

bvkJ.

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

Heft 06/14 · 45. (63.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

- Forum:**
Vergiftungs-
therapie im
Wandel
- Fortbildung:**
Zerebralparese –
multimodales
Therapiekonzept
- Berufsfragen:**
Zweiter Jahrestag
Kölner Beschneidungs-
Urteil



- Magazin:**
Themenschwerpunkt
Sport: Sportverletzungen

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT

bvkJ.



© Werner Knopp / Marek Gottschalk – Fotolia.com

Themenschwerpunkt Sport

S. 326



© Marko Schoeneberg – Fotolia.com

Inhalt 6/14

Redakteure: Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Bremen (federführend), Prof. Dr. Florian Heinen, München, Prof. Dr. Peter H. Höger, Hamburg, Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, Wiesbaden, Prof. Dr. Stefan Zielen, Frankfurt a.M., Dr. Christoph Kupferschmid, Ulm, Regine Hauch, Düsseldorf

Forum

- 279 Noch keine Trendwende beim Rauschtrinken von Jugendlichen
- 280 **Über Magenspülung, forcierte Diurese und giftige Beeren**
Karl Ernst von Mühlendahl
- 282 **Giftinformationszentren bedroht**
Stephan Eßer
- 284 **www.kinderaerzte-im-netz.de in neuem Look**
- 285 **Kinder-Reha darf nicht an formalen Hürden scheitern**
- 286 **Nachgefragt**
- 288 **Das Leser-Forum**
- 290 **Frühe Hilfen**
- 292 **Depression bei Vorschulkindern**
- 295 **Bits + Bytes**
Bernd Byte

Fortbildung

- 296 **Highlights aus Bad Orb: Zerebralparese: Neuropädiatrische Gesichtspunkte und Grundlage**
Daniela von Pfeil, Volker Mall
- 301 **Botulinumtoxin in der multimodalen Therapie der Zerebralparese**
Jürgen Seeger
- 304 **Spezielle kinderorthopädische Probleme der unteren Extremitäten bei spastischer Zerebralparese**
Harald Lengnick
- 308 **Consilium: Apnoe-Risiko nach einer Pertussis**
Johannes Forster
- 310 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**
- 313 **Impressum**

Berufsfragen

- 314 **Zweiter Jahrestag des Kölner-Beschneidungs-Urteils**
Christoph Kupferschmid
- 316 **KBV Messe 2014**
Stephan Eßer
- 317 **Abrechnung von psychosomatischen Leistungen**
Harald Tegtmeyer-Metzdorf
- 320 **Rettet die Kinderstation**
Stephan Eßer
- 322 **Behandlung von Kindern Zeugen Jehovas**
Kyrill Makoski
- 323 **Umwelteinflüsse auf Kinder**
Stephan Eßer
- 324 **Ontogenese und Phylogenese der mentalen Entwicklung des Menschen**
Siegfried Adler
- 325 **Wahlaufruf**

Magazin

- 326 **Themenschwerpunkt Sport: Sportverletzungen im Kindesalter**
Peter P. Schmittbecher
- 328 **Theater auf Rezept**
Regine Hauch
- 331 **Zwei Preise, vier Gewinner**
Regine Hauch
- 332 **Fortbildungstermine**
- 333 **Eine große Milz hatte niemand...**
Gottfried Huss
- 334 **Personalie**
- 336 **Nachrichten der Industrie**
- 343 **Wichtige Adressen des BVKJ**



siehe Seite 320 und 322

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen in voller Auflage Supplements der Firmen Shire Deutschland GmbH und Norgine GmbH bei, sowie eine Beilage der Nestlé Nutrition Institute Deutschland. Als Teilbeilage finden Sie die Programmhefte für die 18. PzA Lübeck und für die Jahrestagung des LV Sachsen in Dresden.

Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

Noch keine Trendwende beim Rauschtrinken von Jugendlichen – BZgA-Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ wird fortgesetzt

Am 7. April wurde in Berlin die repräsentative Studie „Der Alkoholkonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsener in Deutschland 2012“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) vorgestellt. Die Ergebnisse zeigen, dass sich etwa 17 Prozent der Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren mindestens einmal im Monat in einen Rausch trinken. Bei den 18- bis 25-Jährigen sind es sogar 44 Prozent. Damit ist beim Rauschtrinken im Vergleich zur Erhebung in 2010 (18 Prozent/ 42 Prozent) keine Trendwende sichtbar. Bei der Vorstellung der neuen Studie sagte **Marlene Mortler**, Drogenbeauftragte der Bundesregierung: „Auch im letzten Jahr wurden deutschlandweit mehr als 26.000 Fälle von Alkoholvergiftungen registriert, bei denen Jugendliche im Krankenhaus behandelt werden mussten. Sehr beunruhigend finde ich zudem den sehr hohen Anteil junger Erwachsener, die sich regelmäßig in einen Rausch trinken. Beim Thema Alkohol tragen wir als Gesellschaft eine große Verantwortung, der wir noch besser gerecht werden müssen. Es ist an der Zeit, dass ein gesellschaftliches Umdenken zu einem verantwortungsvollen Alkoholkonsum stattfindet.“ **Prof. Dr. Elisabeth Pott**, Direktorin der BZgA, betonte: „Die Studie der BZgA zum Alkoholkonsum junger Menschen zeigt Licht und Schatten. So verzichten immer mehr 12-

bis 17-Jährige vollständig auf Alkohol. 30 Prozent geben an, noch nie in ihrem Leben Alkohol getrunken zu haben. Vor zehn Jahren waren es lediglich 13 Prozent. Leider steht dieser positiven Entwicklung ein fast unverändert hoher regelmäßiger Alkoholkonsum der Jugendlichen ab 16 Jahren gegenüber. Fast 32 Prozent trinken mindestens einmal pro Woche Alkohol. Auch beim Konsum riskanter Alkoholmengen sind seit 2010 kaum Veränderungen zu sehen. Um hier eine Trendwende zu erreichen ist es notwendig, dass wir die medialen Präventionsanstrengungen fortsetzen und die Maßnahmen auf kommunaler Ebene intensivieren.“ Seit dem Jahr 2009 führt die BZgA mit Unterstützung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. (PKV) die Präventionskampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ durch, die sich insbesondere an junge Menschen richtet. **Dr. Volker Leienbach**, Direktor des PKV-Verbandes, erklärte: „Dass es Zeit braucht, bis sich der Umgang mit Alkohol in der Gesellschaft verändert, war uns immer klar: Die Private Krankenversicherung wird die Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ deshalb auch in den kommenden Jahren unterstützen. Ermutigend ist für uns die immer weiter wachsende Bekanntheit und Akzeptanz von „Alkohol? Kenn dein Limit.“: 80 Prozent der Jugendlichen und jungen Erwachse-

nen kennen die Kampagne bereits.“ Die BZgA setzt bei ihren weiteren Präventionsmaßnahmen einen Schwerpunkt in der schulischen Suchtprävention. Darüber hinaus wird die BZgA ihre Social-Media-Strategie verstärken und gemeinsam mit Jugendlichen Themenschwerpunkte, beispielsweise zum Thema Alkohol und Aggression, entwickeln. Außerdem plant die BZgA den nächsten Bundeswettbewerb Alkoholprävention zum Thema „Kommunale Strategien“. Auch sollen bereits bestehende Vor-Ort-Angebote zur Prävention des Rauschtrinkens stärker mit der Präventionskampagne „Alkohol? Kenn dein Limit.“ vernetzt werden.

