten Flächen ab. Die Auflage von Suprathel® erfolgt meist abhängig vom Befund beim 1. oder 2. Verbandswechsel (Abb. 8), manchmal auch in der Primärversorgung.

Die Verbandswechsel sind in der Regel sehr atraumatisch und kinderfreundlich und ohne Sedation durchzuführen, da bei gut anhaltender Wundaufgabe im Rahmen eines trockenen Verbandswechsels nur der Sekundärverband erneuert wird und kein direkter (schmerzhafter) Kontakt mit der Wunde besteht. Das Suprathel hebt sich von den abgeheilten Anteilen ab und kann dann bei den Verbandswechseln gekürzt werden.

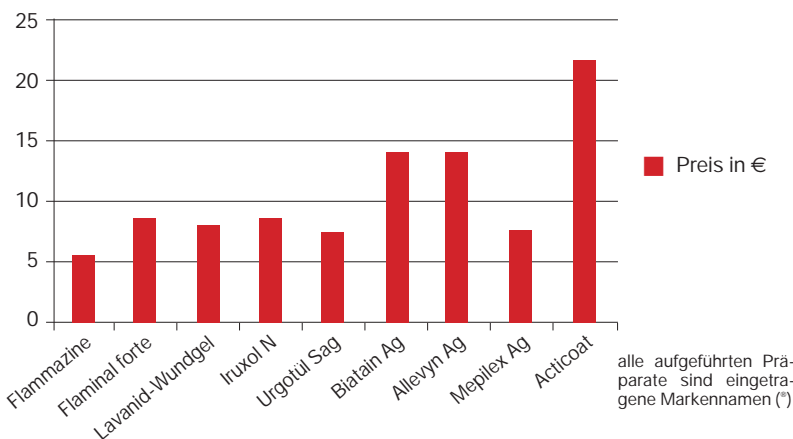


Abb. 7: Kalkulierte Kosten verschiedener bei kindlichen thermischen Verletzungen gebräuchlicher Verbände für ein 10 x 10 cm großes Areal pro Verbandswechsel (Preise: günstigster Preis Internetapotheken)



Abb. 8: Debridiertes Areal 5. Tag nach Verbrühung (a), Supratheraufflege (b), Fettgazeverband (c), trockene reizlose Supratheraufflege 3 Tage nach Auflage (d), Wunde im Verlauf (e, f)

Fotos: I. Königs

Bei III° Arealen und ausschließlich II b° Arealen ist weiterhin eine operative Therapie im Sinne einer Spalthauttransplantation notwendig. Eine bevorzugte Entnahmestelle bei Kindern ist die behaarte Kopfhaut (Abb. 9), da die Entnahmestelle meist nicht ersichtlich ist. Bei ordnungsgemäßer Entnahme ist das Risiko einer Alopezie extrem gering (8,9). Nach entsprechender Regeneration (etwa 14 Tage) ist eine zweite Entnahme gut möglich. Die Entnahmedicke der Spalthaut bei Kindern ist 0,1 bis max. 0,3 mm. Das Empfängerareal ist mittels einer Nekrektomie von dem avitalen Gewebe zu befreien. Bei kleinflächigeren Transplantationen (bis 15–20% KOF) sollte zu Gunsten des besseren kosmetischen Ergebnisses

die Transplantation ungemesht erfolgen (Abb. 10). Der Transplantationszeitpunkt ist bei Verbrühungen Tag 9–12, bei Verbrennungen Tag 3–5.

Beide Verfahren können auch kombiniert angewandt werden. Kommen Areale auf Grund ihrer Tiefe nicht mit Supratherel® zur Ausheilung, werden sie dann im Verlauf transplantiert (Abb. 11).

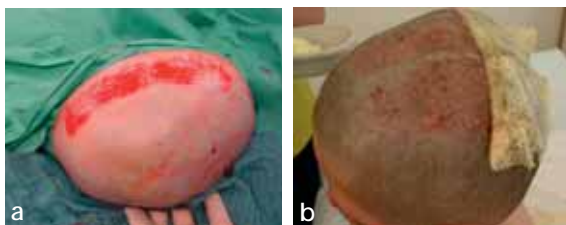


Abb. 9: Spalthautentnahme Kopf (a), 1 Woche nach Entnahme (b)

Fotos: I. Königs

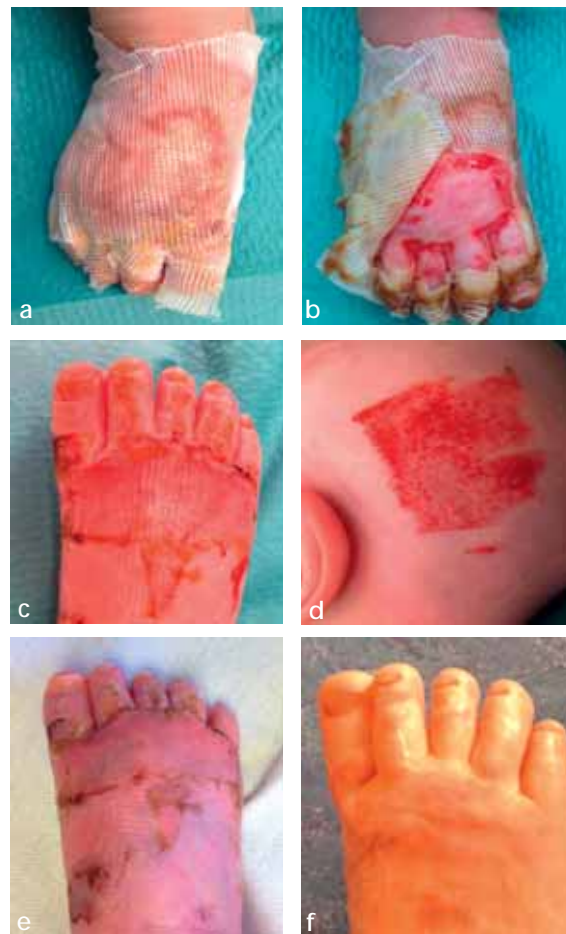


Abb. 11: 2 Tage nach Supratheraufflege (a), in tiefem Areal ausbleibende Heilung (b), Spalthaut-transplantation (c), Entnahme parieto-occipital im Bereich der behaarten Kopfhaut (d), 6 Tage nach Transplantation (e), 3 Monate nach Transplantation (f)

Fotos: I. Königs

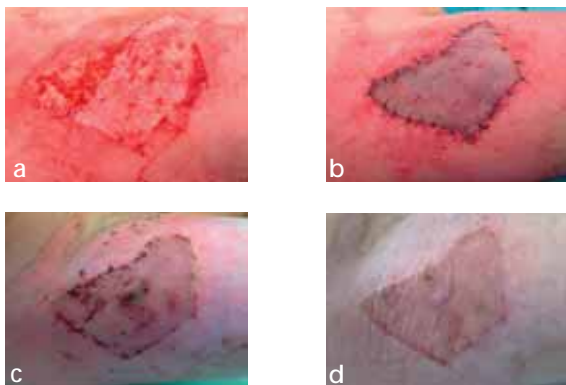


Abb. 10: Tangential nekrektomiertes IIb°-/III°-Areal (a), ungemeshte Spalthaut (b), 1 Woche postoperativ mit gutem Take und kleinem zentralem Hämatom (c), 4 Wochen postoperativ (d)

Fotos: I. Königs

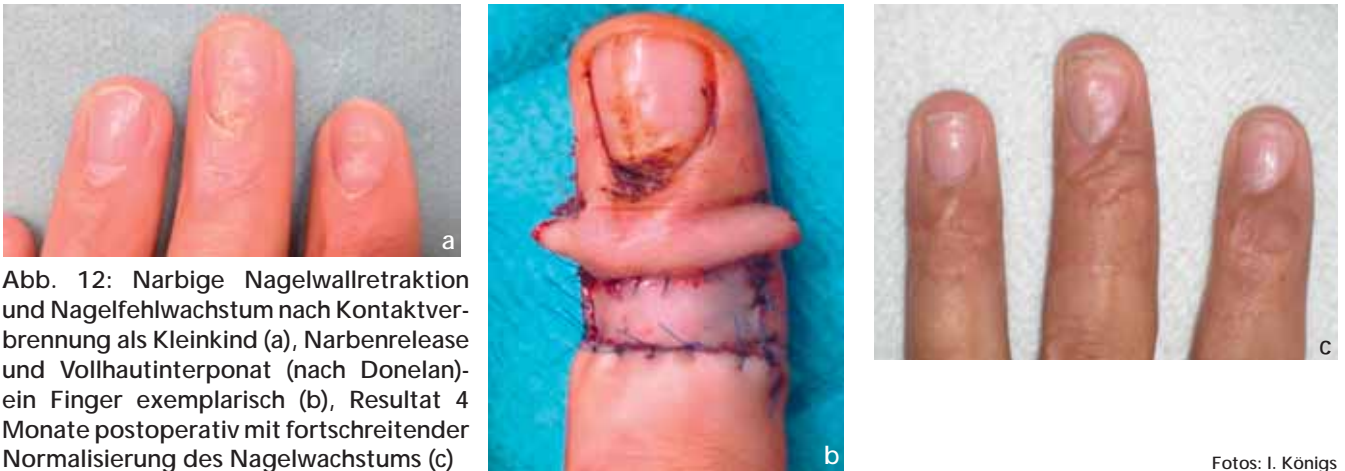


Abb. 12: Narbige Nagelwallretraktion und Nagelfehlwachstum nach Kontaktverbrennung als Kleinkind (a), Narbenrelease und Vollhautinterponat (nach Donelan)-ein Finger exemplarisch (b), Resultat 4 Monate postoperativ mit fortschreitender Normalisierung des Nagelwachstums (c)

Fotos: I. Königs

Nachsorge

Ebenso wichtig wie die bestmögliche Durchführung der Operation ist eine konsequente und stringente Nachsorge in speziellen multidisziplinären Verbrennungssprechstunden. Neben dem betreuenden Verbrennungschirurgen sollten dort Bandagisten, Physio-/Ergotherapeuten und bei Bedarf Sozialarbeiter und Psychologen involviert und wenn möglich vor Ort sein. Der wichtigste Aspekt in der Nachsorge ist die regelmäßige Salbentherapie (z.B. mit panthenolhaltigen Salben), um die Areale weich und geschmeidig zu machen.

Nach Transplantation oder langer Spontanheilung tiefer Defekte bilden sich häufig narbige Hypertrophien. Aus diesem Grund wird nach Transplantationen und auch im Bereich von narbigen Hypertrophien nach verzögerter Spontanheilung in der Regel eine Kompressionstherapie durchgeführt. Weitere regelmäßig eingesetzte Hilfsmittel sind Silikonauflagen und Lagerungsschienen. Nach thermischen Verletzungen sollten die Areale in den ersten 1–2 Jahren ausgiebigst vor Sonne geschützt werden.

Bilden sich narbige Züge aus, die zu einer Bewegungseinschränkung führen, sollten diese zeitnah korrigiert werden. Neben lokalen Narbenplastiken (z.B. Z-Plastiken, lokalen kleineren Verschiebe-/Rotationsplastiken)

werden Narben häufig mit einem Narbenrelease mit nachfolgender Defektdeckung mit Vollhaut korrigiert (Beispiel Abb. 12). Die Vollhaut kann bei kleinflächigen Befunden retroaurikulär entnommen werden, bei Bedarf von größeren Arealen eignen sich Areale ohne Haarwuchs in nicht gut einsehbaren Körperregionen (z.B. Oberarminnenseite).

Bei größerflächigen Defekten lassen sich unter Zuhilfenahme von Dermis-Ersatzstoffen (Integra®) und späterer Spalthauttransplantation kosmetisch und funktionell gute Ergebnisse erreichen (10). Ebenso lassen sich Expanderverfahren zur Narbenkorrektur gut anwenden (Abb. 13). Neben den klassischen Expandern kommen ebenso Osmoseexpander („selbstfüllend“) zum Einsatz (11).

Die beste „Behandlung“ einer Verbrennung oder Verbrühung ist jedoch die Prävention.

Deshalb sollte eine wichtige zusätzliche Aufgabe für alle in der Behandlung von Kindern mit thermischen Verletzungen involvierten Menschen die Aufklärung und die Prävention sein. Dazu gehören auch informative Gespräche z.B. im Rahmen der U-Untersuchungen.

Eine wichtige Stütze für viele Familien mit brandverletzten Kindern ist Paulinchen e.V. Dies ist eine Initiative für brandverletzte Kinder, die neben der Prä-



Abb. 13: Z.n. Verbrennung des Kopfes im Säuglingsalter mit narbiger Alopezie (a), Expanderimplantation (klassisch) und Füllung (b), intraoperativer Befund bei Expanderexplantation und Lappenplastik (c), postoperatives Resultat (d)

(Fotos C. Schiestl (Zürich)/I. Königs)

vention (Abb. 14) auch den Familien von der Akutphase bis ins Erwachsenenalter bei Bedarf mit Rat und Tat zur Seite steht. Neben einer kostenlosen 24h-Hotline, der Bereitstellung von kostenlosem Informationsmaterial und zahlreichen Präventionskampagnen (www.paulinchen.de), wird jährlich mit vielen Aktionen in Kliniken und anderen Einrichtungen am 07.12. der Tag des brandverletzten Kindes begangen. Dabei werden Kinder, Eltern und Erzieher auf die Gefahren von thermischen Verletzungen hingewiesen, aber auch die schwerwiegenden Folgen und die Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt.

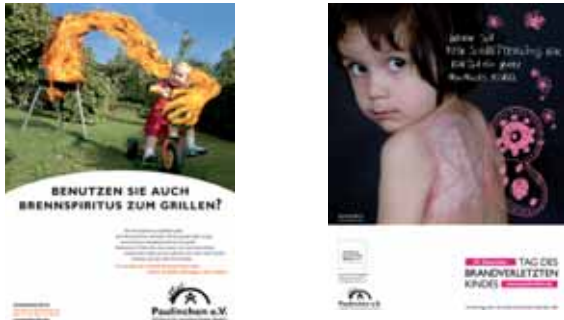


Abb. 14: Beispiel einer Präventionskampagne und Tag des brandverletzten Kindes

(Copyright Paulinchen e.V., Foto rechts Gabriela Acklin)

Kostenloser Bezug von Informations- und Präventionsmaterial über www.paulinchen.de

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Dr. Ingo Königs
Leiter der Sektion für Brandverletzungen,
plastische und rekonstruktive Chirurgie im Kindesalter
Abteilung für Kinderchirurgie
Altonaer Kinderkrankenhaus
Bleickenallee 38, 22763 Hamburg
Tel. 040/88908230
E-Mail: ingo.koenigs@kinderkrankenhaus.net

Red.: Riedel

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.



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Anti-IL4-Antikörper bei Asthma

Dupilumab in Persistent Asthma with Elevated Eosinophil Levels

Wenzel S, Ford L, Pearlman D et al., *N Engl J Med* 368; 2455-2466, Juni 2013

Asthma ist eine chronische Erkrankung des Bronchialsystems mit einer Hochregulation der T-Helferzellen-Typ II-Immunität. Bei 52 erwachsenen Patienten mit mittelschwerem bis schwerem Asthma bronchiale und einer Eosinophilie im peripheren Blut oder im Sputum, die unter einer Inhalation mit Steroiden und langwirksamen Betamimetika nicht optimal zu kontrollieren waren, wurde in einer multizentrischen Studie in den USA der Effekt von einem neuen monoklonalen Antikörper gegen die Alpha-Untereinheit des IL-4-Rezeptors im Vergleich zu Placebo über einen Zeitraum von 12 Wochen untersucht. Nach 4 Wochen Therapie (oder Placebo) wurden die langwirksamen Betamimetika abgesetzt, nach weiteren 2 Wochen die Dosis der inhalativen Steroide sukzessive reduziert.

Die Anzahl der Exazerbationen war unter Dupilumab hochsignifikant verringert (um 87%, OR 0.08 mit einem 95%-Vertrauensbereich von 0.02–0.28, $p < 0.001$). Signifikante Verbesserungen wurden ebenfalls beobachtet in der Lungenfunktion und in der klinischen Asthmakontrolle. Wie zu erwarten, führte die Verumtherapie auch zu einer Reduktion der TH2-assoziierten Entzündungsparameter.

Kommentar

Diese Studie zeigt eindrucksvoll – allerdings bisher nur an Erwachsenen – einen deutlichen positiven Einfluss auf das Asthmageschehen durch Blockade der Alpha-Untereinheit des IL2-Rezeptors, der nicht nur für das Interleukin 4, sondern auch für das proinflammatorische Interleukin 13 verantwortlich ist. Da ja bei Kindern das TH2-gewichtete allergische Asthma noch mehr Bedeutung hat als bei Erwachsenen, kann man vermuten, dass der

Effekt in dieser Altersgruppe nicht anders ist. In der Zukunft wird dieses Biologikum evtl. – neben dem Anti-IgE-Antikörper Omalizumab – eine interessante Therapiealternative für schwierig zu kontrollierendes Asthma bronchiale im Kindesalter darstellen, weitere Studien hierzu werden sicherlich rasch folgen.

(Frank Riedel, Hamburg)

Stuhltransplantation bei Colitis ulcerosa

Safety, Tolerability, and Clinical Response After Fecal Transplantation in Children and Young Adults with Ulcerative Colitis

Kunde S, Pham A, Bonczyk S et al., *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 56: 597-601, Juni 2013

Die Colitis ulcerosa ist eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung des Dickdarmes letztlich unklarer Ätiologie. Barrierestörungen und eine hohe entzündliche Aktivität sind nachweisbar, des Weiteren wurde eine verminderte Diversität und damit Dysfunktionalität der Darmflora dokumentiert (Dysbiose). Es gibt Hypothesen, die auf einer unzureichenden Aktivierung des mukosalen angeborenen Immunsystems aufgrund der Dysbiose bei genetisch prädisponierten Individuen beruhen. Neben der üblichen medikamentösen Standardtherapie, die entzündungshemmende und immunsupprimierende Substanzen einschließt, hat sich in den letzten Jahren gezeigt, dass in Einzelfällen eine sogenannte Stuhltransplantation Remissionen erzielt hat. Sehr erfolgreich wurde die Stuhltransplantation bei Patienten mit Clostridieninfektionen durchgeführt.

Kunde und Mitarbeiter stellen eine Pilotstudie bei 10 Kindern im Alter von 7–21 Jahren mit milder bis mäßiger Colitis ulcerosa und einem pädiatrischen Colitis ulcerosa-Aktivitätsindex zwischen 15 und 65 vor, denen innerhalb von 5 Tagen täglich präparierte Stuhlproben in den Darm instilliert wurden. Es wurden unmittelbar nach der Stuhltransplantation und im Verlauf nach 4 Wochen Daten generiert. Das klinische Ansprechen war als Abfall des Colitisindex um 15 Punkte definiert, und ein Abfall des Index auf weniger als 10 wurde als klinische Remission bezeichnet.

Es wurden während der Intervention keine wesentlichen Nebenwirkungen beobachtet. Das durchschnittlich tolerierte Einlaufvolumen bei 9 Patienten (1 Patient konnte die Einläufe nicht halten) war 165 ml pro Tag. 7 der 9 Patienten (78 %) zeigten ein klinisches Ansprechen innerhalb einer Woche und bei 6 Patienten (67 %) konnte die klinische Verbesserung auch nach 1 Monat noch nachgewiesen werden. 3 der 9 Patienten (33 %) wurden 1 Woche nach der Stuhltransplantation als Remission eingeordnet. Der mediane Colitisindex verbesserte sich signifikant gegenüber dem Wert vor der Untersuchung.

Die Autoren folgern, dass Stuhltransplantationen eine durchaus einfach durchführbare und sehr gut tolerierte Behandlungsoption bei Kindern und Jugendlichen mit Colitis ulcerosa darstel-

len. Sie schlagen selbst vor, dass hier weitere Untersuchungen und auch Langzeitbeobachtungen erfolgen müssen.

Kommentar

Die Autoren der Studie haben einen wichtigen ersten Schritt durchgeführt, um zu zeigen, dass diese relativ einfache Intervention offenbar Potential hat, den Krankheitsverlauf der Colitis ulcerosa positiv zu beeinflussen. Die Kosten sind sehr überschaubar. Bei Erwachsenen wird die Maßnahme zunehmend durchgeführt und auch in größer angelegten Studien untersucht. Sicherlich ist die Stuhltransplantation in der momentanen Phase noch keine Routinemethode, muss aber in Zukunft sicher in gut formulierten Forschungsprotokollen bei Kindern und Jugendlichen mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen untersucht werden.

(Stefan Wirth, Wuppertal)

Säuglingskoliken und kindliche Migräne

Association Between Childhood Migraine and History of Infantile Colic

Romanello S, Spiri D, Marcuzzi, E et al. JAMA 309, 1607-12, April 2013

Die „Säuglingskoliken“ sind gekennzeichnet durch das exzessive Schreien eines ansonsten gesunden, wohlgenährten Säuglings, definiert nach Wessel in der 3er-Regel (Schreien > 3 h/d an > 3 d/Woche über > 3 Wochen in den ersten Lebensmonaten). Die Pathogenese der Symptomatik ist unklar und vermutlich multifaktoriell begründet. Aufgrund des typischen Erscheinungsbildes – Hypertonizität, Schmerz mimik, Unstillbarkeit, Spontanremission – wird die Säuglingskolik häufig als Schmerzsyndrom interpretiert und mit der Unreife des Gastrointestinaltrakts oder zentralen Regulationsmechanismen in Verbindung gebracht.