Info:

Für die aktuelle Studie wurden im Jahr 2012 insgesamt 5.000 Menschen im Alter von 12 bis 25 Jahren zu ihrem Alkoholkonsumverhalten befragt. Die Studie ist abrufbar unter:

<http://www.bzga.de/forschung/studien-untersuchungen/studien/suchtpraevention/>

Informationen zu den Alkoholpräventionskampagnen der BZgA:

www.kenn-dein-limit.info (Jugendliche ab 16 Jahren)

www.kenn-dein-limit.de (Erwachsene)

www.null-alkohol-voll-power.de (Jugendliche unter 16 Jahren)

Red: ReH

Initiative Schmerzlos vergibt Stipendium für Kinder- und Jugendärzte

25.000 Euro für die Weiterbildung in Spezieller Schmerztherapie

Erstmals wird in Deutschland ein Stipendium zur Weiterbildung eines/r Kinder- und Jugendarztes/ärztin in Spezieller Schmerztherapie vergeben. Das Stipendium der Initiative Schmerzlos ist mit 25.000 Euro dotiert. Eine unabhängige

Jury renommierter Kinder- und Jugendärzte, Neurologen und Schmerztherapeuten entscheidet über die Vergabe des Stipendiums. Im Rahmen des Deutschen Schmerzkongresses wird das Stipendium im Oktober 2014 offiziell überreicht.

Informationen und Ausschreibung zum Stipendium: www.initiative-schmerzlos.de

Red: ReH

Über Magenspülung, forcierte Diurese und giftige Beeren: Ätzend oder nicht?

Fünzig Jahre Kommission „Bewertung von Vergiftungen“ – dieses Jubiläum war Anlass für eine wissenschaftliche Festveranstaltung im April 2014 und für kritische Rückblicke. Wie viele Lehrsätze sind in diesem halben Jahrhundert nicht revoziert worden, - ähnlich wie auch in anderen medizinischen Disziplinen. Und was ist geblieben von der Standardempfehlung, die ich hunderte von Malen fast wie ein Wort ausgesprochen habe: Ipecackohleglaubersalz?

Von Null auf 40.000

Im Jahre 1968, im Rahmen meiner nächtlichen Assistenten-Bereitschaftsdienste an der Zweiten Medizinischen Universitätsklinik Düsseldorf, waren gelegentlich telefonische Anrufe mit Fragen zu Vergiftungen zu beantworten. Dann ging ich in das „Vergiftungszimmer“, wo neben dem 'Moeschlin' und vielleicht dem 'Ludwig-Lohs' einige Karteikarten mit den Zusammensetzungen von Produkten standen. Wahrscheinlich habe ich damals solche Dienstaufgaben nach Lektüre dieser eher dürftigen Hilfsmittel irgendwie erledigt, so gut es eben ging. Mit dieser Vorgeschichte gehöre ich zum „Urgestein“ der Vergiftungsberatung.

Sechs Jahre später wurde ich bei der Assistenten-Rotation dem inzwischen an der Universitätskinderklinik angesiedelten Berliner pädiatrischen Giftinformationszentrum (BGift) zugeteilt. Dort gab es - vor allem Dank der Aktivitäten von Dr. Ernst Günter Krienke (1921-1987) und Sigrid Ritter (1941-1999) – wesentlich mehr Informationsmaterial: Karteikarten, Vergiftungsbücher und Publikationen und – sehr wichtig und ergiebig – die epikritische Auswertung von eigenen Beratungsfällen. Kenntnisse und weitergegebene Informationen wurden diesen Quellen entnommen und den Fragenden mehr oder weniger gut reflektiert weitergegeben. Die Zahl der Anrufe stieg in meinen vier Tätigkeitsjahren dort auf zuletzt über 40.000 pro Jahr an.

Kornelkirschen, Vogelbeeren und Magenspülung: Nicht alles Gedruckte ist richtig

An einem schönen Frühsommertag kam meine Frau mit dem ältesten Sohn:

Alexander habe im Garten von den Kornelkirschen gegessen. Der (damals) zwar (noch) nicht sachkundige, aber informationswillige Vater las in einem der verfügbaren Bücher nach, wahrscheinlich im *Brugsch-Klimmer*: Fünf Kornelkirschen seien für ein Kaninchen tödlich gewesen. Das bewirkte Panik und führte zu einer alsbaldigen Magenspülung, die schadlos



Die sind wirklich giftig, Tollkirschen.
© emer – Fotolia.com.

überlebt wurde, allerdings keine Früchte zutage brachte. Und zu Vergiftungserscheinungen kam es natürlich auch nicht – kein Wunder, denn „Die reifen (dunkelroten), in Form und Größe an Oliven erinnernden Steinfrüchte sind essbar, besitzen einen säuerlichen Geschmack und werden zu Fruchtsäften und Marmeladen verarbeitet“ (1).

Ähnlich wurden seinerzeit auch die häufigen Anrufe wegen der Einnahme von Vogelbeeren (*Eberesche*, *Sorbus aucuparia*) oft mit der Empfehlung zu einer Magenentleerung bedacht, obwohl man auch damals wissen konnte, dass es Vogelbeermarmelade – und -likör gab. Das familiäre Erlebnis hat Nachlesen und des weiteren Nachdenken bewirkt. Im weiteren wurden die Therapieempfehlungen heruntergestuft, und viele der damals Angst einflößenden Beeren und Pflanzen sind inzwischen aufgelistet unter „Harmlose oder weitgehend ungiftige Pflanzen und Pflanzenteile“. Allerdings hat sich manches noch

ziemlich lange gehalten, in Lehrbüchern von Auflage zu Auflage abgeschrieben, etwa den Passus aus einem Handbuch von 1901: „Ein Kind, welches Vogelbeeren gegessen hatte, starb daran.“ Und unkritisch wurden fast ein Jahrhundert lang weiterhin gefährliche Übertherapien empfohlen: „Nach Aufnahme von Pflanzenteilen in größerer Menge warme Kochsalzlösung trinken lassen und Erbrechen auslösen ... und/oder Magenspülung mit reichlich Wasser (Aktivkohlezusatz)“.

Kochsalz und forcierte Diurese: Wie toxisch sind Toxikologen?

Ähnlich gefährdend sind die Ratschläge eines anderen Klassikers (Moeschlin, 1986): „Für die Salzwasseremesis gibt man warme, hypertone Kochsalzlösung (2 Eßlöffel Salz auf 1 Glas Wasser). ... Bleibt nach Gabe von 1-2 Gläsern hypertoner Kochsalzlösung das Erbrechen aus, so kann nach 10 Minuten ein weiteres Glas gegeben werden.“ Damals hatte es eigentlich schon hinreichende Publikationen gegeben, welche die Gefährlichkeit solcher Kochsalzgaben belegten (2).

Ebenfalls im *Moeschlin* wird für renal ausgeschiedene Gifte die forcierte Diurese empfohlen: Durch intravenöse Infusion solle eine hohe Flüssigkeitsmenge (diskutiert werden 12 bis 24 l/Tag) angeboten werden. „Kommt dabei die Nierenausscheidung dem Flüssigkeitsangebot spontan nicht nach, wird die Diurese durch Osmotika ... forciert.“

Wir waren gegen Mitte der siebziger Jahre in der BGift auf die Problematik der gar nicht so seltenen Fehl- und Überbehandlung nach Ingestionsunfällen aufmerksam geworden. Die Auswertung von Epikrisen aus einem nur zweieinhalbjährigem Zeitraum deckte zwölf Fälle von schwerer Überbehandlung auf, die achtmal zum Tode führte, sechsmal infolge von schlecht kontrollierter forcierter Diurese, einmal nach Gabe von Kochsalz als Emetikum, einmal durch Überdosierung von Laevallorphan (3).

Ätzend oder nicht? Hat das mit dem pH zu tun?