Romanello et al. untersuchten die Frage nach einem Zusammenhang zwischen exzessivem Schreien im Säuglingsalter und kindlicher Migräne in einer retrospektiven Fallkontrollstudie in drei pädiatrischen Kliniken in Italien und Frankreich. Sie schlossen 328 Patienten im Alter von 6 bis 18 Jahren ein, die mit Migräne oder Spannungskopfschmerz (gemäß Kriterien der International Headache Society ICHD-II, 2004) in den Notfallsprechstunden der Kliniken vorstellig waren. Als Vergleichsgruppe dienten 471 Kinder und Jugendliche mit dem Vorstellungsanlass einer leichten

Verletzung ohne Kopfschmerzanamnese. Die Eltern aller Probanden gaben in einem Fragebogen Auskunft zu diversen Gesundheits- und Entwicklungsdaten, darunter Episoden exzessiven Schreiens nach den Wessel-Kriterien; zudem wurden Daten aus den Vorsorgeuntersuchungsheften verwendet.

Bei Kindern mit Migräne – mit und ohne Aurasymptomatik – fand sich anamnestisch signifikant häufiger exzessives Schreien im Säuglingsalter als bei Kindern ohne Migräne (72.6% vs. 26.5%; OR 6.61, 95%-CI 4.38-10.00, $p < .001$). Dieser Zusammenhang war für Kinder mit Spannungskopfschmerz nicht herstellbar (35% vs. 26.5%, OR 1.46; 95%-CI 0.92-2.32, $p = .10$).

Kommentar

Das kolikartige exzessive Schreien gehört zu den häufigsten Vorstellungsgründen von Säuglingen beim Kinderarzt als auch in der Klinik und wurde entsprechend intensiv beforscht. Assoziationen fanden sich u. a. mit der Kuhmilchunverträglichkeit und anderen Allergien, Anomalien intestinaler Hormone und Bakterienbesiedelung, elterlichen Faktoren wie mütterlichem Nikotinabusus und postpartaler Depression. Aufgrund der hohen elterlichen emotionalen Belastung und resultierenden Misshandlungsgefährdung etablierten sich eine Vielzahl von Interventionen mit diätetischem, medikamentösem, osteopathischem und verhaltensbezogenem Ansatz, für die überwiegend keine Evidenzbasierung besteht.

Bereits in früheren Studien wurden die Säuglingskoliken mit kindlicher und auch mütterlicher Migräne in Verbindung gebracht. Auch wenn die Elternbefragung in der Arbeit von Romanello et al. kritische Fragen hinsichtlich der Exaktheit der retrospektiv gewonnenen Daten aufwirft, überzeugt der Einschluss einer Vergleichsgruppe von 120 Kindern mit Spannungskopfschmerz, die nicht häufiger frühkindliche Koliken aufwiesen als mit Kopfschmerz unbelastete Gleichaltrige.

Sollte es sich bei einem Teil der Säuglingskoliken tatsächlich um die Manifestation einer Frühform der Migräne handeln, kann dies die fehlende Wirksamkeit der gastrointestinal ansetzenden Therapien erhellen. Migräne wird u. a. durch Schlafstörungen getriggert, und Säuglinge schreien am meisten in den ersten 2–3 Monaten ihres Lebens, in denen sich noch kein regelmäßiger Schlaf-Wach-Rhythmus ausgebildet hat bzw. sich der circadiane Taktgeber endogener Melatoninproduktion erst etabliert. Ein fragmentierter Schlaf wäre unter dieser Perspektive bei vulnerablen Kindern eher als Auslöser denn als Folge des exzessiven Schreiens zu bedenken, was neue Behandlungsoptionen eröffnen könnte. Bis auf Weiteres gilt jedoch ungeachtet solcher Hypothesen und Erkenntnisse, dass das Rätsel der Säuglingskoliken sehr komplexe Fragen aufwirft und längst nicht gelöst ist.

(Carola Bindt, Hamburg)



Betriebswirtschaftliche Beratung für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

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

Lokale Azithromycin-Gabe und allergenes Potenzial?

CONSILIUM
INFECTORUM

Priv.-Doz. Dr. med.
Hagen Ott

Frage:

Welche Risiken birgt die lokale Gabe von Azithromycin, z. B. in Form von Augentropfen bei der Behandlung einer Konjunktivitis, hinsichtlich seines allergenen Potentials?

Azithromycin wird auch als häufig verordnetes orales Antibiotikum geschätzt.

Besteht hier die Gefahr einer Sensibilisierung?

Antwort:

Frage 1: „Welche Risiken birgt die lokale Gabe von Azithromycin, z. B. in Form von Augentropfen bei der Behandlung einer Konjunktivitis, hinsichtlich seines allergenen Potentials?“

Azithromycin kann, insbesondere nach häufiger Exposition, eine Kontaktallergie hervorrufen. So wurden in der pharmazeutischen Industrie bei Azithromycin-exponierten Angestellten mehrfach aerogene allergische Kontaktekzeme beobachtet. Eine spezifische Sensibilisierung konnte bei der Mehrzahl betroffener Patienten mit Hilfe des Epikutantests nachgewiesen werden (1).

Während Ophthalmika zu den häufigeren Auslösern periorbitaler allergischer Kontaktekzeme gehören, findet sich in aktuellen Übersichtsarbeiten keinerlei Hinweis auf Azithromycin-induzierte, periorbitale Kontaktekzeme (2). Erst kürzlich wurde jedoch der erste Fall einer durch Azithromycin-Augentropfen induzierten Kontaktallergie publiziert. Bei der Patientin ließ sich eine Spättypsensibilisierung mit Hilfe des Epikutantests zweifelsfrei belegen (3).

Frage 2: „Azithromycin wird als häufig verordnetes, orales Antibiotikum geschätzt. Besteht hier die Gefahr einer Sensibilisierung?“

Buchstäblich jede kleinmolekulare, therapeutische Substanz kann bei Ersteinnahme eine immunologisch vermittelte, zunächst „stille“ Sensibilisierung hervorrufen. Bei Re-Exposition können dann zusätzlich klinische Symptome einer Arzneimittelallergie auftreten.

So wurden vereinzelt auch nach oraler Einnahme von Azithromycin allergische Soforttypreaktionen unterschiedlichen Schweregrades berichtet. Eine Publikation

weist gar auf eine tödliche Anaphylaxie nach Azithromycin hin, eine genauere Analyse dieses Falles ist allerdings aus sprachlichen Gründen erschwert (4). Es liegen ebenfalls Einzelfallberichte zu Spättyp-Arzneimittelreaktionen unterschiedlicher Ausprägung unter oraler Azithromycin-Therapie vor (z. B. fixe Arzneimittelreaktion, DRESS-Syndrom, Stevens-Johnson-Syndrom) (5, 6).

Diese Berichte sollten jedoch vorsichtig interpretiert werden. Einerseits wurde höchstwahrscheinlich aufgrund der Schwere der jeweiligen Reaktion keine stringente allergologische Diagnostik durchgeführt. Andererseits bestand bei den beschriebenen Patienten häufig eine nachgewiesene oder hochwahrscheinliche Co-Infektion mit Erregern, die als alleinige Auslöser entsprechender Reaktionen, insbesondere im Kindesalter, bekannt sind (z. B. Herpes simplex-Infektion bei Stevens-Johnson-Syndrom). Somit kann ein kausaler Zusammenhang zwischen oraler Azithromycin-Einnahme und Auftreten der beobachteten Sofort- oder Spättypreaktionen nicht als gesichert gelten.

Fazit

Azithromycin kann, wie nahezu alle Arzneimittel, sowohl nach topischer als auch nach systemischer Applikation verschiedene Formen einer Arzneimittelallergie verursachen. Allerdings wurden allergische Reaktionen gegen dieses Arzneimittel insgesamt sehr selten publiziert. Ob dies tatsächlich auf einer geringen Allergenität von Azithromycin beruht, müssen prospektive Studien unter Aufwendung adäquater allergologischer Untersuchungen klären. Bislang muss von einer topischen oder systemischen Anwendung von Azithromycin aus allergologischer Sicht nicht abgeraten werden.

Literatur bei InfectoPharm

Priv.-Doz. Dr. med. H. Ott
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Abteilung Pädiatrische Dermatologie & Allergologie
Liliencronstraße 130
22149 Hamburg

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

Welche Diagnose wird gestellt?

Julia Grothaus

Anamnese

Der 16-jährige Patient wird stationär wegen einer schweren abszedierenden Pneumonie mit respiratorischer Insuffizienz behandelt. In der 4. Krankenhauswoche entwickelt er plötzlich ein pustulöses Exanthem. Bei ihm sind multiple Vorerkrankungen bekannt, u.a. eine globale Entwicklungsretardierung, eine spastische Tetraparese sowie eine symptomatische Epilepsie und autoaggressive Verhaltensweisen. Die Dauermedikation besteht aus Risperidon, Ranitidin, Omeprazol, Melatonin, Valproinsäure und Cholecalciferol.

Untersuchungsbefund

Es zeigt sich ein flexural betontes, pustulöses Exanthem mit multiplen, stecknadelkopfgroßen, nicht follikulären Pusteln auf erythematösem Grund. Die angrenzenden Schleimhäute stellen sich unauffällig dar.

Diagnostik

Labor: Leukozyten 16,9 /nl (84% Neutrophile), CRP 77,5 mg/l.

Hautabstrich (Pustelinhalt), vereinzelt Koagulase-negative Staphylokokken.



Abb.: Multiple Pusteln auf erythematösem Grund, leicht ödematös am Oberschenkel rechts

Wie lautet die Diagnose?

(Auflösung auf S. 642)

Diagnose: AGEP (Akute generalisierte exanthematische Pustulose)

Die akute generalisierte exanthematische Pustulose (AGEP) gehört zu den schweren arzneimittelinduzierten Hautreaktionen. Zu diesem Formenkreis gehören auch Stevens-Johnson-Syndrom, Toxische epidermale Nekrolyse, das generalisierte bullöse fixe Arzneiexanthem, das Hypersensitivitätssyndrom und das DRESS-Syndrom (*drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms*) (1).

Die Inzidenz der AGEP liegt bei ca. 1–5 Fällen pro 1 Millionen Einwohner/Jahr (2,3). Die Erkrankung kann in jedem Alter auftreten; die Prävalenz ist bei Frauen etwas erhöht (3). Typisch für die AGEP ist der plötzliche Beginn eines flexural betonten, pustulösen Exanthems mit multiplen, stecknadelkopfgroßen, nicht follikulären Pusteln. Nur selten tritt eine Schleimhautbeteiligung auf. Charakteristischerweise entwickeln die Patienten Fieber über 38°C sowie eine Leukozytose und Neutrophilie. Ausgelöst wird die AGEP meist durch Medikamente, seltener durch bakterielle oder virale Infekte. Zu den Medikamenten mit einem erhöhten Risiko zur Auslösung eines AGEP gehören Antibiotika (Ampicillin/Amoxicillin, Makrolide, Sulfonamide), Chinolone, Terbinafin, Hydroxychloroquin und Diltiazem (3). In den meisten Fällen tritt die Hautreaktion nur wenige Tage nach Beginn der Arzneimittelaufnahme auf (1).

Diagnostik

Zur Diagnostik gehören neben einer ausführlichen Anamnese (insbes. hinsichtlich Art, Umfang und zeitlichem Ablauf der medikamentösen Behandlung) der klinische Befund, ein Pustelausstrich, um eine mögliche Infektion auszuschließen sowie ein Differenzialblutbild (Neutrophilie?). Weiterhin empfiehlt sich die Entnahme einer Probebiopsie. Zudem gibt es einen diagnostischen Validierungsscore für die AGEP. In diesen gehen neben der Morphologie (Pusteln, Erythem, Verteilungsmuster, postpustulöse Abschuppung), der Verlauf (Schleimhautbeteiligung, plötzlicher Beginn, Abheilung innerhalb weniger Tage, Fieber, Neutrophilie) auch histologische Kriterien (subkorneale/intraepidermale Pustel, papilläres Ödem, Spongiose) mit ein (1).

Bei dem o.g. Patienten konnte die Verdachtsdiagnose AGEP mittels Probebiopsie gesichert werden. Dabei zeigte sich die typische spongiforme Pustelbildung im Bereich der Epidermis. Nach ausführlicher Anamnese kamen Vancomycin und Clindamycin als mögliche Auslöser in Frage, da diese kurz vor Auftreten des pustulösen Exanthems erstmals verabreicht worden waren.

Differenzialdiagnosen

Zu den Differenzialdiagnosen gehören neben der generalisierten, pustulösen Psoriasis (vom Zumbusch Typ), das Stevens-Johnson-Syndrom, die Toxische epidermale Nekrolyse, die subkorneale Pustulose (Sneddon-Wilkinson), das DRESS-Syndrom (*Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms*) und eine generalisierte Candidiasis (3).

Therapie

Aufgrund des generalisierten Befalls und der Befunddynamik wurde der Patient nach Absetzen der als Auslöser vermuteten Medikamente kurzfristig mit Steroiden behandelt (Initialdosis 1 mg/kgKG). Darunter kam es rasch zu einem Abklingen der Pustulose mit postinflammatorischer Desquamation.

Literaturangaben

1. Mockenhaupt M. Severe drug-induced skin reactions: clinical pattern, diagnostics and therapy. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2009; 7: 142-163
2. Ott H. Acute generalized exanthematous pustulosis. In: Irvine AD, Hoeger PH, Yan AC (eds.), *Harper's Textbook of Pediatric Dermatology*. Oxford: Wiley-Blackwell, 3rd ed. 2011, S. 89.1-14
3. Sidoroff A. Acute Generalized Exanthematous Pustulosis. In: French LE (ed), *Adverse Cutaneous Drug Eruptions*. Chem Immunol Allergy. Basel: Karger, 2012, 97: 139-148

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

Red.: Höger

Soziale Prävention in multidisziplinären pädiatrischen Zentren – wirklich ein zukunftsweisendes Modell?

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin DGKJ hat als wissenschaftliche Gesellschaft ein Konzept zur Sozialen Prävention erarbeitet. Damit wirbt sie auf dem politischen Terrain für einen „interdisziplinären Ansatz“, mit dem die Kinder- und Jugendmedizin den „neuen Morbiditäten“ begegnen kann. Die künftigen Strukturen der kinder- und jugendärztlichen Praxen sollen hierzu in „Kinder- und Jugendgesundheitszentren“ völlig neu organisiert werden. Allerdings hat die DGKJ versäumt, die Expertise der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte im BVKJ für diese Erarbeitung zu nutzen. Dies hat nicht nur Verstimmungen zwischen den Schwesterverbänden geführt, die in mehreren Gesprächen auf der Vorstandsebene nicht ausgeräumt werden konnten. Dem neuen und vorgeblich wissenschaftlichem Konzept fehlt dadurch auch einiges an Bodenhaftung und Realitätsbezug.

Das DGKJ-Konzept

Das Ziel des Konzepts psychosoziale Prävention sei ein gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen, unabhängig von der sozioökonomischen Lage der Eltern durch Stärkung der Elternkompetenz. Es sei notwendig zur Vermeidung von sozial bedingten Gesundheits-, Entwicklungs- und Wachstumsproblemen im Kindes- und Jugendalter.

Die DGKJ möchte hierzu auf die Kinder- und Jugendärzte als erste Ansprechpartner und Anlaufstelle zurückgreifen, weil die Kinder dort zuerst ankommen, auch die aus problematischen Familien. Hierzu sollen Pädiater zukünftig in ambulanten Zentren für Kindergesundheit in einem multidisziplinären Team arbeiten. Kinder- und Jugendärzte, auch vor allem in Teilzeit, sind in diesem Modell angestellt bzw. teilen sich den Praxissitz. Kinderkrankenschwestern, Familienhebammen, ÖGD und Jugendämter sollen feste Sprechstunden in den Räumen der Praxis bzw. des ambulanten Zentrums abhalten; weitere medizinische Professionen wie Therapeuten unterbreiten therapeutische Angebote, wo diese notwendig sind. Diese Professionen koordinieren für unterstützungsbedürftige Familien Betreuungsabläufe und die Kooperation der weiteren Netzwerkakteure. Alle Mitglieder des Teams sind räumlich der Praxis für Kinder- und Jugendgesundheitszentren zugeordnet; sie sind in der Praxis angestellt bzw. werden von Kommunen dorthin abgeordnet (z.B. die Sozialarbeiter), oder sie sind freiberuflich tätig.

Angedacht sind aus wirtschaftlichen Gründen für die neuen Kinder- und Jugendgesundheitszentren 4.000 bis 5.000 Behandlungsscheine pro Quartal. Kinder- und Jugendärzte würden in den neuen Zentren in die gesamte pädiatrische ambulante und stationäre Versorgung eingebunden sein und hier ihre spezifische Aufgabe übernehmen.

Der BVKJ denkt anders

Völlig einig sind sich alle pädiatrischen Gesellschaften über die Zunahme der sogenannten neuen Morbiditäten und darüber, dass sie die größte Herausforderung in der pädiatrischen Prävention und Therapie in unserem Jahrhundert sind. Einig sind sie sich auch, dass in der schwierigen sozialen Lage von jungen Eltern und Familien sowie in deren mangelnden Fähigkeiten zur Anregung und Förderung ihrer Kinder eine enorme pathogene Dynamik offenbar geworden ist.

Für den BVKJ kann es aber niemals der Auftrag von Kinder- und Jugendärztinnen und Ärzten sein, präventiv auf die sozialen Bedingungen der prekären Familien einzuwirken. Dies überschreitet Macht und Möglichkeiten des Gesundheitssystems bei weitem. BVKJ-Pressesprecher Uli Fegeler hat in diesem Heft die notwendige neue Kultur der Zusammenarbeit der Hilfsysteme für Kinder aus anregungsarmen Familien dargestellt.

Riesige Gesundheitszentren mit 5000 Behandlungsscheinen sind mit dem Konzept einer möglichst flächendeckenden pä-

diatrischen Versorgung des BVKJ nicht vereinbar. Sie sind der Weg zur Angliederung der kinder- und jugendärztlichen Praxen an die Kliniken als vorgelagerte Ambulanzen. Was Eltern, Kinder und Jugendliche heute schätzen sind die räumliche Nähe, die Konstanz und die Beziehung in den Praxen. Eine konstante Arzt-Patient-Beziehung ist ein hochpersönliches und in vielen Fällen bereits therapeutisches Alleinstellungsmerkmal der ambulanten Pädiatrie. Nähe, Konstanz und Beziehung sind Voraussetzung für das, was die DGKJ in unseren Praxen als Vorteil erkannt hat. Nämlich dass die Familien, Kinder und Jugendlichen gerne kommen und das wir Informationen erhalten, die andere Personen nicht so ohne weiteres mitgeteilt bekommen.

BVKJ-Präsident Wolfram Hartmann skizziert in diesem Heft die Vorstellungen unseres Verbandes von zukünftigen Versorgungsstrukturen und die Ansicht des BVKJ zum Selbstverständnis der Kinder- und Jugendärzte in der Grundversorgung.

Einen ausführlicheren Text über die Vorstellungen des BVKJ zu zukünftigen Versorgungsstrukturen finden Sie im pädiatrischen Intranet *PädInform* im Ordner BVKJ Aktuell.

Das DGKJ-Konzept Soziale Prävention ist ausführlich auf der Webseite www.dgkj.de dargestellt.

Ch. Kupferschmid, 89075 Ulm
Ch.Kupferschmid@t-online.de

Zukünftige Versorgungsstrukturen in der Kinder- und Jugendmedizin

Konzept des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

Kinder- und Jugendärztinnen und Ärzte genießen bei den Eltern großes Vertrauen hinsichtlich aller Fragen rund um die Kindergesundheit. Sie haben durch das Kindervorsorgeprogramm bereits ab der ersten Lebenswoche im Rahmen der U2 Zugang zu ca. 98 Prozent aller Kinder und ihren Familien. Diese große Chance des niedrigschweligen Zugangs zum Gesundheitswesen gilt es zu nutzen und so auszubauen, dass es auf Dauer gesichert ist.

Eine neue Generation von Ärztinnen und Ärzten

Die Wünsche an den beruflichen Alltag haben sich bei den jüngeren Kolleginnen und Kollegen in den letzten zehn Jahren gewandelt und der Wunsch nach Vereinbarkeit von Familie und Beruf steht im Vordergrund. Die seit vielen Jahrzehnten bestehenden Versorgungsstrukturen mit strenger Trennung von Klinik, Praxis, Sozialpädiatrischen Zentren, Öffentlichem Gesundheitsdienst und vorwiegend freiberuflichen Einzelpraxen entspricht nicht mehr den Vorstellungen und Wünschen der Kolleginnen und Kollegen. Viele verfügen neben guten Kenntnissen in der allgemeinen

Kinder- und Jugendmedizin auch über zusätzliche Qualifikationen in Schwerpunkten und Zusatzweiterbildungen, die unverzichtbar sind. Daher müssen die althergebrachten Strukturen aufgebrochen, Grenzen überwunden und neue Versorgungsangebote entwickelt und erprobt werden.

Neue Herausforderungen in der Kinder- und Jugendmedizin

Wir sehen einen grundlegenden Wandel im Krankheitsspektrum von Kindern und Jugendlichen und völlig neue Anlässe, die Hilfe des Gesundheitswesens in Anspruch zu nehmen. In den klinischen Einrichtungen überwiegen schwerkranke Kinder und

Jugendliche mit seltenen und chronischen Erkrankungen, In den Praxen nehmen die Präventionsleistungen einen zunehmend großen Raum ein (über 30 Prozent der Arbeitszeit). Hinzu kommen Kinder- und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen und die wachsende Gruppe von Kindern und Jugendlichen mit soziogenen Gesundheits- und Entwicklungsstörungen.