Die große Zahl an Ingestionsunfällen mit ätzenden Substanzen und das Unwis-

sen darüber, wie schädigend die einzelnen Produkte waren, ließ uns in der BGift dieser Frage nachgehen. Dass wir 1158 epikritische Berichte über solche Unfälle auswerten konnten, zeigt die Sorgfalt und Weitsicht, mit der Krienke und Ritter bei der Einrichtung und Arbeit der BGift vorgegangen waren. Die resultierende Aussage war, dass Allzweckreiniger auf Detergentien- und Polyphosphatbasis mit einem pH-Wert zwischen 9 und 11 sowie Haushaltsbleichen auf Natriumhypochlorit-Basis verhältnismäßig harmlos sind, dass hingegen Abflussreiniger, Entkalker und Ge-

Verdünnungen, Säuregrad und Aggressivität zu geben. Aufgrund von Messungen in verschiedenen Verdünnungen konnten wir dann aussagen, dass beispielsweise 30%ige Essigsäure (5molar) einen pH von 1,7 hat und 1%ige Schwefelsäure (0,1molar) einen pH-Wert-Wert von 0,9. Im Selbstversuch habe ich, zahlreiche Säuren in aufsteigenden Konzentrationen vorsichtig abschmeckend, herausgefunden, dass eine solche Schwefelsäureverdünnung mit einem pH-Wert von 0,9 schwach sauer schmeckt und nicht aggressiv ist; hingegen ist es absolut unratsam, 30%ige Essigsäure in den Mund

lung der Gefährlichkeit von ätzenden Substanzen eingeflossen, aber bislang nicht publiziert worden.

Und wie geht es weiter?

In der Vergiftungsberatung hat es im Laufe der 50 Jahre, die ich überschauen kann, manche heilsame Entwicklungen und viele Trends und Rückzieher gegeben.

Dass die gut wirksamen, aber hoch toxischen Rheuma-Einreibungsmittel Mikanil und Marament (Dichlorethan) Anfang der siebziger Jahre vom Markt genommen worden sind, nachdem es zahlreiche Todesfälle gegeben hatte, war den Aktivitäten eines engagierten Kinderarztes (Prof. Plückthun, Heidelberg) zu verdanken. Ebenso ist es gut, dass konzentriertere Essigsäure nur in Flaschen auf den Markt ist, welche die Flüssigkeit lediglich tropfenweise abgeben, dass fast alle Tabletten in Folien eingeschweißt und für Kleinkinder schlecht verfügbar sind und dass die weitverbreiteten Geschirrspülmaschinen-Reiniger kein Metasilikat mehr enthalten. Die Zahl der schweren und der tödlichen Vergiftungen bei Kindern ist deutlich zurückgegangen, ebenso auch die Häufigkeit von gravierenden, manchmal gefährlichen Überbehandlungen.

Literatur:

- 1) Mühlendahl KEv., Oberdisser U, Bunjes R, Brockstedt M. Vergiftungen im Kindesalter. 4. Aufl., Thieme Verlag, Stuttgart, 2003
- 2) Mühlendahl KEv., Lennert T, Krienke EG. Intoxikation nach Gabe von Kochsalz als Emetikum. Dtsch Med Wschr 101, 335-336, 1976
- 3) Mühlendahl KEv, Krienke EG, Bunjes R. Fatal overtreatment of accidental childhood intoxication. J Pediat 93, 1003-1004, 1979

Prof. Dr. med. Karl Ernst v. Mühlendahl
Kinderumwelt gGmbH der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V.
Westerbreite 7
49084 Osnabrück
E-Mail: info@uminfo.de

Red.: Kup



Daraus kann man Marmelade machen, Vogelbeeren.

© M. Schuppich – Fotolia.com

schirrspülmaschinen-Reiniger auf Metasilikatbasis häufig schwere Verätzungen verursachen.

Darüber hinaus beschäftigte mich die Frage, ob die Kenntnis über den Säure- oder Alkalitätsgrad einer Substanz Aussagen über mögliche Gefährdungen zuließ. Selbst der Chemie-Professor Günther Wiese, der damals nach medizinischem Zweitstudium als Ausbildungsassistent an der Universitätskinderklinik arbeitete, wusste mir nicht Auskunft über die Zusammenhänge von

zu nehmen, obwohl diese ja einen deutlich höheren pH-Wert hat. Als die kleine Menge von 5 ml einer 0,025%igen, 0,005 normalen Natronlauge mit einem pH-Wert von 11,7, für einige Sekunden in den Mund genommen und dann ausgespuckt, ein taubes Gefühl auf der Zunge und für eine halbe Stunde Angst vor einer tieferen Laugenverätzung produzierte, habe ich die Versuchsreihe eingestellt, und ich bin letztlich ohne Schleimhautschäden davongekommen. Die Erkenntnisse sind in unsere Beurtei-



Betriebswirtschaftliche Beratung für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

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

Giftinformationszentren bedroht

Bericht von der 50-Jahr-Feier der Nationalen Kommission „Bewertung von Vergiftungen“

In den 60er-Jahren setzte sich die Erkenntnis durch, dass Mediziner fundierte Informationen über die potenzielle Giftigkeit von Substanzen benötigen, um die betroffenen Patienten sachgerecht behandeln zu können. Deshalb wurden - zunächst in den USA - flächendeckend Giftinformationszentren gegründet, deren Zahl in den Vereinigten Staaten bis auf 590 anstieg (heute gibt es dort 53 Zentren). 1964 wurde in der Bundesrepublik Deutschland - angelehnt an das amerikanische Vorbild - die Nationale Kommission „Bewertung von Vergiftungen“ gegründet, die mit den Experten der mittlerweile neun deutschen Giftinformationszentren besetzt ist und bahnbrechende Arbeit bei der Erkennung und Behandlung von Vergiftungen geleistet hat. Besonders erstaunlich und in Deutschland praktisch einmalig ist dabei, dass einige Bundesländer hierbei die heilige Kuh Föderalismus im Interesse einer sachgerechten Arbeit opferten und ein gemeinsames Zentrum schufen: So ist das 1994 eingerichtete Giftinformationszentrum Erfurt eine gemeinsame Einrichtung der Länder Sachsen, Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen, das zwei Jahre später gegründete Zentrum in Göttingen wird von den norddeutschen Bundesländern getragen.

Großer volkswirtschaftlicher Nutzen

Wie internationale Studien zeigen, verhilft die Arbeit der Zentren nicht nur vielfaches menschliches Leid, sondern es lohnt sich auch unter volkswirtschaftlichen Aspekten, in Giftinformationszentren zu investieren:

1 investierter Euro bringt einen Ertrag von 13 Euro infolge der Vermeidung teurer Behandlungen und Klinikaufenthalte. Wie Dr. Andreas Stürer, der Vorsitzende der Gesellschaft für Klinische Toxikologie ausführte, ist diese Erkenntnis leider noch nicht bis zu den gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern durchgedrungen, so dass auch die Giftinformationszentren, mit der Kürzungswut in deutschen Krankenhäusern zu kämpfen haben und ihrer Beratungsaufgabe mit dem gleichen oder

sogar verringerten Personal nachkommen müssen, dies, obwohl die Zahl der Anfragen deutlich angestiegen ist.

Nationales Monitoring von Vergiftungen

Vergiftungen werden in Deutschland bisher nicht systematisch erfasst und ausgewertet. Die bestehenden Datenerhebungen, wie beispielsweise in den Giftinformationszentren oder bei den Ärztlichen



Mitteilungen bei Vergiftungen, sind noch nicht so ausgebaut und standardisiert, dass eine regelmäßige umfassende Statistik über Vergiftungsunfälle in Deutschland möglich wäre.

Deshalb arbeitet die Kommission an der Etablierung eines Nationalen Monitoring von Vergiftungsunfällen, so wie es bereits u.a. in den USA, der Schweiz und Schweden üblich ist. Geplant ist eine selbstständige Einrichtung mit eigenem Personalstamm, eine dauerhafte Finanzierung aus öffentlichen und privaten Quellen ist allerdings noch nicht sichergestellt.

Wie wichtig eine solche Institution ist, zeigte der Bericht von Professor Karl Ernst

von Mühlendahl, Osnabrück, über die Anfänge der Giftberatung in Deutschland, als die Auskunftsstellen mit wenigen Nachschlagewerken und eigenen Karteikartensammlungen über selbst bearbeitete Anfragen auskommen mussten.

Gefahr von Giftpflanzen wird überschätzt

Eine umfangreiche Wiederbewertung der ersten deutschen Giftpflanzenliste der Kommission auf der Basis von neueren Vergiftungsunfällen zeigt, dass Giftpflanzen weniger gefährlich sind als bisher angenommen wurde. Dr. Maren Hermanns-Clausen, Leiterin der Vergiftungs-Informationen-Zentrale Freiburg, führte aus, dass nur ein Prozent der Expositionen als schwer oder mittelschwer einzustufen ist. Aufgrund dieser neuen Erkenntnisse wurde am Standort des Bundesinstitutes für Risikobewertungen in Berlin-Marielfelde ein Giftpflanzengarten für die Allgemein- und Fachöffentlichkeit angelegt. Der Garten soll Beispiele für gefahrlose Anpflanzungen an Schulen, Kindergärten und öffentlichen Einrichtungen geben und für eine einheitliche Kennzeichnung der Giftigkeit zum Beispiel in Botanischen Gärten werben.

Smartphone-App

Das Bundesinstitut hat eine Smartphone-App "Vergiftungsunfälle bei Kindern" veröffentlicht. Sie listet alle möglichen Stoffe auf - von Abflussreiniger bis Zahnpasta - und gibt Anleitungen für Erste-Hilfe-Maßnahmen und Beschreibungen des Vergiftungsbildes. Im Notfall kann direkt aus der App ein für das jeweilige Bundesland zuständiges Giftinformationszentrum angerufen werden. Über den großen grünen "Giftnotruf"-Button auf dem Startbildschirm kann man direkt die nächste Giftnotrufzentrale erreichen.

Die App ist abrufbar unter www.bfr.bund.de/de/apps.

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

Red: ReH

www.kinderaerzte-im-netz.de in neuem Look

Ende Juni findet der Relaunch der Seite www.kinderaerzte-im-netz.de (KIN) statt. Nicht nur optisch, sondern auch technisch wird das Portal modernisiert. Die neue Homepage kann nun auf allen Endgeräten (z.B. Tablets und Smartphones) optimal dargestellt werden. Mit dem Relaunch einher geht auch die neue Darstellung der Mitgliedsportale des Berufsverbandes: www.bvkj.de und www.bvkj-service-gmbh.de.

Die neue Seite vereinfacht zudem die Gestaltung Ihrer Praxishomepage durch eine verbesserte Verwaltungsoberfläche, mit der Sie Ihre Praxishomepage selbst verändern können.

Praxishomepage bei KIN Voraussetzung für Praxis-APP

Nur Abonnenten einer Praxis-Homepage bei KIN haben demnächst die Möglichkeit, mittels einer individualisierten BVKJ-Praxis-App (iPhone und Android) ihre Patienten bzw. deren Eltern an wichtige Vorsorgeuntersuchungen und Impftermine zu erinnern, Urlaubszeiten und Praxisvertretung bekannt zu geben. Auch

aktuelle Nachrichten zur Kinder- und Jugendgesundheits sowie regionale und lokale Bereitschaftsdienste inklusive der Notrufnummern werden Teil dieses neuen mobilen Angebotes des Berufsverbandes sein.

Mit diesem Paket erreichen Sie auch die junge Elterngeneration und stellen Ihre Praxis auf dem hochfrequentierten

(durchschnittlich ca. 800.000 Besucher pro Monat) und werbefreien BVKJ-Patientenportal vor. Registrieren Sie Ihre neue Praxishomepage einfach mit beiliegendem Anmeldeformular.

Weitere Informationen zu einer eigenen Praxis-Homepage erhalten Sie beim Leiter der „Ärzte-im-Netz“-Homepage-Abtei-

lung, Steven Monks, telefonisch unter 089 / 64 24 82 12, per Fax unter 089 / 64 20 95 29 oder im Internet unter <http://www.kinderaerzte-im-netz.de/onlineanmeldung/index.php>

Red: ReH



Anmeldecoupon für Ihre Praxis-Homepage bei www.kinderaerzte-im-netz.de

Herausgegeben vom

bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Titel, Vorname, Name
Straße, Hausnr.
PLZ, Ort
Telefon, Fax
E-Mail, Internetadresse
(Landes)Ärztelkammer, Kassenärztliche Vereinigung
Sprechzeiten

- Ich/Wir bestätige/n, Mitglied im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ) zu sein.
- Ich/Wir bestätige/n, dass alle Nutzungsrechte meiner/unserer bestehenden Homepage bzw. der zur Verfügung gestellten Materialien bei mir/uns liegen. Die Monks - Ärzte im Netz GmbH und die beteiligte Fachorganisation sind von Ansprüchen Dritter freigestellt.

Ich/Wir zahle/n per SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer DE81ZZZ00000700791

Ich ermächtige die Monks Ärzte im Netz GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Geldinstitut (Name und BIC)
IBAN
Datum, Ort, Unterschrift

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die AGB (siehe: www.monks-aerzte-im-netz.de/agb). Widerrufsrecht: Sie können Ihre Bestellung innerhalb von 2 Wochen ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung an Monks - Ärzte im Netz GmbH, Tegenseer Landstr. 138, 81539 München, Geschäftsführer: Sean Monks, Amtsgericht München, HRB 160883, USt-IDNr.: DE 246543509

Ich/Wir melde(n) eine Praxis-Homepage an für:

- Einzelpraxis
8,00 € / Monat zzgl. MwSt.
- Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft*
12,00 € / Monat zzgl. MwSt.

*Preis für MVZs mit mehreren Standorten auf Anfrage.

Für die Erstellung Ihrer Praxis-Homepage berechnen wir eine einmalige Bearbeitungsgebühr von 25,- € zzgl. MwSt.

Aktivieren Sie bitte folgende kostenlose Zusatztools auf meiner/unserer Praxis-Homepage:

- Aktuelle Meldungen von www.kinderaerzte-im-netz.de
- Vorsorge- und Impferinnerungsdienst
- BMI-Rechner
- Blutdruck-Rechner

So können Sie sich anmelden:

- per Fax an:
089 / 64 20 95 29
- Monks - Ärzte im Netz GmbH
"Kinderärzte im Netz"
Tegenseer Landstraße 138, 81539 München
- Im Internet unter:
www.kinderaerzte-im-netz.de/onlineanmeldung
- Sie haben Fragen?
Rufen Sie uns an unter: 089 / 64 24 82 12
E-Mail: support@kinderaerzte-im-netz.de

„Kinder-Reha darf nicht an formalen Hürden scheitern“

Rehabilitationsanträge gehen stetig zurück — Initiative entwickelt Lösungsansätze

Die Zahl der Kinder mit Rehabilitationsbedürfnis wächst; deutliche Anstiege gibt es beispielsweise bei Adipositas und psychosomatischen Erkrankungen. Die stationäre Rehabilitation von Jugendlichen und Kindern geht jedoch zurück.

Die Gründe dafür fand nun eine Umfrage unter 3.333 niedergelassenen Ärzten, Medizinern in Akut- und Rehakliniken, Mitarbeitern von gesetzlichen Krankenkassen und Universitäten sowie unter Betroffenen in Selbsthilfegruppen heraus. Durchgeführt hat sie Stefan Berghem, seit 2009 Chefarzt der Ostseestrand-Klinik Klaus Störtebeker auf Usedom, einer Einrichtung für Kinder- und Jugendrehabilitation der Johannesbad Unternehmensgruppe. Danach gibt es folgende Gründe für die sinkenden Rehabilitationsanträge bei Kindern und Jugendlichen: Wissensdefizite bei niedergelassenen Ärzten und Eltern, ein intransparentes Antragsverfahren und Ablehnung von Begleitpersonen bei rehabilitationsbedürftigen Kindern ab acht Jahren.