Durchlässigkeit der Systeme

Die stationäre Versorgung muss einerseits in finanziell bestens ausgestatteten Universitätskliniken und Kliniken der Maximalversorgung für Kinder und Jugendliche erfolgen. Eine stationäre Versorgung

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

ISSN 1436-9559

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

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

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

Wilhelmstift, Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg, Tel. (040) 67377-202, Fax -380, E-Mail: p.hoeger@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. Christoph Kupferschmid, Olgastr. 87, 89073 Ulm, Tel. (0731) 23044, E-Mail: Ch.Kupferschmid@t-online.de

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

Die Herstellerinformationen innerhalb der Rubrik „Nachrichten der Industrie“ erscheinen außerhalb des Verantwortungsbereichs des Herausgebers und der Redaktion des „Kinder- und Jugendarztes“ (V.i.S.d.P. Christiane Kermel, Hansisches Verlagskontor GmbH, Lübeck).

Druckauflage 12.800

lt. IVW III/2013

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen

Redaktionsausschuss: Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Hannover, Prof. Dr. Frank Riedel, Hamburg, Dr. Christoph Kupferschmid, Ulm, Regine Hauch, Düsseldorf, Dr. Wolfram Hartmann, Kreuztal, Christel Schierbaum, Köln, und zwei weitere Beisitzer.

Verlag: Hansisches Verlagskontor GmbH, Mengstr. 16, 23552 Lübeck, Tel. (04 51) 70 31-01 –

Anzeigen: Hansisches Verlagskontor GmbH, 23547 Lübeck, Christiane Kermel (V.i.S.d.P.), Fax (0451) 7031-280, E-Mail: ckermel@schmidt-roemhild.com

– **Redaktionsassistentz:** Christiane Daub-Gaskow, Tel. (0201) 8130-104, Fax (02 01) 8130-105, E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de – **Druck:** Schmidt-Römhild, Lübeck – „KINDER- UND JUGENDARZT“ erscheint 11mal jährlich (am 15. jeden Monats) – **Redaktionsschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.**

Anzeigenpreisliste: Nr. 47 vom 1. Oktober 2013
Bezugspreis: Einzelheft € 9,90 zzgl. Versandkosten, Jahresabonnement € 99,- zzgl. Versandkosten (€ 7,70 Inland, € 19,50 Ausland). Kündigungsfrist 6 Wochen zum Jahresende.

Für unverlangt eingesandte Manuskripte oder Unterlagen lehnt der Verlag die Haftung ab. Hinweise zum Urheberrecht: Siehe www.kinder-undjugendarzt.de/Autorenhinweise

© 2013. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.



von Kindern und Jugendlichen muss jedoch auch in Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin mit qualifizierten Kinder- und Jugendärztinnen und Ärzten sowie einer entsprechend ausgestatteten Kinderkrankenpflege wohnortnah (maximale Entfernung 50 bis 60 km) gewährleistet sein.

Kinder und Jugendliche, die auf eine spezialärztliche Versorgung angewiesen sind, müssen diese in zumutbarer Wohnortnähe erhalten. Hierfür stehen zunächst niedergelassene Kinder- und Jugendärzte mit entsprechenden Zusatzweiterbildungen und Schwerpunkten und bei darüber hinausgehendem spezialärztlichen Bedarf pädiatrische Instituts-Ambulanzen sowie Sozialpädiatrische Zentren bereit. Die Grenzen zwischen den einzelnen Versorgungsebenen müssen durchlässig sein, damit auch niedergelassene Spezialistinnen und Spezialisten in den Spezialambulanzen mit ihrer Kompetenz tätig werden können.

Wohnortnah und strukturangepasst

Ambulante Versorgungsstrukturen in der Kinder- und Jugendmedizin müssen in der Grundversorgung wohnortnah (Erreichbarkeit in maximal 30 Minuten) erhalten oder geschaffen werden. Hier müssen völlig unterschiedliche Versorgungskonzepte greifen. Neben herkömmlichen Einzelpraxen in bevölkerungsarmen Gegenden und in Großstädten werden Berufsausübungsgemeinschaften und vernetzte Strukturen die zukünftige gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen gewährleisten. Hierzu zählen pädiatrische Versorgungsnetze von einzelnen Praxen, fachübergreifende Formen von Berufsausübungsgemeinschaften, Großpraxen an unterschiedlichen Standorten mit angestellten Ärztinnen und Ärzten, medizinische Versorgungszentren in freier Trägerschaft und angegliedert an Kinder- und Jugendkliniken sowie an der Struktur von Sozialpädiatrischen Zentren orientierte Versorgungseinrichtungen. Welche Struktur im einzelnen gewählt wird, wird im wesentlichen von den Vorstellungen der Ärztinnen und Ärzte abhängen, die darin arbeiten und in großem Maße davon, wie groß die Stadt oder Gemeinde ist, in der sie einen Versorgungsauftrag übernimmt.

Kleinere Gemeinden müssen eventuell Praxisräume zur stunden- oder tageweisen gemeinschaftlichen Nutzung unterschiedlicher Fachrichtungen günstig zur Verfügung stellen. Für Regionen mit schlechtem ÖPNV müssten analog den Transportregelungen zur Schule und zum Kindergarten auch kostenlose Transportmöglichkeiten in das nächste Zentrum mit fachärztlicher Versorgung zur Verfügung gestellt werden.

ÖGD und Jugendhilfe sind selbstständige Kooperationspartner

Der kinder- und jugendmedizinische Dienst im ÖGD muss ausgebaut und so organisiert werden, dass in Kindertageseinrichtungen und Schulen regelmäßig ärztliche Beratungsstunden angeboten werden können.

Die Kinder- und Jugendhilfe muss eng mit dem ÖGD zusammenarbeiten und niedergelassene Kinder- und Jugendärztinnen und Ärzte besser über eingeleitete Maßnahmen informieren. Die Zusammenarbeit in Gesundheitskonferenzen, Netzwerken für Frühe Hilfen usw. muss intensiviert und die Leistungen der aus der Niederlassung kommenden Ärztinnen und Ärzte müssen angemessen vergütet werden.

Dr. Wolfram Hartmann, Präsident BVKJ

Red.: Kup

Kinder aus anregungsarmen Familien brauchen eine neue Kultur der Zusammenarbeit der Hilfssysteme



Dr. Ulrich Fegeler

Kinder, die unter prekären Lebensbedingungen aufwachsen müssen, werden früh in ihrer Entwicklung beeinträchtigt. Sie fallen daher nicht selten bereits im Kindergarten mit Entwicklungsstörungen auf und werden deswegen häufig in unseren Kinder- und Jugendarztpraxen vorgestellt. Das Medizinsystem löst jedoch das Problem der soziogenen Entwicklungsdefizite nicht, ihr Transfer in das Medizinsystem ist eine Fehlverortung seiner Lösungserwartungen. Kinder aus anregungsarmen Familien brauchen eine kompensatorische Förderpädagogik außerhalb der Familien. Diese muss die Familien einbeziehen, um auch im häuslichen Umfeld die Entwicklung der Grundfähigkeiten dieser Kinder anzuregen. Wir brauchen zur Lösung des Problems eine neue Kultur der Zusammenarbeit aller gesellschaftlichen Hilfssysteme mit einem lösungsorientierten Blick auf die Herausforderungen des Aufwachsens von Kindern. Im Fokus stehen das Kind und seine Familie unabhängig von einengenden Fachperspektiven. Die gegenwärtige „Versäulung“, das „Nebeneinander-Her“ der Hilfssysteme mit den entsprechenden Denk- und Handlungssträngen hat ausgedient. In einem solchen neuen Zusammenhang definiert sich auch die Rolle des Kinder- und Jugendarztes in der ambulanten Grundversorgung unter dem besonderen Aspekt der Betreuung der Kinder aus anregungsarmen Familien neu.

Die Ausgangssituation

Kinder sind Akteure ihres Lebens – von Anfang an. Sie sind kreativ auf dem Weg zu Selbständigkeit, Kompetenz und Verantwortungsbewusstsein. Dabei brauchen sie Unterstützung und Förderung, Erziehung und Bildung. Das ist in der UN-Kinderrechtskonvention und in deutschen Gesetzen gut verankert. In der Bundesrepublik wächst jedoch etwa ein Fünftel der Kinder im Vorschulalter ohne die Möglichkeit auf, durch eine gute frühkindliche Entwicklungsanregung seine intellektuellen und sozialen Kompetenzen ausreichend auszubilden. Meist stammen diese Kinder aus sozial benachteiligten, bildungsfernen Familien in prekären Lebensverhältnissen oder aus Familien mit bestimmten Migrationmilieus. Wir bezeichnen diese Familien als „anregungsarme Familien“. Diese Kinder verbringen ihre wichtigsten Jahre vor Bildschirmen. Sie wachsen ohne Bücher auf, ohne Erwachsene, die sich ausreichend um sie kümmern, mit ihnen regelmäßig spielen, ihnen Geschichten erzählen oder ihnen vorlesen. Manche dieser Kinder werden dabei nachhaltig beschädigt und zeigen Entwicklungsstörungen, die sie bis in die Jugend und die Erwachsenenzeit hinein belasten (soziogene Entwicklungsdefizite).

Denn Kinder mit Störungen der funktionalen Grundkompetenzen wie Wahrnehmungs-Fähigkeit, Sprachverständnis, der Sprach- und Ausdrucksfähigkeit oder mit Störungen des Sozialverhaltens haben von vornherein schlechtere Chancen, einen Schulabschluss oder einen höherwertigen Schulabschluss zu erringen. Jährlich verlassen 60.000 bis 70.000 unserer Kinder, also ca. 10% eines Geburtsjahrganges, die Schule ohne Abschluss. Sie

werden nur über zeit- und kostenintensive Integrationsprogramme mit mehr oder weniger Erfolg zu Schulabschlüssen oder in eine berufliche Ausbildung geleitet. Die prekären Lebensumstände und die chronische Abhängigkeit von staatlichen Transferleistungen werden häufig an die nächste Generation weiter gegeben. Diese Kinder haben zudem häufig ein abweichendes Sozialverhalten, ihre Delinquenzrate als Jugendliche ist relativ hoch. Soziogene frühkindliche Entwicklungsstörungen beeinträchtigen demnach die späteren Sozialprognose. Kindertagesstätten und Schulen als wichtigste außerfamiliäre Förder- und Bildungsinstitutionen können unter ihren heutigen Struktur- und Qualitätsbedingungen die Förderdefizite in den Familien noch nicht ausgleichen. Damit fehlen den Kindern wichtige Entwicklungschancen.

Medizin allein hilft nicht

Wir Kinder- und Jugendärzte erleben es, dass Kinder mit soziogenen Entwicklungsdefiziten zur „Therapie“ in die Praxis, also das Medizinsystem überwiesen werden. Um eine Therapie, in der Regel eine Heilmittelverordnung zu generieren, bedarf es der vorherigen Diagnosestellung. Aus dem soziogenen Förderdefekt wird eine medizinisch erfasste Pathologie, ein ehemals pädagogisches Versagen wird pathologisiert. Die einzigartig hohen Verordnungszahlen von Logopädie und Ergotherapie in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern Europas sind dafür beredtes Zeugnis. Dem Medizinsystem wird hier ein gesellschaftliches Massenphänomen zur Lösung aufgetragen.

Die Lösung dieses Problems kann aber nicht einer Profession allein übertragen werden. Das Medizinsystem ist schon wegen seines individuellen Therapieansatzes und des dazu vielen notwendigen Personals allein quantitativ nicht in der Lage, ausreichend zu „behandeln“. Zudem sind die therapeutischen Möglichkeiten nicht geeignet, die eigentlich notwendige permanente pädagogische Anregung zu ersetzen. Sie werden nur punktuell und befristet eingesetzt. Kinder aus anregungsarmen Familien brauchen jedoch eine ständige und vor allem pädagogische Anregung außerfamiliär sowie unter Einbezug ihrer Familien.

Kinder- und Jugendärzte sind Mittler

Kinder mit soziogenen Entwicklungsdefiziten werden in der Regel im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen in den Kinder- und jugendärztlichen Praxen erfasst, ein großer Teil wird aber auch von den Kindertageseinrichtungen oder den Schulen geschickt. Es resultiert ein gewaltiger „Lösungsdruck“ für die behandelnden Kolleginnen und Kollegen. Die Behandlung oder gar die Prävention eines solch großen und nachhaltigen gesellschaftlichen Problems im Kindes- und Jugendalter kann aber, wie oben bereits skizziert, nicht allein Aufgabe der Pädiater in der ambulanten Grundversorgung sein. Vielmehr bedarf es hierzu neben dem Gesundheitssystem einer einvernehmlichen Anstrengung und Kooperation aller an der Kindesentwicklung beteiligten Professionen und gesellschaftlichen Hilfesysteme wie „Bildung und Erziehung“ und „soziale Hilfen“ (Sozialwesen, Jugendhilfe), aber auch Städtebau und Kommunalpolitik müssen mit einbezogen werden. Versorgungskonzepte müssen auf dem Hintergrund einer dialogischen Kooperation im Sozialraum projektiert werden. Probleme können so viel leichter in ihren Zusammenhängen verstanden und Problemlösungen in gegenseitiger Wertschätzung der Hilfesysteme gemeinsam angegangen werden.

Gemeinsam erkennen und gemeinsam handeln nutzt Kind und Helfern

Ein konkreter Lösungsansatz für die Behandlung, vor allem aber auch die Prävention frühkindlicher soziogener Förderdefizite könnte die Einrichtung von Kinder- und Familienzentren sein. Kern solcher Institutionen sind Kindertagesversorgungseinrichtungen, die neben der allgemeinpädagogischen ErzieherInnenkompetenz spezifische Förderkompetenzen bei allen Grundfähigkeiten aufweisen. Unter dem gleichen Dach befinden sich Einrichtungen der sozialen Hilfesysteme, die hier niederschwellig den Familien mit ihren Angeboten entgegenkommen, zum Beispiel Müttercafés. Gleichzeitig könnten in Familienzentren medizinische und sozialpädagogische Spezialambulanzen, aber auch Einrichtungen des ÖGD untergebracht sein. Auf diese Weise wären kurze Dienst- oder Versorgungswege zwischen den Hilfeanbietern gewährleistet. Niedergelassene Kinder- und Jugendärzte könnten eng mit allen Einrichtungen des Familienzentrums kooperieren. Aufgrund ihrer niederschweligen Erreichbarkeit und der gesundheitlichen Begleitung der Kinder sind sie ein optimaler Monitor der gesundheitlichen und Förderbedürfnisse der Kinder. Sie sind Mittler und Zuweiser zu den anderen Hilfesystemen. Eine solche Neukonstellation der Aufgaben und Strukturierung der großen gesellschaftlichen Hilfesysteme erfordert ein neues kooperatives Denken und konzeptionelles Aufeinander-Zugehen, insbesondere aber eine Abkehr von jeglicher professionszentrierter Betrachtung der Lösungswege und ihrer Strukturierung.

Dr. Ulrich Fegeler, 13595 Berlin
ul.fe@t-online.de

Red.: Kup

Selbstverständnis der Kinder- und Jugendärzte/-innen in der Grundversorgung

- ⇒ Kinder- und Jugendärztinnen und -Ärzte sind die ersten Ansprechpartner für die von ihnen betreuten Kinder, Jugendlichen und ihre Familien bei allen medizinischen und psychosozialen Problemen und Fragen zu Wachstum und Entwicklung.
- ⇒ Kinder- und Jugendärztinnen und -Ärzte versorgen Kinder und Jugendliche kontinuierlich und umfassend von der Geburt bis zum 18. Geburtstag.
- ⇒ Kinder- und Jugendärztinnen und -Ärzte arbeiten primär kindzentriert. Dazu gehört eine effektive und altersgerechte Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen aller Altersstufen unter Einbeziehung ihrer Familien in ihrem jeweiligen kulturellen und sozialen Kontext und anderer Bezugspersonen.
- ⇒ Kinder- und Jugendärztinnen und -Ärzte behandeln Kinder und Jugendliche mit akuten sowie angeborenen und erworbenen chronischen Erkrankungen. Dies schließt psychische, soziale und psychosomatische Erkrankungen ein. Insbesondere sind auch die Erkrankungen, die unter dem Begriff „neue Morbiditäten“ zusammengefasst werden, inbegriffen.
- ⇒ Kinder- und Jugendärztinnen und -Ärzte führen alle Präventionsleistungen (Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen, Gesundheitserziehung und vorausschauende Beratung) durch.
- ⇒ Kinder- und Jugendärztinnen und -Ärzte sind Lotsen im Gesundheits- und Sozialsystem.
- ⇒ Kinder- und Jugendärztinnen und -Ärzte arbeiten auf kommunaler Ebene in Netzwerken mit Behörden und Institutionen zusammen. Sie kooperieren in der hausärztlich-pädiatrischen Tätigkeit mit pädiatrischen Subspezialisten und Spezialeinrichtungen, die chronisch kranke und behinderte Kinder und Jugendliche multiprofessionell versorgen. Insbesondere mit Fachkollegen aus den Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und mit ärztlichen Kolleginnen und Kollegen anderer Fachdisziplinen, die auf ihrem Gebiet eine besondere pädiatrische Kompetenz erworben haben.

Dr. Wolfram Hartmann, Präsident BVKJ

DGAAP Mitglied im Konvent der DGKJ

Der Konvent für fachliche Zusammenarbeit in der Pädiatrie hat auf seiner Sitzung in Rahmen der 109. Jahrestagung am 13.9.2013 in Düsseldorf die Deutsche Gesellschaft für Ambulante Pädiatrie als 39. Mitglied aufgenommen. Damit ist es nach teils schwierigen Verhandlungen ge-

lungen, die wissenschaftliche Gesellschaft der ambulanten allgemeinen Kinder und Jugendmedizin im Kreis der pädiatrischen Subdisziplinen zu etablieren.

Der Konvent ist eine wichtige Plattform für den fachlichen Austausch der korporativen Mitglieder der DGKJ; er nimmt die

gemeinsame Interessenvertretung der pädiatrischen Subspezialitäten wahr, die besondere Aspekte der Kinder und Jugendmedizin behandeln. Dr. Ulrike Gitmans vertritt die DGAAP zukünftig im Konvent.

Red: ReH

Medizinische Lehrer müssen gebildet werden

Medizinische Bildung muss ein lebendiger, dynamischer Prozess sein, um beste Ergebnisse zu erzielen. Das überragende Ziel ist das Wohl der Kinder und ihrer Familien. Zwischenziele sind die Qualität des Lernens der Lehrmethoden und Prozesse zu verbessern. Wir müssen die wissenschaftliche Basis für diese Methoden und Prozesse verbreitern und unser Verständnis dafür vertiefen, was wir in der Lehre tun, warum wir es tun und wie es funktioniert. Ohne systematische Grundlagen sind unsere Bemühungen in Ausbildung, Fortbildung und Weiterbildung blind und ziellos. Diese Grundlagen können nicht im Besitz einer kleinen Gruppe sein, sondern müssen auf Fluren, in Besprechungen und auf Konferenzen diskutiert, zusammengesetzt und geprüft werden.

Die Kinder und Jugendlichen, die Familien, die Studierenden und Weiterzubildenden erwarten, dass ihre Bedürfnisse wahrgenommen und ernstgenommen werden. Dafür braucht es medizinische Praktiker, die gelernt haben, was sie tun, warum sie es tun und ihr Handeln auf die besten verfügbaren Evidenzen stützen, um das Lernen in der Medizin zu fördern. Dieser Artikel beschäftigt sich damit, wie aus Ärzten Lehrer werden, insbesondere aus den weiterbildungsbefugten Kinder- und Jugendärzten pädiatrische Lehrer, die beste Praktiker heranbilden.



Dr. Folkert Fehr

Der Patient 'medizinische Bildung'

Die Medizinethikerin Montgomery bezeichnet medizinische Bildung als ‚self-altering course of study‘, ‚Clinical education is finely calibrated to instill and reward the development of clinical judgement in the face of uncertainty‘. Hier soll in dieser Tradition unter medizinischer Bildung speziell von Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten diejenige Praxis verstanden werden, die zu rationaler, klinisch erfahrener und wissenschaftlich informierter Versorgung von Kindern und Jugendlichen befähigt. Mit Blick auf die Versorgungsrealität wird jedoch klar, dass die medizinische Bildung selbst Patientengestalt hat, und die erforderliche Medizin eine wissenschafts-nutzende praktische Aktivität ist. Dem Patienten ‚medizinische Bildung‘ geht es jedoch so, wie vielen Patienten in jener Zeit, als unklar war, wie Krankheiten entstehen, wirken und bekämpft werden können.

Wissenschaftliche Lehrer fragen und untersuchen, was an der Lehre wirkt, wie es wirkt und warum es wirkt. Medizinische Experten gehen medizinischen Problemen mit den gleichen Fragestellungen nach. Gesichertes medizinisches Wissen geht in Diagnostik und Therapie ein und etwas langsamer in Prävention und Rehabilitation, und es gilt als Kunstfehler, es nicht zum Nutzen der Patienten einzusetzen. In dem Gerüst, das hier als ‚medizinische Bildung‘ bezeichnet werden soll, werden nicht die gleichen Maßstäbe angelegt. Jedoch genau dort erhalten unsere Nachfolgerinnen und Nachfolger und auch wir unsere Bildung.