Hilfe durch Aufklärung und einfacheres Verfahren

Berghem fordert daher bessere Informationen für die niedergelassenen Ärzte und eine Vereinfachung des Antragsverfahrens. Das Ende des Jahres

2013 gegründete Bündnis für Kinder- und Jugendrehabilitation, in dem sich sieben Verbände zusammengeschlossen haben, will sich dieser Aufgaben annehmen. Erreicht hat das Bündnis bereits, dass ab sofort jeder niedergelassene Arzt eine Kinder- und Jugendreha über das Formular „ärztlicher Befundbericht“ der Deutschen Rentenversicherung beantragen kann. Sie leitet den Antrag – wenn sie nicht zuständig ist – an den entsprechenden Kostenträger weiter. Auf dem Formular kann der Arzt auch um einen Anruf des Sozialmedizinischen Diensts bitten. „Das ist zum Beispiel hilfreich, wenn ein Arzt bei einem über achtjährigen Kind die Begleitung eines Elternteils für erforderlich hält oder eine besondere Klimazone oder Einrichtung für medizinisch sinnvoll erachtet“, so Berghem. Eine weitere Hilfe ist das Hinweisblatt des Bündnisses für Kinder- und Jugendrehabilitation, das man unter

http://www.bdpk.de/privatkliniken.php/cat/235/aid/723/title/Informationsblatt_fuer_AErzte aus dem Internet herunterladen kann.

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.

● Nachgefragt

Worauf muss ich bei der hygienischen Zubereitung von Säuglingsmilchnahrung achten?

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.

Zubereitete Säuglingsmilchnahrung ist bei Raumtemperatur ein guter Nährboden für Bakterien. Diese können sowohl aus dem Pulver als auch aus der Umgebung, über Löffel, Sauger oder Trinkfläschchen, bei der Zubereitung in die Milch gelangen. Infektionen mit krank machenden Keimen treten zwar selten auf, um das Infektionsrisiko für den Säugling jedoch noch weiter zu minimieren, ist eine hygienische Zubereitung und Behandlung der Säuglingsmilchnahrung entscheidend. Viele Eltern sind unsicher und stellen die Frage: Worauf ist bei einer hygienischen Zubereitung der Milch zu achten?

Das Netzwerk Gesund ins Leben, eine IN FORM Initiative des Bundesernährungsministeriums, empfiehlt, die Säuglingsmilchnahrung immer frisch vor der Mahlzeit zuzubereiten, nicht getrunkene Reste zu verwerfen und die mit der Milch in Berührung kommenden Gerätschaften unmittelbar nach Gebrauch sorgfältig zu reinigen. [1, 2].

Frisches Trinkwasser eignet sich zur Zubereitung von Säuglingsnahrung.

Trinkwasser (Leitungswasser) sollte dafür immer selbst erwärmt und nicht warm aus der Leitung entnommen werden. Dazu sollte es vorher ablaufen, bis es frisch und kalt aus der Leitung fließt. Beim Anschütten der Milchnahrung sollte das Wasser lauwarm, maximal 40° C, sein. Bei dieser

Temperatur löst sich das Pulver leicht und Verbrühungen werden vermieden. Eine Verunreinigung des Wassers, zum Beispiel durch Bakterien die am Wasserhahn haften können, ist nicht ganz auszuschließen. Wer dem begegnen möchte, kann in den ersten Lebenswochen oder -monaten das Wasser zur Milchezubereitung abkochen und anschließend auf 30 bis 40° C abkühlen lassen [1].

Nicht geeignet ist Wasser aus Bleileitungen oder Hausbrunnen, deren Wasserqualität nicht geprüft wurde. In diesen Fällen sollte abgepacktes Wasser verwendet werden, das den Hinweis trägt: „Für die Zubereitung von Säuglingsnahrung geeignet.“ [3]

Flaschen und Sauger direkt nach jeder Mahlzeit gründlich reinigen

Damit kann ein Antrocknen von Nahrungsresten vermieden werden. Ein Auskochen oder Sterilisieren würde im häuslichen Bereich neben der gründlichen Reinigung mit heißem Wasser und Spülmittel oder in der Spülmaschine bei 65° C in der Regel keinen weiteren Vorteil bringen. Bei Gummisaugern lohnt sich jedoch ein gelegentliches Auskochen oder der regelmäßige Austausch. Sie werden im Gegensatz zu Silikonaugern mit der Zeit porös und es können sich Bakterien in den Ritzen ansammeln. Gespülte Flaschen und Sauger sollten anschließend immer trocken aufbewahrt werden [1, 2].

Bei der Zubereitung grundlegende Hygieneregeln beachten. Dazu gehört das gründliche Händewaschen mit Seife unter fließend warmem Wasser vor der Zubereitung von Säuglingsmilch. Außerdem sollten rohe Lebensmittel nicht gleichzeitig in der Nähe zubereitet werden, um Kreuzkontaminationen zu vermeiden [1, 2].

Quellen:

- [1] Koletzko B, Bauer C-P, Brönstrup A et al.: Säuglingsernährung und Ernährung der stillenden Mutter. Aktualisierte Handlungsempfehlungen des Netzwerks Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie. Monatsschr Kinderheilkd 161, 237–46 (2013)
- [2] Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR): Stellungnahme Nr. 040/2012 des BfR vom 06.11.2012. BfR, Berlin, 2012. www.bfr.bund.de/cm/343/empfehlungen-zur-hygienischen-zubereitung-von-pulverfoermiger-saeuglingsnaehrung.pdf, abgerufen am 18.12.2013
- [3] Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ): Hinweise zur Zubereitung und Handhabung von Säuglingsnahrung. DGKJ, Berlin, 2004. www.dgkj.de/wissenschaft/stellungnahmen/meldung/meldungsdetail/hinweise_zur_zubereitung_und_handhabung_von_saeuglingsnaehrung/, abgerufen am 18.12.2013

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

Red: ReH



● Morgens um 10 in meiner Praxis ...

...knapp Vierjährige sitzt nach unter lautem Protest ertragener Untersuchung auf dem Schoß des Vaters und wirft mir düstere Blicke zu. Plötzlich entdeckt sie meinen verbundenen Daumen: „Was hat der da?“ Vater: „Der Doktor hat da Aua.“ Sie triumphierend: „Siehste, weil er gelutscht hat!“

Nachtretten nennt man das.

Dr. Olaf Ganssen

Red.: ReH

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).



Jeder jugendliche Patient ist auch Schüler
Dr. Uwe Büsching
KiJuA (2014), Heft 4, S. 183 ff.

Insgesamt kann ich dem Artikel über die desolaten Zustände in unseren Schulen nur zustimmen. Allerdings ist die Diskussion um G8/G9 eine falsche Diskussion. In Thüringen z.B. gilt seit Jahrzehnten das G8, und das funktioniert problemlos. In den neuen Bundesländern war man allerdings schulpolitisch nicht in der Lage, vernünftige Konzepte zu entwickeln, daher die beschriebenen Symptome bei den Kindern. Dies sehen wir hier in Thüringen aufgrund der verkürzten Schulzeit nicht. Ein zweiter Punkt der m.E. zu wenig Beachtung findet, ist, dass nicht die Ganztagschule das eigentliche Problem ist. Ich selber bin jahrelang in Frankreich zur Schule gegangen, wo es eine ganztägige Beschulung gibt. Das Problem ist nur, wenn man Ganztagschule plus Unmengen an Hausaufgaben kombiniert, dann wird die Belastung für die Kinder in der Tat viel zu hoch.

Die Bildungshoheit der Länder ist sicher kein Ruhmesblatt für unser Land. Ab und zu ein Blick über den Tellerrand — sei es in andere Bundesländer oder im internationalen Vergleich — wäre sicherlich von großem Nutzen. Es ist manchmal amüsant wenn Kinder, so wie bei meinen, in der Grundschule an einem Modellprojekt teilnehmen, wie z.B. „erste Fremdsprache in der Grundschule“. Ich selber habe dies vor über 40 Jahren in Frankreich bereits ebenso modellhaft erlebt! Welch Fortschritte im vereinten Europa!

Kleine Anmerkung:

Mittlerweile ist es ja so, dass es nicht nur davon abhängt, in welchem Bundesland man ist, noch nicht einmal in welcher Schule man zur Schule geht, sondern in den Grundschulen hängt es oft noch davon ab, in welche Klasse man geht, um entweder die Sprache in Schönschrift, Druckbuchstaben, Lautschrift oder sonst wie zu lernen!

Dr. med. Benno Kretschmar
St. Georg Klinikum
Eisenach
kretschmar@stgeorgklinikum.de



Die Kinder- und Jugendmedizin im Umbruch von Prof. Dr. Ronald G. Schmid
KiJuA (2014), Heft 2, S. 2 ff.

Ich möchte dieses Editorial nicht unkommentiert lassen. Professor Schmid verneint einen „imperialen Übernahmeprozess“ der ambulanten Versorgung durch Kinderkliniken und argumentiert, dass durch eine unzureichende Besetzung der

pädiatrischen Subdisziplinen im ambulanten Versorgungsbereich ein „Abdriften dieser Patientengruppen zu Internisten und anderen Spezialitäten der Erwachsenenmedizin“ verursacht werde.

Diese Aussage möchte ich von drei Ebenen aus beleuchten:

1. GKind e.V., die Interessenvertretung der Kinderkliniken, ignoriert die Versorgung chronisch kranker Kinder durch niedergelassene „Subspezialisten“, um daraus politisches und finanzielles Kapital zu schlagen. So wurde im Mai 2010 eine Pressemitteilung mit folgenden Aussagen herausgegeben:

„Die Kinderkliniken begrüßen ausdrücklich die prinzipielle Haltung der Krankenkassen, in der Kinder- und Jugendmedizin doppelte Facharztstrukturen zu vermeiden“ und weiter „Die Kinder- und Jugendmedizin kennt doppelte Facharztstrukturen - bis auf einige niedergelassene spezialisierte Kinderfachärzte in einigen Ballungsgebieten – gar nicht. Das ist politisch gewollt.“

Diese Aussage widerspricht, wie sicher auch der Autor weiß, der Realität: ca. 18% der niedergelassenen Kollegen verfügen über Zusatzbezeichnungen und/oder Schwerpunktbezeichnungen, und sie sind im BVKJ repräsentiert durch den Ausschuss „Schwerpunktorientierte Pädiatrie“.

2. Aufgrund des politischen Einflusses von GKind e.V. und der dort vertretenen Klinikbetreiber wurde eine Erhebung des Institutes des Bewertungsausschusses (InBA) massiv verformt und ohne Rücksprache mit den daran teilnehmenden Vertretern der niedergelassenen pädiatrischen Subspezialitäten politisch geschickt lanciert (1). Als Folge wurde der § 120 SGB V derartig verändert, dass ermächtigt und inzwischen auch universitären Fachambulanzen zusätzliche zur EBM-Vergütung leistungsunabhängige Pauschalen (bis zu 160 €/Fall/ Quartal) zugesprochen wurden, die zu einer erheblichen Wettbewerbsverzerrung führen. Können nun die Ambulanzen endlich kostendeckend arbeiten, werden die Schwerpunktpädiater in der Niederlassung in einzelnen KVen weiterhin dazu gezwungen, ihre Spezialisierung über hausärztliche Arbeit quer zu finanzieren. Unter diesem Gesichtspunkt ist es nicht verwunderlich, dass die Mehrzahl der potenziell niederlassungswilligen spezialisierten Pädiater das finanzielle Risiko einer eigenständigen fachärztlichen (Schwerpunkt-) Praxis scheuen und lieber risikoärmer unter dem Mantel einer Klinik bleiben.

3. Die Kliniken verfügen schon lange über die Möglichkeiten, Kinder ambulant zu betreuen. Fraglich ist jedoch, ob Klinikambulanzen in der Lage sind, angesichts ihrer eigenen begrenzten Personalstärken und des eher höherschwelligen und nicht unbedingt wohnortnahen Angebotes den Strom von den Erwachsenenfachern zur Kindermedizin umleiten können.

Es bedarf dazu anderer Strategien: So haben die niedergelassenen Kinderpneumologen durch die Zusammenarbeit mit den internistischen Pneumologen im Bundesverband der Pneumologen (BdP),

dessen Mitglied wir sind, ein zunehmendes gegenseitiges Verständnis und Voneinander-Lernen erreicht. Dies führt in vielen Gegenden zu einer merkbaren Umkehr von Patientenströmen von internistischen Pneumologen zu Kinderpneumologen und vice versa zu dem aktuell diskutierten verbesserten Transfer nach der Adoleszenz.

Ich würde es sehr begrüßen, wenn unser stellvertretender BVKJ-Vorsitzende, obwohl Kliniker, sich auch dezidiert den niedergelassenen Schwerpunktpädiatern verpflichtet fühlen würde. Eine vertrauensvolle schon derzeit an vielen Orten gepflegte gemeinsame Arbeit von niedergelassenen und klinisch tätigen pädiatrischen Spezialisten setzt eine angegliche Vergütung der Arbeit und Standortkosten voraus. Diese einzufordern, sollte Ziel des BVKJ sein! Somit könnte eine niederschwellige und wohnortnahe Versorgung von chronisch kran-

ken Kindern und Jugendlichen erhalten bleiben und womöglich ausgebaut werden.

(1) C. Runge: Kommentierung Ergebnis InBA Studie, Pädinform 10/2008
Honorarordner

Wolfgang Sextro
Kinder- und Jugendarzt
Kinderpneumologe, Neonatologe
Hamburg
E-Mail: wsexstro@aol.com

Red.: Kup

Neue Genossenschaft will Haftpflicht-Oligopol im Heilwesen knacken

Die neu gegründete Genossenschaft Heilwesennetzwerk RM eG (HWNW) will die bestehenden Marktstrukturen im Bereich der Haftpflichtversicherungen für Heilberufe und Institutionen aufbrechen. Bislang bedienen nur wenige Vermittler und Versicherungsgesellschaften diesen Markt. Die Genossenschaft HWNW sieht hierin einen der Hauptgründe für den Anstieg der Versicherungsprämien, nicht nur für Hebammen, auch für Krankenhäuser und die meisten im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen.

Die Heilwesennetzwerk RM eG verspricht einzelnen Ärzten, aber auch Verbänden Einsparmöglichkeiten zwischen 20 und 60 Prozent gegenüber den normalen Tarifprämien. Die Genossenschaft ist eine Initiative von Vertretern aus dem Gesundheitssektor und dem Versicherungswesen.

Den Mitgliedern hilft das Netzwerk, die Vorteile als Einkaufsgemeinschaft zu nutzen, Versicherungsbeiträge spürbar und nachhaltig zu reduzieren, sie in Versicherungsfragen durch neutrale Experten des Netzwerkes zu beraten und zu betreuen

sowie Kooperationen mit Spezialisten im Heilwesen herzustellen.

Aufsichtsratsvorsitzende ist der frühere Vorstandsvorsitzende der Deutschen Ärzteversicherung Rechtsanwalt Dr. Dirk Geitner. Vorstand des genossenschaftlichen Netzwerkes ist Dipl.-Betriebswirt Horst Peter Schmitz. Ein Team aus unabhängigen Experten der Versicherungswirtschaft, der Forschung sowie Fachleute aus dem Bereich Qualitätsmanagement und Unternehmensbegleitung unterstützt die Genossenschaft bei ihrer Tätigkeit.