2010 hat die renommierte Carnegie Foundation eine Studie zur Vorbereitung auf den Beruf vorgelegt. Ein Teil davon beschäftigt sich mit der Medizin. Die Autoren empfehlen auf der Basis ihrer Befunde vier Ziele medizinischer Bildung:

- Ergebnisse standardisieren, Lernprozesse individualisieren
- Formales Wissen mit klinischer Erfahrung integrieren
- Geistige Haltung des Nachforschens und der Erneuerung entwickeln
- Fokus auf die Bildung einer professionellen Identität legen¹

Der unklare Weg zum medizinischen Lehrer

Alle einflussreichen Systeme medizinischer Bildung von Hippokrates bis zum „Arztbild der Zukunft“ des Murrhardter Kreises schreiben Ärzten als wichtige Teilidentität zu, dass sie sich und andere bilden, ausbilden und Patienten schulen. Sie sind medizinische Lehrer. Wie wird aber ein Arzt hierzu? Ist es die Teilnahme am Spiel „medizinische Bildung“, abgegrenzt von den Spielen „Patientenversorgung“ oder „Forschung“? Sind es bestimmte Inhalte, die gewusst oder gekonnt werden sollen? Wer sind die Mitglieder des Wahlkreises, wer nominiert, wer wählt? Es gibt viele Studien darüber, was medizinische Lehrer tun – einschließlich der Herausgabe von Journalen wie dem *The Clinical Teacher*. Auch Merkmale und Wissen medizinischer Lehrer sind wissenschaftlich beschrieben, vornehmlich jedoch als Charaktereigenschaften. Der Prozess der Professionalisierung medizinischer Lehre ist in verschiedenen europäischen Ländern unterschiedlich weit fortgeschritten. Teilweise gibt es bereits eine formale Ausbildung und interkollegiale Anerkennungsverfahren.

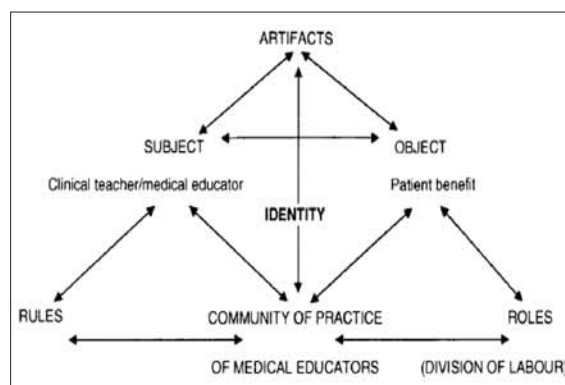
¹ Standardization of learning outcomes and individualization of the learning process; integration of formal knowledge and clinical experience; development of habits of inquiry and innovation; and focus on professional identity formation

Die Lehrer-Identität ist nicht angeboren, sondern konstruiert, erworben und gebildet. Sie ist ein Produkt von ortsabhängigen Prozessen und Interaktionen in verschiedenen Sozialräumen und von gemeinschaftlichem Arbeiten. Maria Montessori sagt vom Kind, dass es Baumeister seiner selbst ist. Auf den kinder- und jugendärztlichen Lehrer angewandt: Medizinische Bildung selbst und ihr Ergebnis sind kulturelle Objekte, Institutionen, teilweise paradox, mehrstimmig, flüssig, außer Kontrolle geratend. Alfred Adler, der Vater der Sozialarbeit, postulierte in seinem 1913 erschienenen Buch *Heilen und Bilden*, dass „Gemeinschaftsgefühl und Zusammenarbeit“ Hauptantriebskräfte im Leben seien. Die Verlagerung des Schwerpunktes vom Individuum zur Gemeinschaft ist hier ein wichtiger Prozess.

Systemverändernde Prozesse

Daraus erwächst die kreative, demokratisierende Kraft medizinischer Bildung, traditionelle Hierarchien in kollegiale Wechselbeziehung und Zusammenarbeit zu transformieren. Denn so wie sich die Medizin verändert, hin zu Patientenbeteiligung, interprofessionellen Praxen und Netzwerken und Dialogen mit politisch Verantwortlichen und Managern, verändert sich auch die Lehre. Gleichzeitig scheint sich die politische Landschaft europäischer Staaten zu verändern, wo nach direkter (klassisch-griechischer) und repräsentativer Demokratie eine dritte Art der Demokratie aufkeimt. Sie entsteht durch internetsozialisierte und an Dialog und Transparenz interessierter Menschen. Keane (2009) nennt sie die „ermahnende“ Demokratie. Insbesondere Korruption (auf medizinisch: Interessenkonflikte) und die Entfremdung größerer Minderheiten, deren Präferenzen nicht berücksichtigt würden, zeigten die Mängel repräsentativer Demokratien auf. Hier ergibt sich nun eine interessante Resonanz mit medizinischer Bildung: Genauso wie die Menschenrechts- und Frauenbewegung als Beispiele ermahnender außerparlamentarischer Demokratie zu einer Modernisierung der Gesellschaft beigetragen haben, könnten es jetzt Initiativen von Patienten, Qualitätsmanagement, medizinische Lehre aus der Praxis und medizinische Bildungsforschung sein, die medizinischem Paternalismus sowie Mangel an Transparenz und Rechenschaftspflicht modernisieren und damit die Institution Medizin demokratisieren.

Abb. 1:
aus Bleakley
et al. 2011



Durch Neugierde zum Lehrer

Nutzen wir jetzt die Konzepte sozialer Lerntheorien, um stärker zu beleuchten, „wer“ ein medizinischer Lehrer ist. Möglicherweise entspricht das Konzept der 'Handlungsgemeinschaft' (community of practice, Wenger 2009) der Identität des medizinischen Lehrers am meisten. Kriterien für eine Handlungsgemeinschaft sind laut Wenger: Gemeinsamer Sinn, Partizipation und Stufe des Engagements. Handlungsgemeinschaften erzeugen Sinn aus gemeinsamem Lernen. Besonders etablierte Gemeinschaften wie „die Radiologen“ oder „die plastischen Chirurgen“ können damit gut beschrieben werden.

Medizinische Lehrer sind in einem breiten Spektrum organisiert. Auf der einen Seite stehen die klinischen Lehrer, die hauptsächlich einen Arbeitsvertrag mit Krankenhäusern haben und sich als Nebenrolle irgendwo als Lehrer eingeteilt finden. In der Mitte sind Fachärzte beispielsweise in der kinder- und jugendärztlichen Praxis oder der Universität, die sich aktiv mit Lehren und Lernen befassen und am anderen Extrem stehen medizinische Bildungsforscher. Zwischen den Positionen gibt es Bewegung, wenn Ärzte, die zunächst nach einem arbeitschaftlichen Anlern-Konzept (see one – do one – teach one) ein Eigeninteresse entwickeln, Kurse besuchen und möglicherweise sogar eine medizindidaktische Aufbauqualifikation erwerben. Sie erkennen, dass solche Aktivitäten dazu führen, dass ein Verfahren, das sie aus der Medizin gut kennen, sich auch in der medizinischen Bildung gut eignet: Nämlich evidenz-basiertes Arbeiten im Gegensatz zu intuitivem Vorgehen. Vermutlich werden sie auch neugierig, warum sie machen, was sie machen. Das führt zu Konzepten und Theorien, die uns fragen lassen: Was ist ein Curriculum und wie wird es entwickelt, implementiert und bewertet? Warum soll man diese Prüfungsform benutzen und nicht jene? Was ist der effektivste Weg, um ein Gerüst für arbeitsplatzbasiertes Lernen zu schaffen? Wie können Patienten in die medizinische Bildung einbezogen werden?

Modell der dynamischen Handlungs- und Forschungsgemeinschaft

Wenn sich also eine Entwicklung in Beteiligung, Selbstverständnis, Verantwortung und Kompetenzen vom Unterrichtenden durch Nebenwirkung eines Arbeitsvertrags hin zum Lehrenden vollzieht, so ändert sich auch die Identität. Diese Entwicklung ist nicht trivial und bleibt nicht an der Oberfläche. Noch durchgreifender sind die Änderungen, die im Verlauf des Spektrums hin zum medizinischen Bildungsforscher nötig sind. Systematische und programmatische Forschung, die Entwicklung einer Identität als medizinischer Lehrer und nicht zuletzt die Verbindungsstellen zu anderen pädagogischen Spezialbereichen werden erforderlich. Wenn Übereinstimmung über Regeln und Rollen hergestellt ist, kann die identitätsstiftende Handlungsgemeinschaft „medizinische Bildung“ wie in Abb. 1 dargestellt werden.

Es ist heute undenkbar, sich eine medizinische Bildungsgemeinschaft ohne Artefakte wie Online-Ressourcen oder technologische Plattformen vorzustellen, insbe-

sondere in internationalen Netzwerken. Hier wird Wissen erzeugt, es werden Regeln verhandelt und schließlich entwickeln sich Rollen aus der Dynamik des Systems, die auf die Identitäten der Akteure reflektieren.

Dieses Modell erklärt und fördert die Konzeption einer dynamischen Handlungs- und Forschungsgemeinschaft in medizinischer Bildung, sowohl räumlich als auch zeitlich. Es verweist auf Verbindungsstellen mit anderen, besonders dem pädagogischen System und es erklärt Identität durch Ausprägung, Grad, Engagement des Netzwerkers. Durch historische, kulturelle und soziale Einflüsse wird unsere Identität positioniert. Durch unser Handeln überzeugen wir andere, unsere neu entstehende Identität anzuerkennen. Dabei bildet es gut ab, dass wir niemals Mitglied nur eines Teams in einer klar umrissenen Rolle sind. Wir beteiligen uns mehr oder weniger durch stilles Mit-Wissen und unsichtbare kognitive Strukturen an unserer Praxis, „unserem“ Sozialraum, an Verbänden und Gesellschaften. Metaphorisch sind wir in diesem Modell Teile eines Rhizoms (Engeström 2008), das symbiotische Beziehungen zu anderen Systemen pflegt, ohne Zentrum, das alles zusammenhält. Jeder Akteur entspricht einem Knoten, der spezifische Tätigkeiten ausführt. Ändern sich die Tätigkeiten, entstehen neue Verbindungen. Unterbleiben Tätigkeiten, werden alte Verbindungen abgebaut.

Woran kann man den medizinischen Lehrer also erkennen? Wer medizinische Lehre im Licht der bestverfügbaren Evidenz plant, persönlich ausführt, prüft und evaluiert und wer durch Ergebnisse medizinischer Bildung die Kinder und Jugendlichen besser versorgt, der wird Fragen nach dem Was, dem Wie und dem Warum medizinischer Lehre in Zeit und Kontext beantworten können.

Dr. Folkert Fehr
74899 Sinsheim
folkert.fehr@t-online.de

Red.: Kup



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.

Beschneidung: Gefährdung des Kindeswohls präzisiert

Der Beschneidungsparagraph 1631d BGB gibt den Eltern nur dann das Recht in eine medizinisch nicht erforderliche Beschneidung ihres männlichen Kindes einzuwilligen, „wenn durch die Beschneidung auch unter Berücksichtigung ihres Zweckes das Kindeswohl nicht gefährdet wird“. Kindeswohlgefährdung ist ein unbestimmter Begriff und es gibt eine breite Diskussion darüber, was im Zusammenhang mit einer rituellen oder Wunschbeschneidung unter diesen Begriff fallen könnte. Das OLG Hamm hat in einem Beschluss kürzlich erstmals definiert, unter welchen Umständen eine Beschneidung gegen das Kindeswohl verstoßen könnte. Das Gericht hat einer Mutter die Erlaubnis entzogen, ihren Sohn beschneiden zu lassen und die Entscheidung über diese Frage dem zuständigen Jugendamt als Ergänzungspfleger übertragen.

Eine kenianische Mutter wollte ihren protestantisch getauften sechs Jahre alten Jungen entsprechend den kulturellen Riten ihrer Volksgruppe in ihrem Heimatland beschneiden lassen. Bei Besuchen in Kenia sollte er dadurch als vollwertiger Mann angesehen und geachtet werden. Außerdem hielt die Mutter, die das alleinige Sorgerecht hat, aus hygienischen Gründen eine Beschneidung für besser. Der Vater des Kindes klagte gegen diese Entscheidung seiner geschiedenen Frau.

Umfassende Aufklärung der Eltern und Besprechung mit dem Kind unabdingbar

Das OLG bezweifelte nicht, dass Eltern nach der neuen Gesetzeslage grundsätzlich das Recht haben, in die medizinisch nicht indizierte Beschneidung eines Kindes einzuwilligen, solange es diese Frage nicht selbst entscheiden kann. Allerdings lägen in diesem Einzelfall die gesetzlichen Voraussetzungen für diese Einwilligung nicht vor. Das Gericht sah es als notwendig an, dass die Beschneidung zuvor sowohl von den Eltern als auch vom Arzt mit dem Kind in einer seinem Alter und Entwicklungsstand entsprechenden Art und Weise besprochen werden muss. Eine Beteiligung des Kindes an der Entscheidung, das in diesen Anforderungen entspricht, habe nicht stattgefunden. Außerdem sei auch die Ein-

willigung der Eltern in eine Beschneidung nur dann wirksam, wenn diese selbst rechtzeitig über den Eingriff in ordnungsgemäßer und umfassender Weise aufgeklärt worden seien. Auch diese Aufklärung konnte die Mutter nicht nachweisen.

Zusätzliche Entscheidungsgründe waren für das Gericht in diesem speziellen Fall, dass die Familie ihren Lebensmittelpunkt in Deutschland habe, Besuche in Kenia selten möglich seien und der Junge auch evangelisch getauft sei. Außerdem sollte das Kind ohne Begleitung der Mutter in Kenia beschnitten werden. Dies gefährde sein psychisches Wohl und stünde daher nicht im Einklang mit dem Kindeswohl. Dass die Beschneidung selbst keinen medizinischen Vorteil hat, war für die Richter nicht von Bedeutung. Allerdings glaubten sie auch nicht, dass die Intimhygiene des Jungen ohne die Beschneidung gefährdet sei.

Keine Altersgrenze nach unten

Der Beschluss des OLG ist rechtskräftig. Er stärkt die Kinderrechte, weil er den Jungen bei Beschneidungen ein Mitspracherecht zubilligt und auch das Recht darauf, einfühlsam und altersentsprechend aufgeklärt zu werden. Obwohl das Kind nicht selbst entscheiden kann, müssen seine Wünsche berücksichtigt werden. Offensichtlich geht das Gericht davon aus, dass

ein derartiges Einverständnis auch von einem Sechsjährigen eingeholt werden kann. Eine Altersgrenze nach unten hat es in dem Beschluss nicht gezogen. Das Gespräch mit einem Kind ein einer Art, die „seinem Alter und Entwicklungsstand entsprechen“ kann auch durchaus bei jüngeren Kindern geführt werden. Zudem erinnerte das Urteil an die umfassende ärztliche Aufklärungspflicht, die zuletzt im Patientenrechtegesetz Anfang 2013 präzisiert worden ist.

Für die Kinder- und Jugendärzte und Ärztinnen in den Praxen und auch für die Kinderchirurgen bedeutet dies, dass eine Überweisung zur Beschneidung und eine Beschneidung selbst erst dann erfolgen kann, wenn den Eltern die Alternativen und Risiken einer Beschneidung dargelegt worden sind und wenn das Kind oder der Jugendliche selbst, soweit dies möglich ist, einbezogen worden ist. Im Umkehrschluss des Urteils dürfte eine Beschneidung immer dann nicht erfolgen, wenn ein sechsjähriger oder auch ein jüngerer Junge nach den erforderlichen Gesprächen eindeutig signalisiert, dass er den Eingriff nicht will.

Quelle: OLG Hamm AZ 3 UF 133/13

Dr. Ch. Kupferschmid, 89073 Ulm
E-Mail: Ch.Kupferschmid@t-online.de

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.



Mitgliederbefragung – ein Novum im BVKJ

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte wird getragen durch die Vielfalt seiner Mitglieder und der von ihnen gewählten Vertreter in den unterschiedlichen Organen des Verbandes. In den letzten 20 Jahren hat sich der Berufsverband zu einer umfassenden und effektiven Vertretung der Kinder- und Jugendärzte und als Interessensvertreter aller Kinder und Jugendlichen in der Gesellschaft und der Politik entwickelt. Viele unserer Aktivitäten sind auf die Fortbildung unserer Mitglieder in Klinik und Praxis ausgerichtet, die Unterstützung unserer Mitglieder durch die Geschäftsstelle des BVKJ ist so breit wie nie zuvor.

Für die weitere erfolgreiche Arbeit des Berufsverbandes hat der BVKJ eine Arbeitsgruppe mit der Vorbereitung der ersten Mitgliederbefragung beauftragt. Der Arbeitsgruppe gehören die Kollegen Dehtleff Banthien, Nikolaus Weissenrieder sowie die BVKJ-Geschäftsführerin Christel Schierbaum und die BVKJ-Büroleiterin Doris Schomburg an. Mit der Umsetzung der Befragung wurde Matthias Otto von der „Kinderumwelt gGmbH“ beauftragt.

Die Umfrage wurde im März/April 2013 durchgeführt. Da die erste Umfrage sehr umfangreich konzipiert war, haben wir die Umfrage per E-Mail durchgeführt. Eine postalische Befragung hätte enorme Kosten verursacht. Zu dem Zeitpunkt der Umfrage waren dem BVKJ 6.932 E-Mail-Accounts von Mitgliedern bekannt, 476 E-Mail-Adressen erwiesen sich trotz der im Oktober 2012 neu erfassten Mitgliederdaten als nicht korrekt.

In dem Fragebogen wurden umfassend alle Bereiche abgefragt, z.B. wie die bisherigen Aktivitäten des Verbandes im Bund und in den Landesverbänden beurteilt werden, welche Angebote des Verbandes und der Geschäftsstelle gekannt und genutzt werden.

In der den Mitgliedern zugesandten E-Mail wurde der Fragebogen verlinkt. Die Befragung konnte von den Mitgliedern anonym ausgefüllt werden. Insgesamt 923 Mitglieder haben an der Verlosung des ausgeschriebenen Buchpreises teilgenommen. Bei den Fragen bestand die Möglichkeit, einen bzw. mehrere Punkte anzukreuzen. Bei relevanten Fragen bestand die Möglichkeit, im Freitext Kritik, Anregun-

gen und Impulse zusätzlich zu formulieren. Aufgrund der validen Datenauswertung wurden primär nur Datensätze ausgewertet, die komplett beantwortet waren. Durch die elektronische Erfassung der Datensätze besteht die Möglichkeit, die Auswertung komplex zu gestalten und verschiedene Kategorien und Filter zu setzen wie z.B. Geschlecht, Alter, Bundesland usw... Auf Grund der vorgenommenen Auswertungsroutine können die Ergebnisse nach unterschiedlichen Kriterien aufgeschlüsselt werden. Gerne kommen wir den Wünschen von Landesverbänden entgegen und können auf Anforderung spezielle Profile zur Verfügung stellen.

Wir haben in PädInform unter BVKJ aktuell die Ergebnisse der Mitgliederbefragung zur Verfügung gestellt. Die Ergebnisse sind aufgliedert nach Assistenzärzten und Fachärzten.

Ergebnisse Beurteilung, Rücklauf

Insgesamt haben 26,1 Prozent (427 von 1642) der Ärzte in Weiterbildung sowie 37,8 Prozent (2861 von 7559) der Fach-

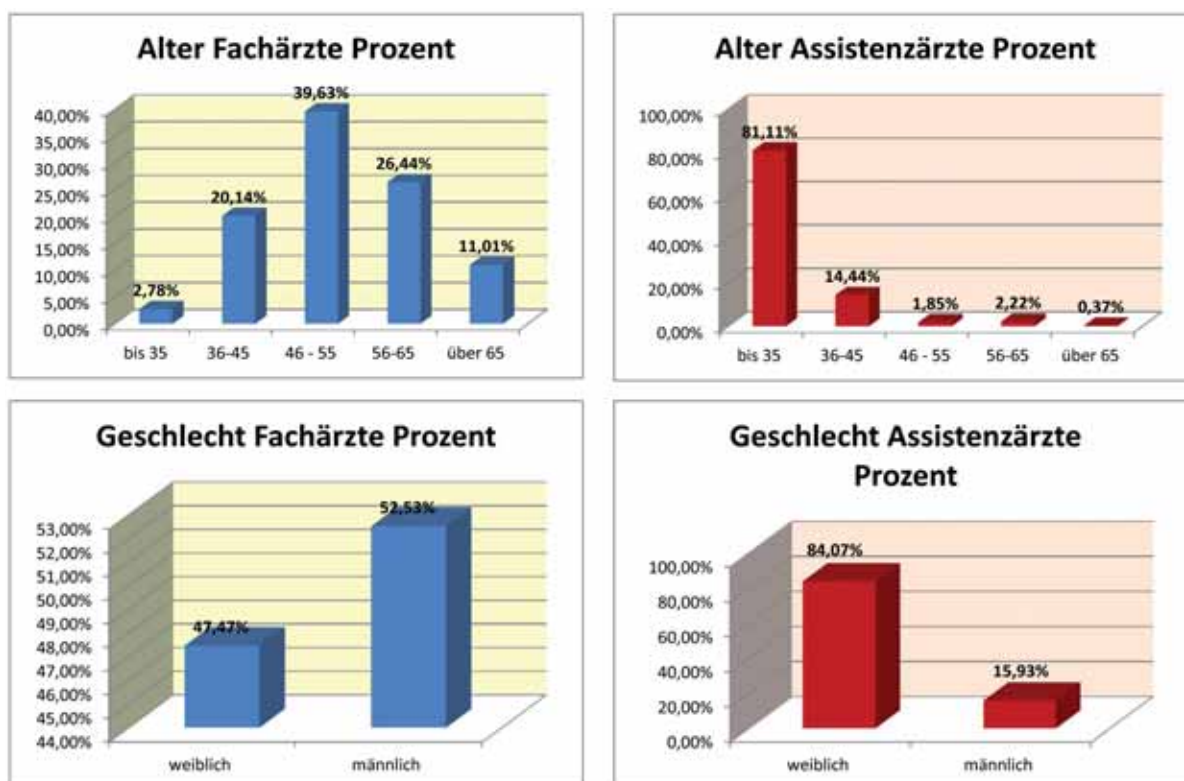


Abb. 1

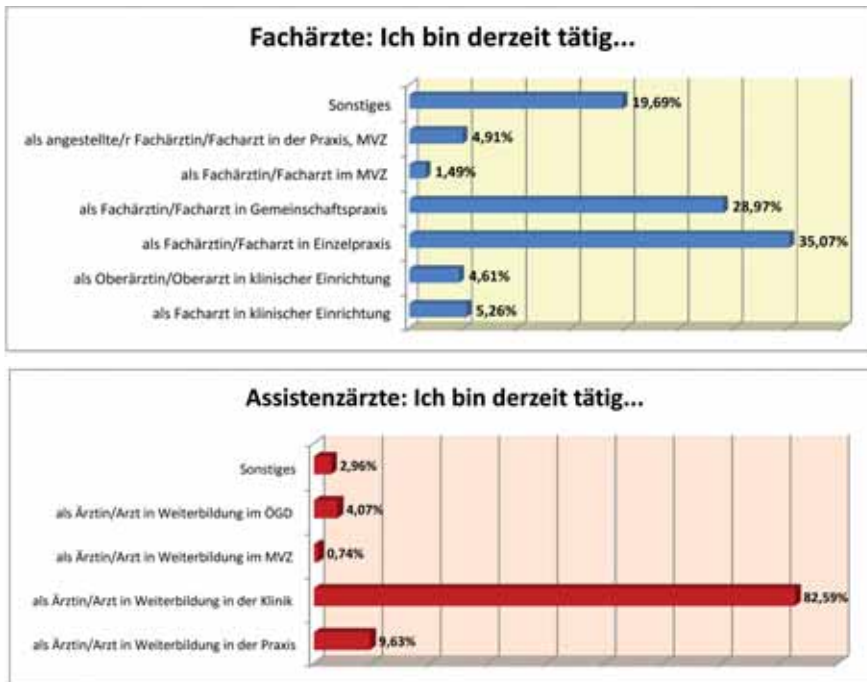


Abb. 2

ärzte geantwortet. Allerdings füllten nur 16,5 Prozent (270 von 1642) der Ärzte in Weiterbildung den Fragebogen vollständig aus. Bei den Fachärzten beantworteten nur 26,5 Prozent (2008 von 7559) alle Fragen.

Generell liegen die Rücklaufquoten bei schriftlichen Befragungen deutlich niedriger als bei mündlichen Umfragen. Dabei gelten für schriftliche Untersuchungen – sofern es sich nicht um Spezialumfragen in einem definierten Personenkreis handelt –

Rücklaufquoten von mehr als 15 Prozent bereits als bemerkenswert hoch. Verglichen mit persönlich-mündlichen oder telefonischen Befragungen werden von postalischen Umfragen insgesamt eher niedrige Ausschöpfungs- (Rücklauf-)quoten berichtet: „Wer einen Fragebogen samt freundlichem Anschreiben ohne weitere Maßnahmen verschickt, wird selten Rücklaufquoten über 20 Prozent erzielen.“ (Diekmann, Andreas, rowohlt 1995: 441). Der

Vorstand des BVKJ ist daher über die Teilnahme an der Befragung hoch erfreut und bewertet die Umfrage als repräsentativ. (1)

Geschlecht, Alter, Tätigkeit

Die vorliegende Auswertung bezieht sich auf die Daten aus den komplett ausgefüllten Fragebögen. Die nicht vollständig ausgefüllten Fragebögen werden in einem zusätzlichen Verfahren ausgewertet. Sollten sich daraus relevante Veränderungen der Prozentzahlen ergeben, werden wir über diese Daten zusätzlich berichten.

Die Verteilung nach Geschlecht und Alter zeigt die Abb. 1, die Aufteilung nach Art der Tätigkeit Abb. 2.

Mitgliedschaft im BVKJ, Aufgaben

Die Frage: „Ich bin Mitglied im BVKJ, weil...“ (Mehrfachantworten möglich) wurde von 80 Prozent der Mitglieder mit der berufspolitischen Unterstützung der Kinder- und Jugendärzte beantwortet. Ebenso viele Mitglieder schätzen den BVKJ als Repräsentant und Lobbyist der Kinder- und Jugendmedizin. Für knapp 60 Prozent der Kollegen ist die Mitgliedschaft im BVKJ eine wichtige Möglichkeit sich fortzubilden, 45 Prozent schätzen die Serviceangebote des BVKJ, während nur knapp 40 Prozent die durch den BVKJ ermöglichte Teilnahme an Selektivverträgen als Begründung angeben. Der den Versor-

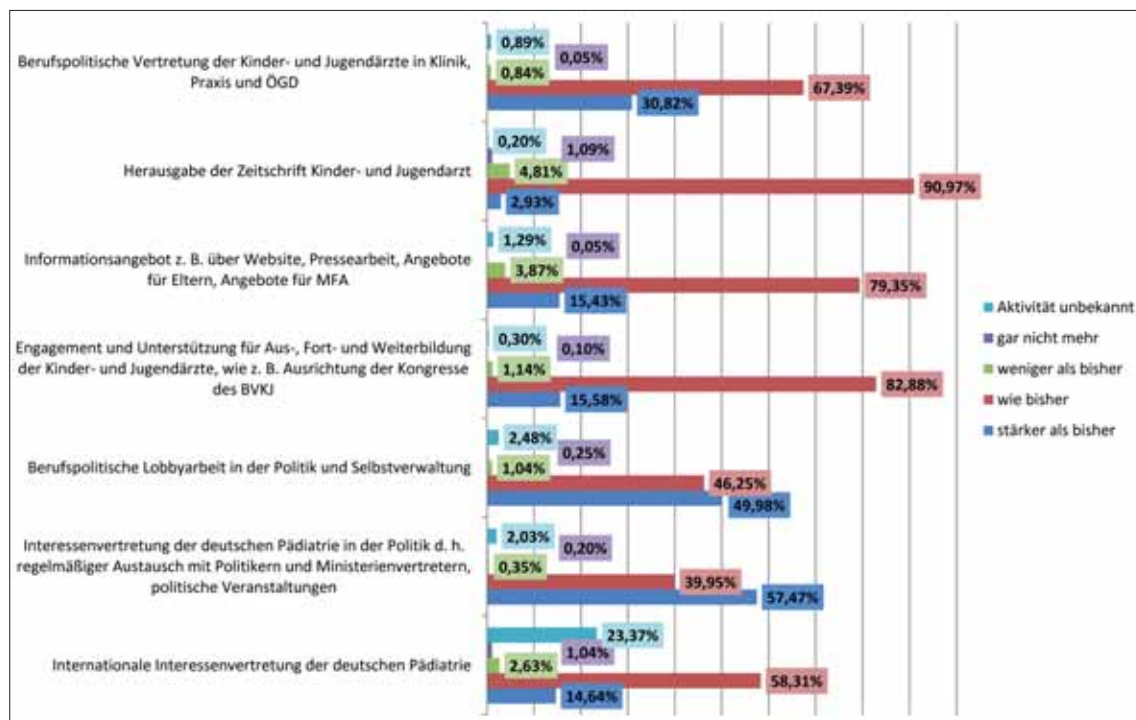


Abb. 3:
In welchem Maße sollte sich der BVKJ in den folgenden Aufgabenbereichen engagieren? (Fachärzte)

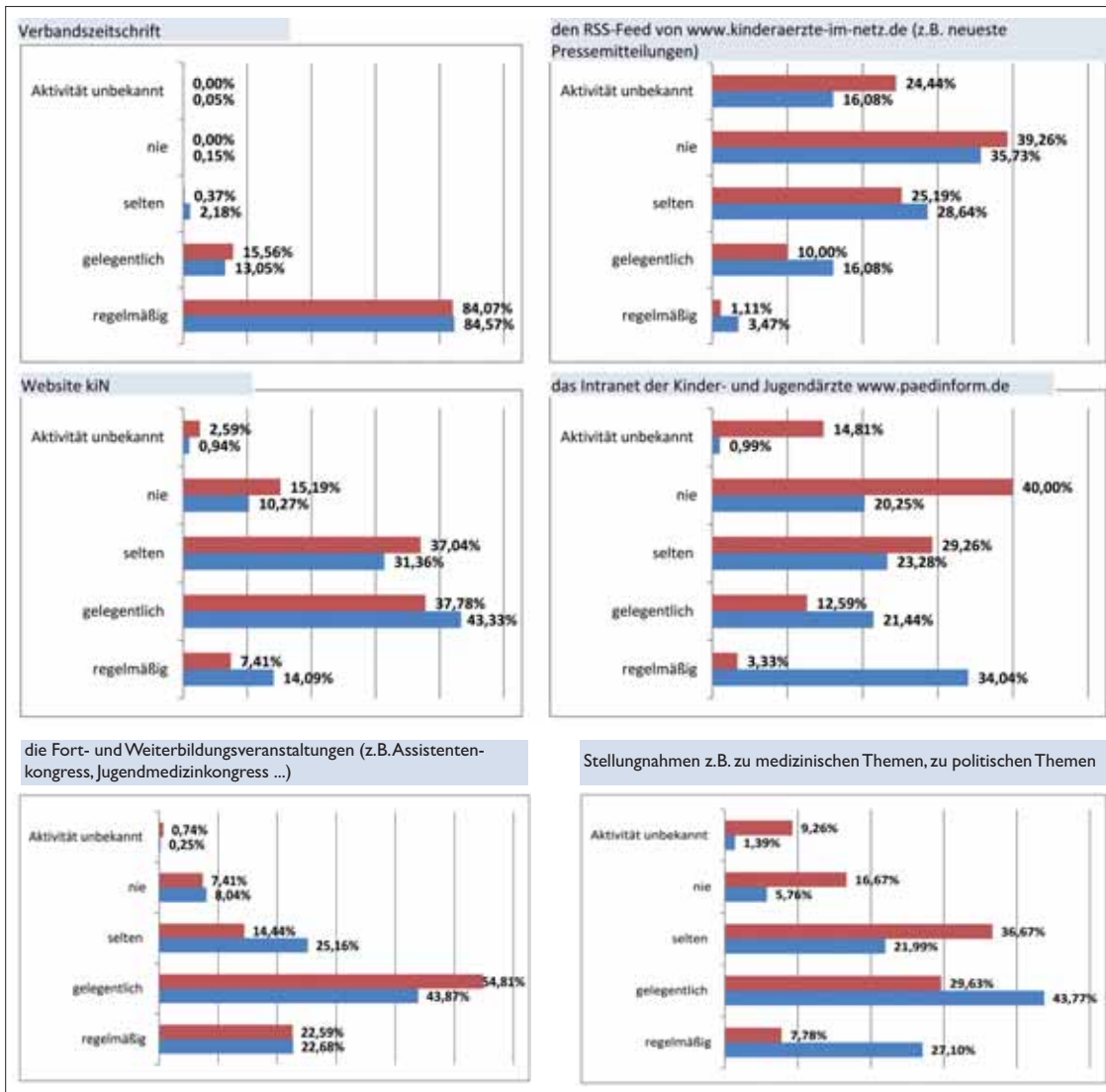


Abb. 4: Von den verschiedenen BVKJ-Angeboten nutze ich ...
Rot = Assistenzärzte
Blau = Fachärzte

gungsbereich übergreifende Austausch mit KollegInnen (ÖGD, Klinik, Praxis) wird von 30 Prozent aller Befragten als Grund für die Mitgliedschaft angekreuzt.

Die Frage: „In welchem Maße sollte sich der BVKJ in den folgenden Aufgabenbereichen engagieren...?“ wird von Fachärzten/Assistenten unterschiedlich beantwortet, siehe Abb. 3. Knapp einem Drittel aller KollegInnen ist z.B. die internationale Interessenvertretung durch den BVKJ gar nicht bekannt, 50 Prozent der fachärztlichen Pädiater wünscht sich ein stärkeres Engagement des Verbandes bei der berufspolitischen Lobbyarbeit in der Politik und Selbstverwaltung, spricht kassenärztlichen Vereinigungen und Ärztekammern. Die pädiatrischen Assistenzärzte wünschen sich mit 40 Prozent ein stärkeres Engagement und Unterstützung des BVKJ für Aus-, Fort- und Weiterbildung der Kinder- und Jugendärzte.

Nutzung von Angeboten

Die Beantwortung der Frage: „Von den verschiedenen Angeboten des BVKJ nutze ich...“ gibt die Abb. 4 wieder.

Zufriedenheit mit Funktionsträgern/Gremien des BVKJ

Von besonderer Bedeutung ist für einen Verband die Beurteilung seiner gewählten Funktionsträger, Organe und seiner Verwaltung. Die Ergebnisse der Frage: „wie bewerten Sie die Aktivität des BVKJ...“ sind in Abb. 5 dargestellt.

Die Zufriedenheit mit dem Präsidenten und dem gewählten Vorstand ist hoch, in der Einzelanalyse ist die Zufriedenheit von Kollegen ansteigend mit dem Alter am größten. Nur wenige KollegInnen sind mit der Arbeit der Funktionsträger in den Ausschüssen, Länderrat oder Delegierte weniger zufrieden oder unzufrieden. Leider ist der Anteil der Kollegen, die die Aktivitäten nicht beurteilen können, bei allen Funkti-

onsträgern und Gremien hoch, zum Teil bis zu 50 Prozent. In der Feinanalyse ist hier der Anteil der Kolleginnen am höchsten, insbesondere in der Altersgruppe 36–45 Jahre. 76 Prozent unserer Mitglieder können dagegen die Arbeit der Obleute beurteilen, knapp 10 Prozent beurteilen sie mit „weniger zufrieden oder unzufrieden“.

Die Aktivität unserer Geschäftsstelle wird von den Mitgliedern hervorragend beurteilt, knapp 80 Prozent sind sehr zufrieden oder zufrieden. Auch die Service GmbH wird mit 65 Prozent positiv beurteilt. Leider können 30 Prozent der KollegInnen die Aktivitäten nicht beurteilen.

Zufriedenheit mit den Angeboten der Fortbildung

Von besonderer Bedeutung ist für den Berufsverband das Angebot, das er seinen Mitgliedern für die Weiterbildung offerieren kann. Die Ergebnisse der Frage: „Wie

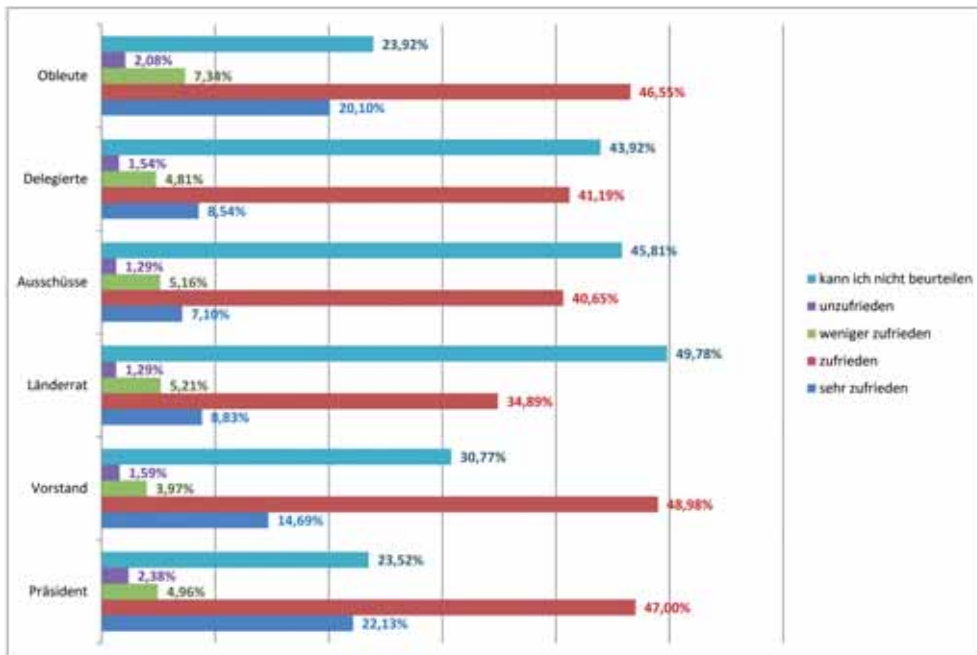


Abb. 5: Bitte bewerten Sie die Aktivitäten des BVKJ ... (Fachärzte)

oft haben Sie in den letzten 5 Jahren folgende Fortbildungen besucht?“ gibt stellvertretend für die Jahrestagung des BVKJ in Berlin die Abb. 6 wieder. Leider nehmen über 70 Prozent der Kolleginnen die überregionalen Fortbildungsangebote (Jahrestagung Berlin, Seminarkongress Bad Orb, Jugendmedizinkongress Bad Orb) nicht wahr. Nur eine Minderheit von 10 Prozent hat die Kongresse mehr als einmal besucht. Deutlich besser schneiden hier die regionalen Fortbildungsveranstaltungen des BVKJ ab. Diese wurden insgesamt von zwei Drittel der Befragten einmal, von knapp zwei Drittel der Befragten häufiger als einmal, von 23 Prozent sogar mehr als viermal besucht. Diese positive Beurteilung wird von den Industriegesponserten Weiterbil-

dungen noch übertroffen, knapp 35 Prozent besuchten diese Tagungen in den letzten Jahren öfters als viermal.

Sehr zufrieden waren die Teilnehmer mit den angebotenen Programmpunkten unserer Fortbildungstagungen. Zwei Drittel der Befragten waren mit dem Seminarangebot zufrieden, ein Drittel würde einen Ausbau dieses Programmpunktes begrüßen. 21 Prozent der KollegInnen würden sich eine deutlichere Berücksichtigung politischer Themen wünschen, für drei Viertel der Befragten war dieser Programmpunkt genau richtig. Genau umgekehrt erfolgt die Bewertung der KollegInnen bei dem Punkt Industrieausstellung (24 Prozent weniger als bisher) und Gesellschaftsabend (18 Prozent weniger als bisher),

während rund drei Viertel den bisherigen Umfang beibehalten würden.

Zufriedenheit mit PädInform

PädInform ist mit 4582 Teilnehmern das Interaktionsmedium des BVKJ. Circa 15 Prozent der KollegInnen nutzen es täglich, 26 Prozent nutzen es mindestens zweimal wöchentlich, 14 Prozent gehen einmal pro Monat in PädInform, während 44 Prozent weniger als einmal pro Monat die Plattform nutzen. Bei der Feinanalyse dominieren bei der Nutzung die Kollegen eindeutig vor den Kolleginnen. Diese Kluft vertieft sich mit zunehmendem Alter. Von den KollegInnen, die PädInform nutzen, halten sich pro Nutzung circa 50 Prozent 5–15 Minuten in dem Medium auf, circa



Abb. 6: Wie oft haben Sie in den letzten 5 Jahren die folgenden Fortbildungstagungen besucht?

35 Prozent 15–30 Minuten und circa 10 Prozent 30–60 Minuten. Von den unterschiedlichen Foren sind die fachbezogenen (z.B. Päd-Bitte um Hilfe, Impfforum, Powerpoint-Bibliothek) für knapp 70 Prozent von besonderem Interesse, während nur 43 Prozent hier Pädiskurs angeben. In der Feinanalyse zeigt sich, dass das Forum „Anonyme Fragen“ vor allem für die jüngeren KollegInnen „sehr interessant“ bzw. „interessant“ ist, um ohne Angaben zur Person Fragen stellen zu können.

Zufriedenheit mit Kinderaerzte-im-Netz

Ein weiteres Kommunikationsmedium ist unsere Web-Seite Kinderaerzte-im-netz.de. 6 Prozent nutzen diese täglich oder mehrmals pro Woche, 37 Prozent alle zwei Wochen bzw. monatlich, 57 Prozent seltener als einmal pro Monat. Die Übersichtlichkeit wird von knapp 50 Prozent als gut beurteilt. Jeweils 10 Prozent der Befragten schätzen dieses Item als sehr gut bzw. nicht gut ein. Vor allem jüngere KollegInnen (21 Prozent) beurteilen sie als verbesserungsfähig bzw. schlecht (5 Prozent). Über 60 Prozent der antwortenden

KollegInnen stufen das Informationsangebot als sehr gut bis gut ein. Kinderaerzte-im-netz bietet die Möglichkeit einer Homepage im Internet. Dieses Angebot wird nur von der Hälfte der Befragten wahrgenommen. Die Gründe, keine Homepage bei Kinderaerzte-im-netz zu haben, sind vielfältig. Viele KollegInnen sehen den Bedarf nicht bzw. haben eine eigene Homepage, mit der sie im Internet auftreten.

Zufriedenheit mit Zeitschrift Kinder- und Jugendarzt

Die Zeitschrift Kinder- und Jugendarzt ist das Verbandsorgan des BVKJ. Besonders wichtig ist für die meisten KollegInnen der Bereich Fortbildung und Kasuistiken, während andere Bereiche wie z.B. Industrieinfos von mehr als drei Viertel der Befragten als weniger wichtig bis unwichtig beurteilt werden.