Red: ReH

Frühe Hilfen – für viele Kinder der einzige Weg zu einer gesunden und behüteten Kindheit

Fast ein Fünftel aller Kinder in Deutschland würden nach aktuellen Schätzungen von Frühen Hilfen profitieren. Dies trifft vor allem für die drei Millionen Kinder und Jugendlichen zu, die in Armut leben. Doch für viele Kinder kommen die Frühen Hilfen zu spät oder greifen zu kurz. Weil viele Eltern aus sozial benachteiligten Verhältnissen von Frühen Hilfen oder Früherkennungsuntersuchungen nichts wissen, zudem auch weil niedergelassenen Pädiatern häufig feste und verlässliche Kooperationspartner und die nötigen Helfersysteme fehlen. Die „Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen“ will dies ändern. Wie Kinder- und Jugendärzte künftig „Frühen Hilfen“ nutzen können, darüber sprach unser Autor Raimund Schmid mit dem Münchner Sozialpädiater Prof. Volker Mall, der sich als Ärztlicher Direktor im Kinderzentrum München und als Lehrstuhlinhaber für Sozialpädiatrie an der TU München hier seit langem engagiert.

Die Potentiale der „Frühen Hilfen“ sind vielen Kinder- und Jugendärzten noch nicht bekannt. Welche Möglichkeiten stehen dem Pädiater ganz generell mit den Frühen Hilfen nun offen?

Mall: Den Pädiatern steht durch die Kooperation mit den „Frühen Hilfen“ ein kompetenter Netzwerkpartner zur adäquaten Betreuung von belasteten Familien zur Verfügung. Frühe Hilfen sind ein äußerst heterogenes Feld, in das verschiedenste Maßnahmen und Angebote zur primären und sekundären Prävention fallen, wobei die Zielgruppe Eltern von der Schwangerschaft an bis zum dritten Lebensjahr des Kindes sind. Gemeinsam ist allen, dass sich Frühe Hilfen in einem Kontext enger Vernetzung und Kooperation aus den Bereichen der Schwangerschaftsberatung, des Gesundheitswesens, der interdisziplinären Frühförderung, der Kinder- und Jugendhilfe und weiterer sozialer Dienste bewegen. Ziel ist es, Vernachlässigung sowie Kindeswohlgefährdung frühzeitig abzufangen und durch unterstützende Angebote die Entwicklung der Kinder sowie die Beziehungs- und Erziehungskompetenz der Eltern zu fördern. Die frühzeitige Vermittlung belasteter Familien sowie der fachliche Austausch mit den Institutionen der „Frühen Hilfen“ können in der pädiatrischen Praxis Krisensituationen reduzieren und zu einer erfolgversprechenden multimodalen Behandlung führen.

Was müssen insbesondere ambulant tätige Kinder- und Jugendärzte beachten und wie müssen sie vorgehen, um die Frühen Hilfen tatsächlich nutzen zu können?

Mall: Um familiäre Belastungen frühzeitig erkennen und bedarfsgerechte Unterstützungsangebote vermitteln zu können, müssen im pädiatrischen Praxisalltag



die Lebensbedingungen der Kinder mit einbezogen werden. Für ambulant tätige Pädiater ist es darüber hinaus wichtig, die regionalen Ansprech- und Kooperationspartner der „Frühen Hilfen“ zu kennen und einer Vernetzung offen gegenüber zu stehen. In Bayern erfolgt dies über die so-

genannten KoKis, die Koordinierenden Kinderschutzstellen des Netzwerks Frühe Kindheit. In Zusammenarbeit mit dem „Nationalen Zentrum Frühe Hilfen“ wurde außerdem ein Pädiatrischer Anhaltsbogen entwickelt, der den psychosozialen Unterstützungsbedarf im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen standardisiert erfassen soll und dem Pädiater im Praxisalltag zur Verfügung steht. Damit könnten dann auch Familien frühzeitig und gezielter an die Frühen Hilfen vermittelt werden.

Können Sie ein Beispiel schildern, in denen das Instrumentarium der Frühen Hilfen mit Hilfe der Pädiater zum Nutzen von betroffenen Familien gegriffen hat?

Mall: Einer bereits zum Zeitpunkt der U3 durch Paarkonflikte, Armut und eine Regulationsstörung des Kindes vielfältig belasteten Familie konnte durch die frühe Vermittlung durch den Pädiater rasch und effektiv Hilfe und Unterstützung angeboten werden. Bereits zum Zeitpunkt der U5 berichtete die Familie, deutlich von der raschen Vermittlung über die Frühen Hilfen profitiert zu haben. Es gelingt der Mutter mit Unterstützung nun auch besser, ihren Alltag zu strukturieren. Zudem konnte noch rechtzeitig genug der Kontakt zu einer Schuldnerberatung hergestellt werden.

Weitere Infos bei: Volker.Mall@kbo.de oder unter www.fruehehilfen.de

Red: ReH

Depression bei Vorschulkindern Sorgenfreie Kindheit ist eine Illusion

Forscher der Universität Leipzig haben lokal einen gesamten Kindergartenjahrgang auf Angst- und Depressionssymptome untersucht. Dabei wurden bei zwölf Prozent der rund 1.740 einbezogenen Kinder erhöhte Ängstlichkeit und depressive Verstimmtheit festgestellt. Ohne fachliche Hilfe können sie im Erwachsenenalter eine Depression entwickeln. Eine neue Kurzzeittherapie, die bereits im Vorschulalter gegensteuert, zeigte bemerkenswerte Erfolge.



© altanaka – Fotolia.com

Wenn ein Fünfjähriger im Kindergarten wenig Interesse zeigt, sich am Spiel zu beteiligen, wird er zunächst kaum auffallen. "Die Aufmerksamkeit liegt eher auf Hyperaktivität und Aggression", weiß Prof. Kai von Klitzing, Universitätsklinikdirektor für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters. "Wenn ein Kind jedoch dauerhaft traurig ist, nicht spielen will oder lustlos in der Ecke sitzt, sollte man genauer hinschauen. Denn erwachsene depressive Menschen berichten häufig, dass ihre Krankheit schon im Kindesalter begann."

Das Expertenteam um den ärztlichen Kindertherapeuten und Ordinarius an der Medizinischen Fakultät forscht seit sieben Jahren zum Thema Depression im Kindesalter. Von Klitzing will den Weg bereiten für die Früherkennung einer Krankheit, die schwerwiegende soziale und ökonomische Folgen für die Gesellschaft hat. In Deutschland liegen die Kosten in Folge depressionsbedingter Frühberentungen bei geschätzten 1,5 Milliarden Euro jährlich. Nach Angaben des Bundesministeriums

für Gesundheit melden sich rund 300.000 Menschen im Jahr aufgrund ihrer Depression arbeitsunfähig, Tendenz steigend.

Hohe Zahl an auffälligen Kindern

Aktuell haben die Wissenschaftler in Leipzig auch die Eltern des Kindergartenjahrgangs nach Angst- und Depressionssymptomen bei ihren Kindern befragt. Demnach wiesen über 200 der untersuchten Kinder (zwölf Prozent) erhöhte Ängstlichkeit und depressive Verstimmtheit auf. Die Entwicklung etwa der Hälfte dieser Kinder war sogar schon stärker beeinträchtigt.

Lagen Symptome wie Traurigkeit, Schlafstörungen, Gereiztheit oder Spielhemmung vor, wurden Kinder wie Eltern zu einer vertieften kinderpsychiatrischen Diagnostik eingeladen. Parallel wurde eine Kontrollgruppe untersucht, bei denen die Anzeichen nicht auftraten. Das Zusammentreffen von beeinträchtigender Angst und deutlichen Depressionszeichen konnte vom Forscherteam so als ein wichtiges Risikoprofil identifiziert werden. Das

Ergebnis der von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Studie wurde gerade in der Fachzeitschrift "Journal of Child Psychology and Psychiatry" veröffentlicht.