Zufriedenheit mit Service-Angeboten

Die Service-Angebote des BVKJ für Mitglieder werden unterschiedlich beurteilt. Knapp 90 Prozent nutzen oder ken-

nen das vorgehaltene Angebot, etwa Rahmenverträge zur Betriebssicherheit, nicht. Wenn unsere Mitglieder Angebote der Geschäftsstelle, z.B. Broschüren oder Musterverträge, kennen, beurteilen sie diese durchweg positiv.

Der BVKJ hält spezielle Serviceangebote für die Medizinischen Fachangestellten vor wie z.B. die Internetplattform, die Fortbildungsreihe Paediatric oder den Praxisfieber-live Kongress in Berlin sowie unterschiedliche regionale Angebote. Auch hier ist das Angebot 45–60 Prozent der KollegInnen nicht bekannt oder wird von ihnen nicht genutzt. Die unterschiedlichen Angebote werden von den KollegInnen, die sie nutzen, jedoch positiv bewertet.

Beurteilung der Organisationsform des BVKJ

Für die zukünftige Arbeit unseres Verbandes ist es wichtig zu wissen, wie die KollegInnen über die Organisationsform des BVKJ urteilen. 70 Prozent bewerten die Gliederung in einen zentralen Bundesverband mit Landesverbänden positiv bzw. sehr gut. Der Einfluss der Obleute wird von

54 Prozent der KollegInnen als gut bis sehr gut bewertet, wobei über 35 Prozent ihre Obleute nicht beurteilen können. Eine weitere Frage galt dem Wunsch bezüglich Informationen von dem jeweiligen Landesvorstand. Über 55 Prozent der Mitglieder wünschen sich „anlassbezogene“ Informationen, 25 Prozent wünschen sich regelmäßig alle Vierteljahre Mitteilungen. Knapp drei Viertel der KollegInnen wünschen sich diese Informationen per E-Mail, 40 Prozent via Forum des Landesverbandes in PädInform und nur 12 Prozent per Faxgerät (Mehrfachantworten möglich).

Diese Zahlen decken sich mit den Ergebnissen der Frage: „Wie möchten Sie die Informationen des Bundesverbandes BVKJ erhalten?“. Auch hier wünscht sich eine deutliche Mehrheit von über 78 Prozent die Mitteilungen per E-Mail. 31 Prozent der KollegInnen geben auch PädInform bzw. 9 Prozent das persönliche E-Mailfach in PädInform an. 41 Prozent der KollegInnen möchten die Information in der Zeitschrift Kinder- und Jugendarzt erhalten, unter 20 Prozent persönlich in Briefform und 10 Prozent per Fax.

Zusammenfassung

Die erste Mitgliederbefragung des BVKJ hat viele Erwartungen erfüllt, aber auch Themenbereiche gezeigt, denen sich unser Berufsverband in Zukunft mehr widmen muss.

Die Beurteilung der Funktionsträger durch unsere Mitglieder ist gut bis sehr gut und erfüllt uns mit Freude. Wir sehen aber einen Ansporn, die Informationen über die Arbeit der einzelnen Gremien wie z.B. Länderrat oder Ausschüsse zu verbessern, da ein zu großer Anteil der KollegInnen die Arbeit in diesen Gremien nicht ausreichend kennt und beurteilen kann.

Wir werden unsere berufspolitische Arbeit und den Lobbyismus für Kinder und

Jugendliche in der Zukunft noch stärker betonen und wahrnehmen, da der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte der legitimierte Vertreter der vertragsärztlichen Kinder- und Jugendärzte ist. Wir sehen uns aber auch darin bestärkt, noch mehr als bisher die Interessen der KollegInnen in den Kliniken und im öffentlichen Gesundheitswesen zu vertreten.

Wir werden uns intensiv mit dem Setting unserer Fortbildungstagungen auseinandersetzen, um deren Attraktivität zu erhöhen. Dies wünschen sich die Fachärzte und Assistenten in unserem Verband.

Der BVKJ verfügt mit PädInform und Kinderaerzte-im-Netz über zwei Kommunikationsplattformen, die wir in der Außendarstellung und in der internen Interaktion nutzen können und die von unseren Mitgliedern regelmäßig besucht werden. Die von der Kinderumwelt GmbH eingeleitete Überarbeitung und Aktualisierung von PädInform sowie der Relaunch unserer Web-Seite wird die Akzeptanz und Nutzung durch unsere Mitglieder hoffentlich weiter erhöhen.

Unsere Service-Angebote werden unterschiedlich genutzt. Wir freuen uns, dass die Angebote bei Inanspruchnahme sehr positiv beurteilt werden. Wir werden einige Angebote aus dem Programm nehmen, einige Angebote besser darstellen und kommunizieren. Die Weiter- und Fortbildungsangebote für unsere medizinischen Fachangestellten sind im Bereich der Berufsverbände einmalig. Die KollegInnen, die ihre Mitarbeiterinnen zu unseren MFA-Veranstaltungen geschickt haben, bewerten dieses Angebot hervorragend. Wir werden auch hier unsere Bemühungen verstärken, diese Veranstaltungen bekannt und akzeptiert zu machen.

Die Zufriedenheit mit der bisherigen Organisationsform des BVKJ in einen übergeordneten Bundesverband mit re-

gionalen Landesverbänden wird von der großen Mehrheit der KollegInnen positiv bewertet. Der Einfluss der regionalen Funktionsträger wie Obleute auf den Landesverband und der Einfluss der Landesverbände auf den Bundesverband werden als sehr gut bis gut beurteilt. Unsere KollegInnen wünschen sich anlassbezogene Informationen sowohl von ihrem Landesverband als auch vom Bundesverband. Das bevorzugte Medium ist dabei die persönliche E-Mail-Adresse.

Die Feinanalyse unserer Mitgliederbefragung ergibt noch viele weitere Schlüsse. Ein wichtiger Punkt ist dabei das Ansprechen der KollegInnen in der Altersgruppe zwischen 36 und 45 Jahren auch im persönlichen Gespräch durch alle Ebenen des BVKJ, damit wir deren Anliegen, Wünsche und Sorgen erfassen und sie zur aktiven Mitarbeit in unserem Verband motivieren.

Wir möchten uns bei allen Mitgliedern der Arbeitsgruppe „Mitgliederbefragung“, dem Vorstand sowie vor allem bei allen Kolleginnen und Kollegen ganz herzlich bedanken, die an der Befragung teilgenommen haben und unseren Verband unterstützen.

Ein besonderer Dank gilt unserer Geschäftsstelle und hier Doris Schomburg, die für die bildhafte Darstellung der ausführlichen Auswertungen gesorgt hat.

Dr. Nikolaus Weissenrieder
80797 München
E-Mail: info@praxiszentrum-saarstrasse.de

Doris Schomburg
BVKJ-Geschäftsstelle
E-Mail: doris.schomburg@uminfo.de

(1) Vom Vorstand abweichendes Votum Prof. Dr. Ronald Schmidt, Vizepräsident: „Nach meiner Einschätzung ist das Ergebnis der Befragung nicht repräsentativ, da sie nur elektronisch und nicht postalisch durchgeführt wurde.“

Red: ReH



© Gina Sanders – Fotolia.com

Die Blagen im Revier

Geschichte(n) aus dem Ruhrpott

Den besten Einblick in die Sozialgeschichte des Ruhrgebietes zur Blütezeit bis Ende der Fünfzigerjahre bringt, was man Oral History nennt: Mündlich überlieferte Erinnerungen und Berichte. Nur die Älteren werden noch die Zeiten erlebt haben mit rauchenden Schloten, Zechen, Fördertürmen und Kohlehalden.

Der Arbeitskräftemangel in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts führt zur Anwerbung von Menschen, vor allem aus den preußischen Ostprovinzen, Masuren und Oberschlesien. Rund 800.000 kommen bis zum Ersten Weltkrieg, zur Hälfte polnischer Herkunft. Hier helfen polnische Kirchengemeinden und Polenvereine, wo die Zuwanderer ihre Sprache und Kultur pflegen können.

Nur langsam entsteht ein Wir-Gefühl aller Bergleute bei der täglichen schweren und gefährvollen Arbeit und in der Stehkneipe nach der Schicht. Die Kinder tun sich da leichter, und auch die Frauen knüpfen rasch gut nachbarliche Beziehungen mit gegenseitiger Hilfe bei Krankheit und Geburten.

Zweiter Weltkrieg

Besonders in der Spätphase des Zweiten Weltkrieges mit den ständigen Bombenangriffen steht man zusammen. Nach Göbbels' Sportpalastrede im Februar 1943 „... Wollt ihr den totalen Krieg?“ heißt es im Revier: „Lieber Tommy fliege weiter, hier wohn'n nur die Bergarbeiter, fliege weiter nach Berlin, da haben alle „Ja“ geschrien.“

Auch im Ruhrgebiet gibt es Edelweißpiraten: unorganisierte Jugendcliquen, meist aus dem Arbeitermilieu, die in auffälliger Kleidung und dem Edelweiß-Abzeichen gegen HJ-Drill und Nazi-Bonzen opponieren, während bei Gymnasiasten die Swing-Musik zur Chiffre für die Verachtung des Regimes wird.

Seit Jahresende 1944 ziehen Ströme von Flüchtlingen und Vertriebenen ins Revier, meist zu Fuß, das Nötigste in Handwagen hinter sich her ziehend. Den Einheimischen sind sie nicht erwünscht, weil Konkurrenten in der Not. Viele verdrängen, dass ihre eigenen Vorfahren, mit verräterisch gleich klingenden Namen, erst vor zwei, drei Generationen hier Arbeit und Heimat gefunden haben.

Die Nachkriegszeit

Nach Kriegsende hängen in der gesamten West-Zone Anschläge: **Bergleute im Ruhrgebiet gesucht!** Mit dem Versprechen einer Wohnung und erhöhter Lebensmittelzuweisungen. Der Anfang ist hart: Hunger und eiskalte Winter. Von Glück



Dr. med.
Olaf Ganssen



© akg-images / Ursula Litzmann

sagen kann, wem eine winzige Wohnküche und ein Schlafräum für die ganze Familie zugewiesen wird, mit Klo auf halber Treppe und etwas Deputatkohle bei Arbeitsbeginn.

Bald entstehen weitere Werkwohnungen, die Kumpel und Familien an die Zeche binden sollen. Diese alten wie neuen Zechenhäuser haben einen kleinen Hof mit Ställen für Kaninchen, Hühner und eventuell ein Schwein; dazu ein Stückchen Land zum Eigenanbau von Kartoffeln und Gemüse. Später vielleicht ein selbst gebauter Taubenschlag.

Manche erinnern sich an das erste frische Essen aus dem eigenen Garten: Melde mit Spiegeleiern und Kartoffeln, nach einem langen Winter mit Kohl, Sauerkraut und Salzgurken. In der Woche gibt es Muckefuck, nur an Feiertagen Bohnenkaffee. Die Kinder trinken im Sommer Krautwasser gegen den Durst und erstehen



© Dusan Kostic - Fotolia.com

für ein paar Pfennige farbige Brausepulver an den Selters- oder Klumpkesbuden. In den meist kinderreichen Familien tragen die Nachgeborenen die Sachen der Geschwister auf. Die sind anfangs zu groß aber bald wieder zu klein. Die aufgeribbelten Socken des gestorbenen Opas werden zu Pullovern verstrickt.

Während der Sommerferien wird nicht verreist; Heidelbeeren und Pilze sammeln ist angesagt. Die Älteren baden in ehemaligen Löschteichen aus dem Krieg. Abenteuerspielplätze brauchen sie nicht, Abenteuer gibt es genug, vor allem verbotene: Alte Bombentrichter und Abraumhalden, Springen auf langsam rollenden Schlacke-Waggons, Friedhofsmauern, nach deren Überklettern beim Rückzug schon mal ein Grablicht fehlt. Oder auch ein oder zwei Mercedessterne nach Streifzügen durch die „besseren Viertel“. Was sich verkaufen lässt bringt Bargeld und ein „Eis zu zwanzig“ in der nächsten Eisdielen. Auch auf der Kirmes und für den angesagten Wanderzirkus kann man es gebrauchen.

Schulnot und Konfessionsgerangel

Die Raumnot zwingt nach dem Kriege oft evangelische und katholische Schüler unter ein Dach, aber in streng getrennten Klassenräumen. Jede Konfession hat ihre Schulhofhälfte, und wer die unsichtbare Grenze überschreitet, wird beschimpft: „Katholenspöck“ beziehungsweise „Lutherfresser“. Der verschärfte ‚Glaubenskrieg‘ kann auch in eine Prügelei ausarten mit Schlachtrufen wie: „Evangelisten pissen inne Kisten!“ Und „Katholocken kacken inne Glocken!“. Trifft man sich aber auf der Straße oder beim Spielen wieder, ist alle Feindschaft vergessen. Die alten Lehrer haben noch den militärischen Kommandoton, und der Stock sitzt locker. Die Schulspeisung, oft aus Vaters altem Wehrmatskochtgeschirr, ist für viele die einzige sättigende Mahlzeit am Tag.

Eine Erinnerung aus den 50er-Jahren vom ersten Tag in der Sexta sei hier wörtlich zitiert: „Der Klassenlehrer rief uns in alphabetischer

Reihenfolge beim Familiennamen auf, und jeder trat aus der Bank, um den Beruf des Vaters anzugeben und ob er Flüchtling sei. Das gymnasiale Schicksal von Arbeiterkindern war damit schon vorentschieden. Die Bemerkungen des Lehrers machten deutlich, dass sie sich nur auf Abruf in der Anstalt befanden und beim geringsten Versagen zum ‚Steine kloppen‘ abmelden sollten.“

Ein Hauch von Luxus

Zu Hause hinter der Kellertreppe ist das Versteck für alles, was nicht in die Wohnung darf: geklaute Zigaretten, anrühige Bilder und Magazine oder ein Klappmesser. Hier küsst man auch die erste Freundin. Die Brisk- und Wellaformzeit bricht an. (Tempora mutantur ... heute ist Pomade out und Gel in).

Mit den fünfziger Jahren kommt ein Hauch von Luxus in die Wohnungen: ein neues Radio, ein Plattenspieler, vielleicht mit Zehnerwechsler. Peter Kraus wird der Schwarm der Teenager und alle Mädchen möchten Conny heißen. Gummibäume ziehen ein, manchmal ein Aquarium, oder man leistet sich die Mitgliedschaft im Buchklub mit zwei Romanvorschlägen im Quartal für die Hausfrau. Trotzdem – Konsum und Wohlstand hinken noch lange hinter anderen Regionen in der Bundesrepublik her.

Fußball – was sonst

Fußball wird groß geschrieben im Kohlenpott; er einte und entzweite damals wie heute. Schon die Kleinen gehen mit den Vätern und Großvätern „auf Schalke“ zu den Spielen der 1. Liga West in die Glückauf-Kampfbahn. Die Kinder sammeln Bilder der Spieler in Wundertüten zu 10 Pfennig an allen Büdchen, und dann wird getauscht. Für Stars wie Berni Klodt oder Willy Koslowski kann man den ganzen FC Köln bekommen.

Natürlich kicken sie auch selber oder pöhlen, wie man hier sagt. Zwei Schulranzen oder Ziegelbruch markieren die Pfosten, und „Drei Ecken ein Elfer“ ist feste Regel. Alte Tennisbälle sind dafür schon eine Kostbarkeit. Und wer später einen Lederball

mit Blase hat, ist König und bestimmt, wer mitspielen darf.

Ruhrgebiet heute

Der Niedergang von Kohle und Stahl führte zu einem drohenden Verlust der Identität des Ruhrgebiets. Aber nach Beseitigung der Kriegsschäden und dem notwendigen Strukturwandel dominieren heute Dienstleistungen und saubere Industrien. Die Region hat ein neues Gesicht bekommen – vorgestellt 2010 mit Essen als Kulturhauptstadt: Grünflächen, Parks und Freizeitzentren stehen für Lebensqualität. Wissenschaftliche Einrichtungen, Orchester, Theater und Museen brauchen keinen Vergleich in Deutschland zu scheuen.



© Rainer Schmittchen – Fotolia.com

Literatur beim Verfasser

Dr. med. Olaf Ganssen
Am Grünwald 38
42549 Velbert

Red.: Kup

Praxistafel

Fortbildungstermine



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

November 2013

29.–30. November 2013

PRAXISABGABESEMINAR

des bvkj e.V., in Frankfurt

Auskunft / Anmeldung: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-11, E-Mail: bvkj.kongress@uminfo.de

2014

März 2014

7.–9. März 2014

20. Kongress für Jugendmedizin

„Schule macht krank?!?“

des bvkj e.V., in Weimar

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

13.–16. März 2014

Päd-Ass 2014 – 11. Assistentenkongress

des bvkj e.V., in Köln

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

15. März 2014

23. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Mecklenburg-Vorpommern, in Rostock

Auskunft: Frau Dr. Susanne Schober, Tel. 03838/200898, Fax 03836/2377138 ①

April 2014

5. April 2014

37. Pädiatref 2014 und 6. Kongress PRAXISfieber-regio für medizinische Fachangestellte in Kinder- und Jugendarztpraxen

des bvkj e.V., LV Nordrhein, in Köln

Auskunft: Christiane Thiele, 41751 Viersen, Tel. 02162/51888; Dr. Herbert Schade, 53894 Mechernich, Fax 02443/902461, www.paediatref.de ④

5. April 2014

27. Pädiatrie zum Anfassen

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

Auskunft: Prof. Dr. Heino Skopnik, Kinderklinik Stadt Krankenhaus GmbH, Gabriel-von-Seidl-Str. 81, 67550 Worms, Tel. 06241/500 3600, Fax 06241/501 3699 ①

26. April 2014

Pädiatrie zum Anfassen und Kongress PRAXISfieber-regio für MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen

Gemeinsam mit der 63. Jahrestagung der Süddeutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, 25.–26. April 2014

des bvkj e.V., LV Baden-Württemberg, in Stuttgart/Fellbach;

Verantwortlich Frau Dr. Gudrun Jacobi

Auskunft: Interplan München, Tel. 089/54823411, Fax 089/548234-42, www.sgkj-tagung.de

Mai 2014

16.–17. Mai 2014

12. Pädiatrie à la carte des LV Westfalen-Lippe

des bvkj e.V., in Münster-Hiltrup

Auskunft: Dr. med. Marcus Heidemann, Bielefeld, Tel. 0521/204070, Fax: 0521/2090300; Dr. med. Andreas Schmutte, Dateln, Tel. 02363/8081, Fax 02363/51334, www.pac-bvkJ.de ④

16.–17. Mai 2014

24. Pädiatrie zum Anfassen

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

Juni 2014

13.–15. Juni 2014

44. Kinder- und Jugendärztetag 2014

„Umwelteinflüsse – Was macht wirklich krank?“

Jahrestagung des bvkj e.V., in Berlin

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

14.–15. Juni 2014

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

des bvkj e.V., in Berlin

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

Juli 2014

5. Juli 2014

17. Seminartagung des LV Hessen

des bvkj e.V., in Bad Nauheim

Auskunft: Dr. Ralf Moebus, Bad Homburg, Tel. 06172/26021, Fax 06172/21778 – Tel. 069/818131, 069/880983, Fax 069/814756 ①

Oktober 2014

11.–15. Oktober 2014

42. Herbst-Seminar-Kongress

des bvkj e.V., in Bad Orb

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

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

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

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

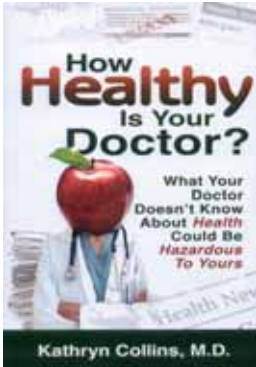
④ Interface GmbH & Co. KG, Tel. 09321-3907300, Fax 09321-3907399, info@interface-congress.de

Buchtipps

Kathryn Collins, M.D.

How Healthy Is Your Doctor?

What Your Doctor Doesn't Know About Health Could Be Dangerous To Yours



281 S., ISBN 978-0-988 936 508

Wie gesund ist Ihr Arzt?

„It's bizarre that the produce manager is more important to my children's health than the paediatrician“, so die Schauspielerin Meryl Steep. Wir Pädiater müssen diesen Satz sehr ernst nehmen, um unsere Rolle nicht zu überschätzen, und wir müssen sie als Begleiter zu gesunder Lebensweise erweitern, einer Lebensweise, die heute tatsächlich von Produktmanagern, von der Playstation zum Junk food, geprägt ist.

„Wie gesund ist Ihr Arzt? Was er nicht weiß, gefährdet Ihre Gesundheit“. Mit diesem provokativen Titel wirft die Autorin, Dr. Kathryn Collins, die Frage auf, wie viel Ärzte, inklusive für sich selbst, von Gesundheit verstehen. Sie selbst war als Notärztin viele Jahre in Notaufnahmen und Notfallbereichen tätig und erfolgreiche Akutmedizinerin, bis sie im Falle der pflegebedürftigen eigenen Mutter die Hilflosigkeit der modernen Medizin bei chronischem Leiden und gleichzeitig die Möglichkeiten „ganzheitlicher“ anderer Therapien erlebte.

Das Buch ist in vier Abschnitte eingeteilt, in den ersten zwei Kapiteln beschäftigt es sich mit der Gesundheit von Ärzten, um die es bekanntlich nicht besonders gut gestellt ist. Sie lernen eigentlich gesundheitsbewusstes Verhalten nur aus persönlichen Erlebnissen, nicht in Studium oder Ausbildung. Das zweite Kapitel umreißt, warum das Gesundheitswesen ein Krankheits-

wesen ist. Im zweiten Abschnitt geht es um den Ist-Zustand insbesondere des amerikanischen Gesundheitswesens, ist aber gut übertragbar, da wir mit denselben Problemen konfrontiert sind: Medizinisches Handeln besteht aus reaktivem Handeln, das heißt, den Symptomen hinterherzulaufen. Proaktive Medizin wird nicht gelehrt. So ist die Medizin interventionsorientiert: Medikamente oder Eingriffe. Das Gespräch, vor allem das Zuhören, findet wenig Raum. Gesundheit hat seinen Preis und sein Marketing: Im vierten Kapitel sind die enttäuschenden Machenschaften der Pharmaindustrie Thema: Viel hilft viel und noch mehr noch mehr, ohne Langzeitfolgen, Interaktionen und Nebenwirkungen zu bedenken. Pill to ill, wie die Kurzformel lautet.

Im nächsten Kapitel wird ein Feind der Gesundheit identifiziert: „Wir“: Bewegungsmangel, gesundheitsgefährdende Ernährung, Umwelttoxene und Streß. Vor allem die unangemessene Ernährung und das Übergewicht mit den daraus resultierenden „neuen Morbiditäten“ sind, und da sind uns die USA weit voraus, beängstigend und werden in absehbarer Zeit erstmalig die Lebenserwartung reduzieren. Hilfreiche Konzepte sind, angesichts der industriellen Übermacht, nicht in Sicht. Zu sehr konzentriert sich die Autorin auf die Rolle des oxidativen Stresses, weniger auf die psychosozialen Bedingungen.

Im dritten Teil, auf der Suche nach Gesundheit, wird zunächst schlüssig erklärt, was die moderne Medizin leistet, wozu man sie braucht und was man von ihr erwarten kann. Die Fortschritte und Erkenntnisse vor allem bei Akuterkrankungen und Notfällen werden gewürdigt, aber in ihrer breiten Anwendung und häufigen Übertherapie ebenso hinterfragt wie in ihrer Einseitigkeit. Das gleiche gilt für die Diagnostik, insbesondere die genetische, denn auch genetisch präformierte, aber dennoch Lebensstilabhängige / modulierte Erkrankungen können zu mindestens zwei Dritteln durch Änderung des Lebensstils beeinflusst werden. Das gilt für ADS, Adipositas, Arthrose, Asthma, Demenz, Depression, Diabetes II, Herz-Kreislaufkrankungen wie auch für viele Krebsarten. So

soll Prinz Charles gesagt haben: Das imposante Gebäude der modernen Medizin gleicht dem schiefen Turm von Pisa – es ist aus dem Lot geraten.

Die Verwechslung von Prävention und Früherkennung wird im folgenden Kapitel thematisiert: „Prävention heißt, solange zu warten, bis etwas früh erkannt wird“. Die Fortschritte durch neue Labormessungen sind „Super-Früherkennung“ und nicht mehr, oder nur Risikonachweise, wie etwa Gentests, deren individuelle Bedeutung für ein Individuum statistische Größen sind. Das Dilemma des Mammographie- oder PSA-Screenings und der Coronarangiographien wird ebenso thematisiert wie die Tatsache, dass normale Laborwerte keine Gesundheit beweisen und in falscher Sicherheit wiegen.

Im vierten und letzten Teil wird es konkret: Ein wichtiger, vernachlässigter Baustein zur Gesundheit ist die Ernährung. Nach wie vor ist gesunde Ernährung „sozial auffällig“, etwa beim Kantine- oder Restaurantbesuch. Dabei muss eine gesunde Lebensweise keine Zwangsjacke, sondern ein Weg zum Wohlfühlen sein, um attraktiv zu bleiben, zu mehr Energie und zu mehr Gesundheit. Wir sind, was wir essen, im wahrsten Sinne des Wortes. In drei Monaten hat uns der Zellturnover vollständig umgebaut, und wir haben das inkorporiert, was wir gegessen haben. Chronische Erkrankungen sind, oft als Folge eines oxidativen Stresses, chronische Entzündungsprozesse. Alles, was wir erleben und tun, beeinflusst unsere Gesundheit, positiv oder negativ; wenn auch unsere genetische Ausstattung unterschiedlich ist und manche Erkrankungen genetisch determiniert sind, ist oft die Lebensweise wichtiger als die genetische Ausstattung, wie die Epigenetik erklären kann.

Die Autorin schließt mit der eingangs gestellten Frage dahingehend: Sieht man Ihrem Arzt an, was er von Gesundheit versteht, und handelt er selbst so, wie er anderen rät? Wie offen ist er gegenüber nicht-medizinischen Maßnahmen, stellt er sich Fragen zur Lebensführung und Ernährung? Kann er Partner auf dem Weg zu besserer Gesundheit sein, oder nur Pillen verschreiben? Das Ge-

sundheitswesen muss seinen Schwerpunkt von der Verwaltung und Behandlung von Krankheiten in Richtung gesunder Lebensweise umorientieren. Das Wissen ist vorhanden, die Bereitschaft zur Umsetzung fehlt. Die Selbstverantwortung fängt bei uns selbst an: Wir Ärzte müssen Vorbilder auf dem Weg zur Gesundheit sein, und Schulen und Arbeitsplätze Ort von Gesundheit und Wohlfühlen. Halbherzige Maßnahmen sind nichts anderes als „die Liegestühle an Bord der Titanic herumzuschieben“. Nicht „Disease-Ma-

nagement“, sondern ernst gemeinte Gesundheitsförderung in allen Lebensbereichen ist gefragt, und nicht nur im Krankheitsfall, um dahin zu kommen, dass der beste Arzt der ist, den man nicht braucht.

Ein ausführliches, sehr aktuelles, bis ins erste Quartal 2013 reichende Quellenverzeichnis rundet das etwas amerikanisch-reißerisch gestaltete Buch ab. Was zu kurz kommt, ist der „psychohygienische“ Aspekt, der uns in der Pädiatrie die größte Sorge und Hilflosigkeit macht, weil Kinder

selbst keinen Einfluss auf ihre Lebensumstände haben und wir die pathogenen Faktoren der Umgebung wahrnehmen, ohne sie wesentlich ändern zu können. Wir sollten es aber nimmermüde versuchen. Dennoch ist das Buch eine Übersetzung wert, um auch dem deutschen Publikum den Zugang zu erleichtern.

Dr. Stephan Heinrich Nolte
35039 Marburg/Lahn
shnol@t-online.de

Red.: ReH

Prof. Dr. Ulrich Heininger (Hrsg.)
Impfratgeber – Impfeempfehlungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene



UNI-MED Science, 7. neu-
bearb. Auflage 2013, 144 Sei-
ten, 19 Abb., € 39,80, ISBN
978-3-8374-1390-8

Das Buch ist übersichtlich gegliedert und zeigt sowohl die in Deutschland allgemein empfohlenen Impfungen als auch Reiseimpfungen auf. Jede Impfung wird systematisch besprochen. Tabellen und farbli-

che Hervorhebungen erleichtern zudem das rasche Auffinden der gesuchten Information. Auch medicolegale Gesichtspunkte werden leicht verständlich dargestellt. Dass auch Epidemiologie und Pathogenese dargestellt werden, erleichtert das Verständnis des Einsatzes und der Wirkung des jeweiligen Impfstoffes.

Im Vergleich zum hervorragenden speziellen Teil zeigt der allgemeine Teil mit den Grundlagen leichte Schwächen. Dies ist aber für die Anwendung des Buches in der täglichen Praxis in keiner Weise abträglich.

Das Buch ist für jeden praktisch

impfenden Arzt als rasch verfügbares Nachschlagewerk sehr zu empfehlen. Auch wird man bei der Diskussion mit kritischen Eltern eine Fülle weiterer Argumente finden, die in der Überzeugungsarbeit hilfreich sind.

Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz
Prof.-Hess-Kinderklinik
28177 Bremen
E-Mail: hans-iko.huppertz@
klinikum-bremen-mitte.de



Geburtstage im Dezember 2013

65. Geburtstag

Frau Ludmilla *Janzen*, Bergisch Gladbach, am 01.12.
 Herr Bernhard *Vogel*, Stade, am 04.12.
 Herr Dr. med. Manfred *Reichert*, Karlsruhe, am 05.12.
 Herr Dipl.-Med. Knut *Abels*, Berlin, am 05.12.
 Herr Dr. med. Rudolf *Faubel*, Wardenburg, am 05.12.
 Frau Dr. med. Bianka *Koch*, Grafing b.M., am 08.12.
 Herr Dr. med. Burkhard *Schütte*, Oberkirch, am 08.12.
 Herr Dr. med. Dieter *Bulle*, Hückeswagen, am 08.12.
 Frau Dr. med. Annette *Ahlmeyer*, Osnabrück, am 10.12.
 Herr Prof. Dr. med. Otto *Schofer*, Neunkirchen, am 13.12.
 Herr Dr. med. Franz-Josef *Manemann*, Coesfeld, am 14.12.
 Frau Maria *Büttner*, Homburg, am 15.12.
 Herr Dr. med. Frank *Dietzsch*, Calw, am 19.12.
 Frau Dr. med. Vera *Wolf*, Potsdam, am 24.12.
 Frau Dr. med. Elisabeth *Knitza*, Grafrath, am 30.12.

70. Geburtstag

Frau Dr. med. Elke *Weber*, Dresden, am 01.12.
 Frau SR Dr. med. Doris-Maria *Lang*, Eisenberg, am 05.12.
 Frau Annette *Theising*, Duisburg, am 07.12.
 Frau Dr. med. Heidrun *Gruner*, Chemnitz, am 08.12.
 Herr Dr. med. Matthias *Röskau*, Münster, am 12.12.
 Herr Dr. med. Bernd *Tillessen*, Warendorf, am 13.12.
 Herr Dr. med. Jürgen *Wallstein*, Wertheim, am 15.12.
 Frau Prof. Dr. med. Christel *Hülße*, Rostock, am 15.12.
 Frau Sigrid *Völpel*, Krefeld, am 16.12.
 Herr Dr. med. Manfred *Doering*, Köln, am 16.12.

Frau Dr. med. Elke *Mirsch*, Schleusingen, am 18.12.
 Frau Dr. med. Petra *Marby*, Dessau, am 20.12.
 Frau Dr. med. Frauke *Schulze*, Bremen, am 21.12.
 Frau Almut *Rüter-Jungfleisch*, Mannheim, am 23.12.
 Frau Dr. med. Angelika *Schmidt*, Neunkirchen-Adorf, am 24.12.
 Herr Dr. med. Hans-Eberhard *Heuer*, Hamburg, am 25.12.
 Herr Dr. med. Reinhard *von Kietzell*, Lüneburg, am 25.12.
 Herr Eduardo *Nelli*, Gelsenkirchen, am 25.12.
 Herr Dr. med. Hans-Georg *Dey*, Schwarzach, am 27.12.
 Herr Dr. med. Michael *Richter*, Fuldabrück, am 27.12.
 Herr Dr. med. Ulf *Graebner*, Bandelstorf, am 28.12.
 Herr Dr. med. Gunter *Hüttig*, Ansbach, am 29.12.

75. Geburtstag

Herr Dr. med. Paul *Paninka*, Asbach-Bäumenheim, am 02.12.
 Frau Dr. med. Gerlinde *Lehle*, Geislingen, am 02.12.
 Herr Dr. med. Tilo *Rumann*, Northeim, am 08.12.
 Frau Dr. med. Beate *Irek*, Alsfeld, am 09.12.
 Herr MR Dr. med. Erich *Pohl*, Bad Kissingen, am 12.12.
 Frau Dr. med. Lore *Köppen*, Marbach, am 14.12.
 Frau Dr. med. Renate *Werwigk-Schneider*, Berlin, am 17.12.
 Herr Dr. med. Niels *Callsen*, Buxtehude, am 19.12.
 Frau Dr. med. Barbara *Mueller*, Potsdam, am 20.12.
 Frau Dr. med. Gisela *Brinkmann*, Bad Driburg, am 26.12.

80. Geburtstag

Frau SR Dr. med. Christel *Drechsel*, Gornsdorf, am 02.12.
 Herr Dr. med. Günter *Mann*, Dietzenbach, am 14.12.

81. Geburtstag

Herr Dr. med. Harald *Hauser*, Stockdorf, am 17.12.
 Herr Dr. med. Mohammad *Saleh Tahbasian*, Hannover, am 24.12.

Frau Dr. med. Helga *Claußen*, Magdeburg, am 28.12.
 Herr PD Dr. med. Conrad *Sander*, Baden-Baden, am 31.12.

82. Geburtstag

Frau Dr. med. Renate *Ewert*, Meschede, am 09.12.
 Herr MR Dr. med. Fredy *Pathenheimer*, Rostock, am 12.12.

83. Geburtstag

Herr Dr. med. Harro *Schirmer*, Friedrichsdorf, am 20.12.
 Herr MR Dr. med. Udo *Steiniger*, Zahna-Elster, am 26.12.

84. Geburtstag

Frau Dr. med. Katharina *Bauer*, Bunde, am 17.12.
 Frau Dr. med. Lilli *Meurer*, Monschau, am 29.12.

85. Geburtstag

Frau Marlene *Zacharias*, Berlin, am 17.12.

88. Geburtstag

Frau Dr. med. Isis *Elbern*, München, am 10.12.

89. Geburtstag

Herr Dr. med. Hans *Hager*, Köln, am 08.12.
 Herr Dr. med. Ernst *Peres*, Koblenz, am 08.12.
 Frau Dr. med. Edeltraut *Fritz*, Reinbek, am 11.12.

90. Geburtstag

Frau Dr. med. Inge *Baader*, Köln, am 01.12.
 Frau Dr. med. Angela *Bahr*, Münster, am 12.12.
 Frau Dr. med. Renate *Stefan*, Ingolstadt, am 22.12.
 Frau Dr. med. Marianne *Kremer*, Essen, am 22.12.

91. Geburtstag

Frau Dr. med. Ursula *Eulner*, Göttingen, am 11.12.
 Frau Dr. med. Hildegard *Geiger*, Offenburg, am 20.12.

92. Geburtstag

Herr Dr. med. Andreas *Löffler*, Gifhorn, am 30.12.

93. Geburtstag

Frau Dr. med. Lore *Kunkel*, Krefeld,
am 05.12.

Herr Dr. med. Ferdinand *Müller*, Graflin,
am 27.12.

Herr Dr. med. Kurt *Meyer*, Schwabach,
am 27.12.

94. Geburtstag

Herr Dr. med. Otto *Meuser*, Hannover,
am 21.12.

96. Geburtstag

Frau Dr. med. Anne *Weikert*, Grünwald,
am 17.12.

Wir trauern um:

Herrn Dr. med. Peter-W. *Gerner*,
Gunzenhausen

Frau Dr. med. Gabriele *Pelzer*, Kirrberg

Herrn Dr. med. Jochen *Martin*,
Chemnitz

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

Frau Dr. med. Andrea *Dorn*
Frau Kathrin *Meyer*

**Landesverband Niedersachsen**

Herrn Dr. med. Marcus *Franzke*
Frau Dr. med. Sarah *Grimpe*
Frau Anja *Soch*

**Landesverband Thüringen**

Frau Dr. med. Cathrin *Suck*

**Landesverband Berlin**

Frau Katharina *Schimann*

**Landesverband Nordrhein**

Frau Petra *van Dreuten*
Herrn Dr. med. Jonas *Kreth*

**Landesverband
Westfalen-Lippe**

Frau Dr. med. Anne *Breetholt*
Herrn Dr. med. Simon *Danckworth*
Herrn Marcel *Roßkamp*

**Landesverband Bremen**

Frau Dr. med. Katharina *Kiemle*

**Landesverband Saarland**

Frau Dr. med. Katja *Ihmann*

Prevenar 13

Durchimpfungsrate und Impf-Compliance müssen verbessert werden

Neue Daten, die auf der 31. Jahrestagung der European Society for Paediatric Infectious Diseases (ESPID) vorgestellt wurden, haben die signifikante Auswirkung des Pneumokokken-Impfstoffes Prevenar 13 auf einen Rückgang der Inzidenz von Pneumokokkenkrankungen (PD) bestätigt. Die Daten zeigen, dass die in PCV13 enthaltenen Serotypen, die weltweit auch am häufigsten invasiven Krankheiten verursachen, deutlich zurückgingen.¹

- Sieben Jahre nach der allgemeinen Impfpflicht sind in Deutschland fast keine gemeldeten Fälle von durch PCV7-Serotypen hervorgerufenen Pneumokokken-Erkrankungen zu verzeichnen. Drei Jahre nach Einführung von höher-valenten Pneumokokkenkonjugat-Impfstoffen sind bei Kindern unter 2 Jahren die gleichen Auswirkungen der zusätzlichen sechs PCV13-Serotypen zu erkennen. So konnte bei Serotyp 19A eine 70-prozentige Reduktion von Fällen registriert werden.²
- Nachdem im Jahr 2010 PCV13 in Madrid (Spanien) in den allgemeinen Impfplan aufgenommen wurde, war die Inzidenz von Pneumokokken-Erkrankungen rückläufig, die von im Impfstoff enthaltenen Serotypen ausgelöst werden.³
- In Griechenland wurde 2 Jahre nach der Aufnahme von PCV13 in das nationale Impfprogramm (NIP) eine Reduktion aller Pneumokokken-Erkrankungen bei Kindern im Alter bis zu 2 Jahren um knapp 44% beobachtet.⁴

Dr. Mark van der Linden, Institut für Medizinische Mikrobiologie, Universitätsklinikum RWTH Aachen, bemerkte zu den zahlreichen auf dem Kongress vorgestellten Studien: „Heute sehen wir aufgrund der umfassenden Aufnahme in nationale Impfprogramme kaum noch durch PCV7-Serotypen hervorgerufene Pneumokokkenkrankungen. Es ist ein gutes Zeichen, dass bei den weiteren in PCV13 enthaltenen Serotypen ein vergleichbarer Effekt zu erkennen ist. Der Rückgang des besonders virulenten Pneumokokkenserotyps 19A ist ein großer Erfolg.“

Tatsächlich ist trotz dieser positiven Resultate die Durchimpfungsrate und die Einhaltung von empfohlenen Impfterminen nach wie vor nicht optimal⁵ und kann unter Umständen den Erfolg der Impfstrategien einschränken. Im Allgemeinen ist die Durchimpfungsrate und die Einhaltung von Impfterminen in den Ländern höher, in denen der Pneumokokkenimpfstoff zum nationalen Impfprogramm (NIP) gehört.⁵ In Deutschland erhielten 73 % der Kinder im Alter von 9 bis 18 Monaten mindestens eine Dosis eines Pneumokokkenimpfstoffs. 66 % dieser Kinder schlossen die Grundimmunisierung gemäß dem national empfohlenen Impfschema ab. 66 % der Kinder im Alter von 19 bis 30 Monaten, die die Grundimmunisierung abgeschlossen haben, erhielten die Auffrischungsdosis.⁵

Verglichen mit dem Kombinationsimpfstoff für Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten im Kindesalter (DTP) ist die Durchimpfungsrate der Pneumokokkenimpfungen niedriger.⁵ In den fünf untersuchten europäischen Ländern war der Prozentsatz der Kinder im Alter von 19 bis 30 Monaten, die mindestens eine Dosis DTP erhielten, deutlich höher (94 bis 99 %) als der Prozentsatz der Kinder, die mindestens eine Dosis Pneumokokkenimpfstoff erhielten (73 bis 91 %). In Deutschland erhielten 79 % der Kinder im Alter von 19 bis 30 Monaten mindestens eine Dosis eines Pneumokokkenimpfstoffs. Beim Kombinationsimpfstoff für Masern-Mumps-Röteln (MMR) waren es 92 %, bei DTP gar 97 %.⁵

„Impfstrategien gegen Pneumokokken haben sich zur Minderung der Krankheitslast durchweg als positiv erwiesen. Aller-

dings kann der Impferfolg noch erhöht werden, indem die Beteiligung an der Pneumokokkenimpfung und die Einhaltung der Impftermine von Ärzten und Eltern im Auge behalten wird. Ein früher Beginn und eine zeitgereichte Vervollständigung der Immunisierung analog zum empfohlenen Schema sollten Priorität in der Gesundheitspolitik haben. Alle Partner im Gesundheitswesen sind wichtige Akteure, um die Immunisierung und die damit verbundenen Vorteile erreichen zu können“, bemerkte Professor Federico Martinon-Torres vom Universitätsklinikum in Santiago, Spanien.

Literaturhinweise

- 1 Pneumococcal Global Serotype Project. Summary report of stage1/version 1 analysis. October 2007. Abrufbar unter: http://www.preventpneumo.org/pdf/GSP%20Summary%20for%20SAGE%20Nov6-8%202007_Oct%2019-07.pdf – Letzter Zugriff Mai 2013.
- 2 Van der Linden M., Imöhl M. Vorgestellt auf der 31. Jahrestagung der European Society for Paediatric Infectious Diseases (ESPID), Italien, Mai 2013, Poster Nr. 328.
- 3 Picazo J. et al. Vorgestellt auf der 31. Jahrestagung der European Society for Paediatric Infectious Diseases (ESPID), Italien, Mai 2013, Poster Nr. 170.
- 4 Syriopoulou V. et al. Vorgestellt auf der 31. Jahrestagung der European Society for Paediatric Infectious Diseases (ESPID), Italien, Mai 2013, Poster Nr. 1284.
- 5 Tin Tin Htar M. et al. Vorgestellt auf der 31. Jahrestagung der European Society for Paediatric Infectious Diseases (ESPID), Italien, Mai 2013, Poster Nr. 1232.

Nach Informationen der Pfizer Pharma GmbH

Aktuelle Versorgungsanalyse zur SIT bei Gräserpollenallergie

Deutliches Verbesserungspotential in der Therapie bei Kindern und Jugendlichen vorhanden

Die Versorgung Gräserpollen-allergischer Kinder in Deutschland ist derzeit nicht optimal. Das ergab eine aktuelle Versorgungsforschungsanalyse für das Jahr 2012. Sie zeigt, dass rund ein Drittel der Kinder bzw. Jugendlichen mit Therapieallergenen behandelt wird, die nicht zugelassen sind, obwohl zugelassene Alternativen verfügbar sind. Nur etwa ein Viertel erhält SIT-Präparate, die speziell bei Kindern und Jugendlichen geprüft wurden und für diese auch explizit zugelassen sind.

Die spezifische Immuntherapie (SIT) ist die einzige Behandlungsmethode von Atemwegsallergien, die direkt in das immunologische Geschehen der Erkrankung eingreift und dabei die Entstehung eines allergischen Asthmas verhindern kann. Die häufigsten allergieauslösenden Allergene sind Gräser, Baumpollen (Birke, Erle, Hasel) und Hausstaubmilben. Für diese Allergene stehen zahlreiche SIT-Präparate für die sublinguale oder die subkutane Applikation zur Verfügung. Laut der gültigen Leitlinie zur spezifischen Immuntherapie [1] sollten für die Allergiebehandlung SIT-Präparate bevorzugt eingesetzt werden, die eine entsprechende Zulassung haben. Bei diesen Präparaten können Ärzte und Patienten davon ausgehen, dass Wirksamkeit und Sicherheit in klinischen Studien dokumentiert wurden.

Durch die Therapieallergene-Verordnung wurde vor einiger Zeit für SIT-Präparate mit den häufigen Allergenen eine Zulassungspflicht eingeführt. Zurzeit läuft jedoch eine Übergangsfrist, in der noch nicht zugelassene SIT-Präparate mit häufigen Allergenen während ihres Zulassungsantrages weiter vertrieben werden dürfen [2]. Die pädiatrische Kommission der europäischen Zulassungsbehörde EMA (European Medicines Agency) fordert allerdings eine explizite Zulassung für SIT-Präparate zur Anwendung in der Pädiatrie, die sich auf Wirksamkeitsstudien ausschließlich mit Kindern und Jugendlichen stützt [3]. Gerade im Kinder- und Jugendalter ist die Auswahl des richtigen Präparates für die SIT besonders wichtig, da im jüngeren Alter das Krankheitsgeschehen noch nicht so weit fortgeschritten ist und damit Folgeerkrankungen wie weitere Sensibilisierungen oder ein allergisches Asthma bronchiale verhindert werden können.

Mangelnde Versorgungsqualität in der täglichen Praxis

In einer aktuellen Versorgungsforschungsanalyse wurde nun überprüft, welche Qualität die Verordnung von SIT-Präparaten für Kinder und Jugendliche in der täglichen Praxis tatsächlich hat [4]. Qualitätskriterien zur Beurteilung der Therapie waren der allgemeine Zulassungsstatus, der explizite Zulassungsstatus für Kinder und Jugendliche sowie die Evidenzqualität der eingesetzten SIT-Präparate. Von einer hohen Evidenz wurde ausgegangen, wenn die Wirksamkeitsstudien zu den SIT-Präparaten ausgewählten Kriterien entsprachen, die in einem Positionspapier der World Allergy Organization (WAO) festgelegt wurden [5]. Unter anderem sollte es sich um Daten aus doppelblindplacebokontrollierten (Kinder-)Studien handeln.

Die Analyse der deutschlandweiten GKV-Verordnungsdaten ergab, dass 2012 bei 7.527 Kindern und Jugendlichen (5 bis 17 Jahre) in der Indikation „Atemwegsallergie gegen Gräserpollen“

mit einer SIT begonnen wurde. Das entspricht 32% aller SIT-Neuverordnungen für Gräserallergiker in 2012.

Bei 32% der Patienten wurden zwar verkehrsfähige (n=17), derzeit allerdings nicht zugelassene Präparate eingesetzt. 68% der Patienten wurden mit den acht Präparaten behandelt, die nur eine allgemeine Zulassung, aber keine explizite Kinder-/Jugendlichen-Zulassung hatten. Ein klinischer Wirksamkeitsnachweis mittels Studienmethodik in Anlehnung an die WAO-Kriterien lag lediglich für drei der acht allgemein zugelassenen SIT-Präparate vor – hiermit wurden immerhin noch 31% der Patienten behandelt. Nur 26% der Kinder und Jugendlichen wurden jedoch mit den zwei Präparaten behandelt, die eine spezielle klinische Dokumentation für Kinder sowie eine explizite Zulassung für die Behandlung einer Gräserpollenallergie bei Kindern und Jugendlichen aufweisen können: die Gräserallergen-Tabletten Grazax® und Oralair® [Abbildung].

Warum immer noch Off-Label-Verordnungen?

Kinder und Jugendliche mit einer Gräserpollenallergie können also mit explizit für diese Allergengruppe zugelassenen Präparaten auf hohem Evidenzniveau behandelt werden. Dennoch wurde 2012 lediglich jedes vierte Kind bzw. jeder vierte Jugendliche „In-Label“ mit Grazax® und Oralair® behandelt. Die Versorgungsqualität in der SIT bei Kindern und Jugendlichen weist damit ein deutliches Verbesserungspotential auf und steht im Widerspruch zu den Forderungen der S2-Leitlinie zur SIT [1]. Auch die Zielsetzung der Therapieallergene-Verordnung und der pädiatrischen Kommission der EMA, durch Zulassung von SIT-Präparaten die Therapiequalität im Allgemeinen und speziell für Kinder und Jugendliche zu verbessern, wird damit umgangen. Für den „Off-Label“-SIT-verordnenden Arzt können negative juristische Implikationen erwachsen. Die Gründe für den unnötig hohen Prozentsatz von „Off-Label“-Verordnungen müssen nun diskutiert werden.

Quelle: Presse-Round-Table der Firmen Stallergenes GmbH und ALK-Abelló Arzneimittel GmbH, im Rahmen des 8. Deutschen Allergiekongresses, 6. September 2013, Bochum

Literatur bei den Firmen Stallergenes GmbH und ALK-Abelló Arzneimittel GmbH

Nach Informationen von Stallergenes GmbH und ALK-Abelló Arzneimittel GmbH

Rationaler Antibiotika-Einsatz in der Kinderarztpraxis – so geht es!

Infektionskrankheiten sind der häufigste Grund für die Vorstellung von Kindern beim Kinder- und Jugendarzt. Die Frage, ob und wann ein Kind mit einem Antibiotikum therapiert werden soll, nimmt breiten Raum in der täglichen Praxis ein. Im Gespräch erklären der Hamburger Pädiater und Neonatologe Dr. Hilmar Uhlig und sein Team, wie sich virale von bakteriellen Infektionen schnell und sicher differenzieren lassen, damit ein unnötiger Antibiotika-Einsatz vermieden werden kann.

1 Infektionen gehören zu den häufigsten Vorstellungsgründen in der Kinderarztpraxis. Wie viele Patienten sind das wirklich? Was bewegt die Eltern?

Dr. Hilmar Uhlig: Besonders in den Wintermonaten kommen schätzungsweise bis zu 70% der Patienten mit den typischen Erkältungsmerkmalen (Husten, Schnupfen, Ohrenschmerzen, Fieber, Durchfall) in die Praxis. Die Eltern möchten eine möglichst schnelle Linderung der Beschwerden und eine effektiv wirksame Therapie. Darunter wird in der Regel die Verschreibung von Antibiotika verstanden. Viele Eltern sind aber mittlerweile über die Risiken und Nebenwirkungen einer Antibiotikatherapie aufgeklärt und wünschen sich mehr diagnostische Sicherheit für ihre Kinder.

2 Was für Probleme birgt damit die Diagnose dieser Infektionen?

Dr. Hilmar Uhlig: Es gilt, schnell und so sicher wie möglich, virale von bakteriellen Infektionen zu unterscheiden. Die klinische Untersuchung allein kann hier oft keine hundertprozentige Sicherheit geben. Daher soll eine antibiotische Therapie möglichst mit zuverlässiger Diagnostik untermauert werden. So sind die Kinder vor unnötiger Antibiotikagabe und den entsprechenden Nachteilen (z.B. Resistenzbildung und Beeinflussung der Darmflora) geschützt. Andererseits kann die Eskalation einer nicht rechtzeitig behandelten Infektion verhindert werden.

3 Wie kann man in der täglichen Arbeit schnell und sicher bakterielle von viralen Infekten trennen?

Dr. Hilmar Uhlig: Der erste Schritt ist immer die klinische Untersuchung. Hinweise auf eine bakterielle Infektion, die mit Antibiotika therapiert werden muss, können z.B. grünlicher Schleim, vereiterte Mandeln, auffällige Auskultationsbefunde

„Erst testen, dann verordnen“ so der Leitsatz für eine rationale Antibiotikaverordnung



und langanhaltendes Fieber sein. Dann ist ein guter diagnostischer Indikator das C-reaktive Protein (CRP). Als wichtiger Bestandteil des Immunsystems steigt es bei bakteriellen Infektionen rasch an und lässt sich leicht im Blut nachweisen. Virale Infektionen verursachen in der Regel keine bis geringe Konzentrationen des CRP. Besonders das neue QuikRead go[®] ermöglicht Messwerte bis 0,5 mg/l. Damit können wir auch Neugeborene und Säuglinge zuverlässig messen und monitoren.

4 Wie kann man das messen und welche Vorteile bringt die Messung den Beteiligten?

Dr. Hilmar Uhlig: Die sicherste Methode ist eine quantitative Messung des CRP. Möglich ist diese Messung auch in der Praxis als Bedside-Test. Hierbei wird mit einem Tropfen Blut – z.B. aus der Fingerkuppe – noch in der Praxis in nur wenigen Minuten und damit wesentlich schneller und ebenso zuverlässig wie eine Messung im Labor das CRP bestimmt.

Die Vorteile liegen auf der Hand. Durch den CRP-Wert lässt sich häufig sicher abschätzen, ob eine Antibiotikatherapie nötig ist. Die kleinen Patienten sind vor unnötigen Antibiotikabehandlungen geschützt und die Eltern können beruhigt ohne Wartezeit mit ihrem Kind nach Hause gehen. Außerdem wird bei einer

akuten bakteriellen Infektion keine Zeit durch das Warten auf Laborergebnisse verloren.

Frau Boyens-Schultz, als Medizinische Fachangestellte messen Sie in der Praxis den quantitativen CRP-Wert mit QuikRead go[®]. Ist das umständlich?

Hella Boyens-Schultz: Im Gegenteil! Die Messung wird mit nur einem Tropfen Blut aus der Fingerkuppe in 1-2 Minuten durchgeführt. Das Gerät ist selbsterklärend, schnell und einfach. Auf die Ergebnisse kann man sich verlassen. Vergleiche mit dem „großen“ Labor haben das immer wieder gezeigt. Außerdem merken die Kinder den „Pieks“ kaum. Babys schlafen manchmal sogar weiter.

Wie ist der Test in den Praxisablauf eingebettet?

Hella Boyens-Schultz: Bei den entsprechenden Symptomen gilt grundsätzlich „erst testen – dann verordnen“. Der Praxisablauf und die Kommunikation mit den Patienten bzw. den Eltern ist deutlich verbessert, da alle den Nutzen dieses Tests sofort erkennen. Der Praxisablauf ist vereinfacht, weil die Patienten nicht auf Laborergebnisse warten und ggf. nochmal zur Abholung eines Rezeptes in die Praxis kommen müssen.

Die finnische Firma Orion Diagnostica stellt das Gerät QuikRead go[®] her.

Neuer Impfstoff TdaP-IMMUN – besonders hohe Immunogenität, sehr gute Verträglichkeit

Der forschende Pharmakonzern BAXTER führt einen neuen Impfstoff gegen Tetanus, Diphtherie und Pertussis (TdaP) auf dem deutschen Markt ein. TdaP-IMMUN heißt das Produkt zur Auffrischimpfung für Kinder ab vier Jahren, Jugendliche sowie Erwachsene. TdaP-IMMUN hat sich in aktuellen klinischen Studien [1,9] als äußerst wirksam erwiesen. Der Impfstoff enthält zudem keine Konservierungsmittel und zeichnete sich durch eine sehr gute Verträglichkeit aus [1,9].

Die aktuellen Ergebnisse einer Impfstudie zeigen, dass die Pertussis-Impfquote bei Erwachsenen mit 34,5% noch ungenügend ist [7]. In Deutschland ist Pertussis immer noch endemisch. Dabei sind nicht nur Kinder betroffen, sondern immer mehr erwachsene Bundesbürger [2-5]. Obwohl die Immunität gegen Pertussis nur einige Jahre anhält, sind die Impfraten in Deutschland immer noch unzureichend (Frauen: 13,7 %, Männer: 11,4 %).

Mit TdaP-IMMUN kommt ein neuer und besonderer Impfstoff gegen Pertussis und Tetanus / Diphtherie auf den deutschen Markt. Dieser enthält eine deutlich höhere Menge an Pertussis-Toxoid im Vergleich zu den derzeit auf dem deutschen Markt befindlichen TdaP-Impfstoffen [1,9]. Darüber hinaus wird das Pertussis-Toxoid in einer einzigartigen Art und Weise hergestellt. Es behält dabei möglichst seine natürliche Struktur [9]. Klinische Studien haben gezeigt, dass TdaP-IMMUN höhere Seroprotektionsraten gegen Pertussis-Toxin erreicht [1, 9]. Eine randomisierte Studie [1] mit 230 jugendlichen Probanden verglich die Immunogenität von Tdap-IMMUN gegenüber Pertussis mit einem anderen Tdap-Impfstoff (Covaxis). Hierbei erzielte TdaP-IMMUN im geometrischen Mittel eine 3-4 mal höhere Antikörperkonzentration gegen das Pertussis-Toxin [1]. Auch bei Erwachsenen erzielt TdaP-IMMUN bei 92 % der Geimpften eine Booster-Antwort, wogegen andere TdaP-Impfstoffe in vergleichbaren Studien deutlich geringere Booster-Antworten erreichten [9]. Die Seroprotektionsraten gegen Tetanus und Diphtherie waren ähnlich wie die anderer TdaP-Impfstoffe in vergleichbaren Studien [9]. TdaP-IMMUN erwies sich zudem auch als nebenwirkungsarm, gut verträglich und enthält keine Konservierungsstoffe wie Thiomersal [1, 9].

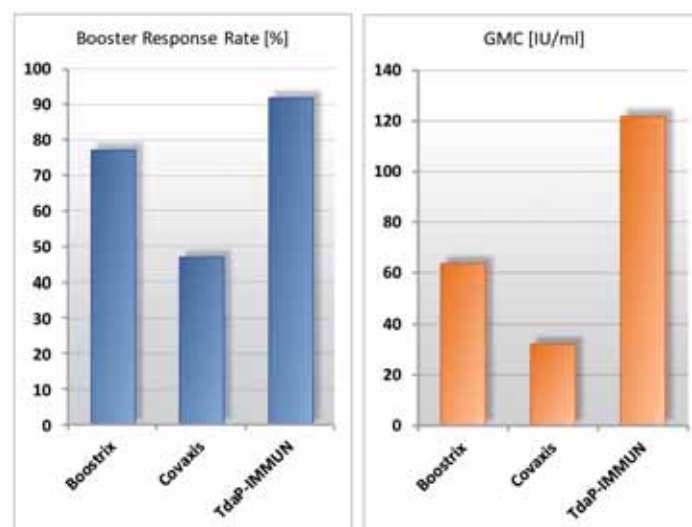
Keuchhusten ist jetzt bundesweit meldepflichtig

Die Folgen einer Keuchhustenerkrankung sind lange Arbeitsausfälle und die Gefahr, dass noch ungeschützte Säuglinge,

Kleinkinder sowie ältere- und chronisch kranke Menschen infiziert werden. Und gerade bei ihnen kann Pertussis mit schweren Komplikationen, schlimmstenfalls tödlich verlaufen [2,6]. Trotzdem: Derzeit sind gerade einmal 12,5 % der erwachsenen Bundesbürger gegen die Krankheit geimpft [7]. Um dem Problem beizukommen und die genauen Pertussis-Fallzahlen bundesweit zu erfassen, ist die Erkrankung seit dem 29. März 2013 nach § 6(1) Nr. 1 IfSG in ganz Deutschland meldepflichtig [8]. Die hohe Anzahl von Keuchhustenfällen unterstreicht die Notwendigkeit von zusätzlichen Auffrischimpfungen [10]. Deshalb soll Erwachsenen – laut Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) – die nächste fällige Tetanus-Auffrischimpfung einmalig als TdaP-Kombinationsimpfung gegeben werden.

TdaP-IMMUN überzeugt durch eine höhere Immunogenität gegen Pertussis Toxin

Diese Daten zeigen die prozentuale Anzahl der erwachsenen Individuen mit einer angemessenen Impfantwort gegen Pertussis Toxin nach Booster-Impfung mit Tdap-IMMUN, Boostrix oder Covaxis (linke Abbildung). Die rechte Abbildung zeigt die absoluten Antikörper-Titer gegen Pertussis Toxin dieser Individuen nach Impfung mit Tdap-IMMUN, Boostrix oder Covaxis.



Quellen:
modifiziert
nach Thierry-
Carstensen
et al., Vaccine
30 (2012)
5464-71

Literatur

- [1] Netterlid et al. dTdp booster trial at 14-15 years of age. 2012; Poster Nordic Vaccine Meeting 5-7. Sept.2012 Copenhagen, Denmark
- [2] Riffelmann et al. Pertussis – nicht nur eine Kinderkrankheit. Dtsch Arztebl 2008; 105(37): 623-8.
- [3] Robert Koch-Institut: Zur Situation bei ausgewählten Infektionskrankheiten in Deutschland: Keuchhusten-Erkrankungen in den neuen Bundesländern seit 2002. Epidemiol Bull 2007;50: 475-81.
- [4] Robert Koch-Institut: SurvStat, <http://www3.rki.de/SurvStat>, Datenstand: 26.06.2013
- [5] Robert Koch Institut (RKI): Pertussis-Ratgeber für Ärzte. Herausgeber: Robert Koch-Institut, 2013. Vollständig aktualisierte Fassung vom August 2010, Aktualisierung der Meldepflicht Juni 2013. Erstveröffentlichung im Epidemiologischen Bulletin 43/2001.
- [6] Markov PV & Crowcroft NS. Modelling the unidentified mortality burden from thirteen infectious pathogenic microorganisms in infants. Epidemiol Infect 2007;135:17-26.
- [7] Poethko-Müller C & Schmitz R. Impfstatus von Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl 2013; 56:845-7.
- [8] Bekanntmachung des Robert Koch-Instituts: Falldefinitionen zur Übermittlung von Erkrankungs- und Todesfällen sowie von Erregernachweisen von Mumps, Pertussis, Röteln und Varizellen. Bundesgesundheitsbl 2013; DOI 10.1007/s00103-013-1696-3.
- [9] Thierry-Carstensen et al. A randomised, double-blind, non-inferiority clinical trial on the safety and immunogenicity of a tetanus, diphtheria and monocomponent acellular pertussis (Tdap) vaccine in comparison to a tetanus and diphtheria (Td) vaccine when given as booster vaccinations to healthy adults. Vaccine 2012;30:5464-71.
- [10] Hellenbrand et al. The epidemiology of pertussis in Germany: past and present. BMC Infectious Diseases 2009;9:22 doi:10.1186/1471-2334-9-22.

Nach Informationen von Baxter Deutschland GmbH

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@kinderarzte-lauf.de

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.
Mielenforster Str. 2, 51069 Köln
Tel.: 0221/6 89 09-0
Wir sind für Sie erreichbar:
Montag – Donnerstag
von 8.00–18.00 Uhr,
Freitag von 8.00–14.00 Uhr

Geschäftsführerin: Tel.: 0221/68909-14
Christel Schierbaum christel.schierbaum@uminfo.de
Büroleiterin: Tel.: 0221/68909-12
Doris Schomburg doris.schomburg@uminfo.de
Bereich Mitgliederservice / Zentrale Tel.: 0221/68909-0, Tfx.: 0221/683204
 bvkj.buero@uminfo.de
Bereich Fortbildung / Veranstaltungen Tel.: 0221/68909-15/16,
 Tfx.: 0221/68909-78
 bvkj.kongress@uminfo.de

BVKJ Service GmbH
Mielenforster Str. 2, 51069 Köln
Wir sind für Sie erreichbar:
Montag – Donnerstag
von 8.00–18.00 Uhr,
Freitag von 8.00–14.00 Uhr

Geschäftsführer: Herr Klaus Lüft E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de
 Tfx.: 0221/6890929
Ansprechpartnerinnen:
Anke Emgenbroich Tel.: 0221/68909-27
 E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de
Ursula Horst Tel.: 0221/68909-28
 E-Mail: uschi.horst@uminfo.de

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Christen
Prof. Dr. med. Peter H. Höger
Prof. Dr. med. Frank Riedel
Dr. med. Christoph Kupferschmid
Regine Hauch

E-Mail: Christen@HKA.de
 E-Mail: p.hoeger@kkh-wilhelmstift.de
 E-Mail: f.riedel@uke.uni-hamburg.de
 E-Mail: Ch.Kupferschmid@t-online.de
 E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz
Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin
Kinderumwelt gGmbH und PädInform®
Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.kinderarzte-im-netz.de
www.dakj.de
www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php
www.stiftung-kind-und-jugend.de