Genetische und soziale Faktoren

Besonders betroffen sind Kinder, deren Eltern selbst unter einer Depression leiden. Ein höheres Risiko haben aber auch diejenigen, die negative Lebenserfahrungen, wie Misshandlung und Vernachlässigung, schon in der frühen Kindheit erleben. Andere Faktoren sind das Zerbrecchen von Familien und früher Leistungsdruck.

Neu entwickelte Kurzzeittherapie

Um rasch behandeln und einer Verfestigung vorbeugen zu können, hat von Klitzing zusammen mit seiner Kollegin, der Diplompsychologin Tanja Göttken, eine psychoanalytische Kurzzeitbehandlung für Kinder von vier bis zehn Jahren entwickelt und wissenschaftlich erforscht. In 25 Therapie-Sitzungen, von denen fünf mit und 20 ohne Eltern stattfinden, werden in Gesprächen und im Spiel unverarbeitete Konflikte des Kindes herausgearbeitet. Die Behandlung zeigte laut einer kürzlich in der internationalen Fachzeitschrift "Psychotherapy" veröffentlichten ersten Studie an 30 Kindern erstaunliche Erfolge: Bei allen Kindern verminderten sich die Symptome im Vergleich zur Kontrollgruppe deutlich, mehr als die Hälfte der Kinder war am Ende sogar völlig störungsfrei. Die Entwicklung hielt auch über sechs Monate nach Therapieende an. Klitzing: "Dennoch wird ein Teil der Kinder eine längere psychotherapeutische Behandlung benötigen, um sich auch langfristig gesund entwickeln zu können."

Red: ReH

Bits + Bytes ● ● ●



Sag niemals nie - Microsoft liefert Update für Windows XP

Jetzt ist es doch passiert! Microsoft stellt trotz Abkündigung des Extended Supports für Windows XP ein Update für den Internet Explorer auch für XP Anwender zur Verfügung. Der Druck war wohl zu groß, nachdem Behörden in den USA und Europa vor der Benutzung des Internet Explorers gewarnt hatten und Anwendern empfohlen wurde, auf Alternativen umzusteigen. Es kann erwartet werden, dass der Softwareriese in einer ähnlichen Situation in naher Zukunft genauso reagieren wird. Zu groß wäre der Imageschaden, wenn großflächig Anwender von Microsoft Software, wenn auch abgekündigt, Opfer von Attacken im Internet würden. Denn nach wie vor läuft ein großer Teil der PCs weltweit, auch bei Behörden und Verwaltungen, mit dem Betriebssystem Windows XP. Microsoft möchte das gnädigerweise gelie-

ferte Update aber nur als Sonder- und Einzelfall verstanden wissen - um natürlich nicht den Absatz neuerer Windows Lizenzen zu gefährden...

Die aktuelle Politik mancher Arztpraxis-Software-Anbieter ist aus anderen Gründen vergleichbar. Auch hier möchte man es natürlich "nur als Einzelfall" und bestenfalls als "Kulanz" sehen, wenn man Praxen erlaubt, weiter unter Windows XP arbeiten zu können. Dabei geben manche bei Praxis-Software-Konzernen oder deren Niederlassungen angestellte Techniker hinter vorgehaltener Hand zu verstehen, dass man aus logistischen Gründen gar nicht anders könne, weil man mit den Systemaufrüstungen der Praxen mit noch auf Windows XP basierender Infrastruktur bis weit ins zweite Halbjahr 2014 ausgelastet sei. Und fast möchte man darauf wetten,

dass Strategen in Praxissoftware-Konzernen schon mit dem Gedanken spielen, wie man mit dieser "Kulanz" die Einnahmen steigern kann. Vielleicht getarnt als erhöhter Supportaufwand?

Wer seinen XP-Rechner auch weiterhin nutzen möchte, sollte aber in jeden Fall eine gute Firewall einsetzen und sich im Internet nur auf vertrauenswürdigen Plattformen bewegen. Nutzer des Internet Explorers von Microsoft sollten sich trotz des letzten Updates nach einem alternativen Browser umschauchen. Diese sind oft schlanker, schneller und sicherer. Und Updates kommen automatisch auch noch für Windows XP-Nutzer - und das nicht nur von Microsofts Gnaden.

Dr. Bernd Byte

Red: ReH

NEU! Ehemaligen-Stammtisch in Bad Orb



Am Dienstag, 14. Oktober 2014 findet im Rahmen des diesjährigen Herbst-Seminar-Kongresses im Kurhotel an der Therme in Bad Orb erstmalig ein „Ehemaligen-Stammtisch“ statt.

Sicher gibt es viele gemeinsame Erinnerungen, die Sie mit anderen „Ehemaligen“ unter dem Vorsitz von Herrn Dr. Uwe Goering aus Pegnitz, in lockerer Atmosphäre in der Lobby-Bar des Hotel an der Therme, Bad Orb, Horststraße 1, (ehemaliges Steigenberger Hotel), rund um den Berufsverband und den Bad Orber Kongress austauschen können.

Wenn Sie auch am Kongress teilnehmen möchten, weisen wir darauf hin, dass die Kongressgebühr für Ärzte/Innen im Ruhestand 50% ermäßigt ist (dies gilt nur für die Kongressgebühr, nicht für die Seminare und das Rahmenprogramm).

Ausführliche Programminformationen finden Sie demnächst auch auf unserer Kongresshomepage unter:

<http://kongress.bvkj.de> oder in PädInform unter BVKJ-Fobi-Termine.

Wir freuen uns über Ihre Anmeldung.



Bitte mailen an: BVKJ.kongress@uminfo.de oder faxen an: 0221/68909-78

- Ja, ich möchte am Ehemaligen-Treffen am Dienstag, 14.10.2014 in Bad Orb teilnehmen:
- ich nehme auch am Kongress teil und bitte um Zusendung der Kongressinformationen / - Programmheft

Titel/Vorname/Name:

Straße

PLZ, Stadt

Telefon / E-Mail

Datum

Unterschrift

Highlights aus Bad Orb ●●●

Zerebralparese: Neuropädiatrische Gesichtspunkte und Grundlage



Dr. med.
Daniela
von Pfeil

Professor
Dr. Volker Mall

Mit einer Prävalenz von 2-3/1000 Lebendgeborenen ist die Zerebralparese (ZP) der häufigste Grund einer spastischen Bewegungsstörung bei Kindern. Eine Abgrenzung zu anderen motorischen Auffälligkeiten, zum Beispiel einer Umschriebenen Entwicklungsstörung Motorischer Funktionen (UEMF) mit neurologischen soft-signs oder einem habituellen Zehenspitzenengang ist entscheidend für das Verständnis der zugrunde liegenden Störung, die Therapieauswahl und die Prognose. Die Diagnose ZP sollte möglichst frühzeitig gestellt werden, um eine optimale Förderung und Versorgung der Patienten während aller entscheidenden Entwicklungsphasen zu gewährleisten.

Die im Rahmen der Zerebralparese auftretenden Bewegungsstörungen werden je nach Ausprägung von sekundären muskulo-skelettalen Problemen begleitet. Zusätzlich zu den motorischen Beeinträchtigungen treten häufig Sensibilitätsstörungen, kognitive Defizite, Kommunikations- und Verhaltensstörungen, Wahrnehmungsstörungen und Epilepsien auf. Vorrangiges Ziel bei der Betreuung von Patienten mit Zerebralparese ist es, ein individuell abgestimmtes, multimodales Therapiekonzept zu erstellen, um die Lebensqualität der Patienten zu verbessern, größtmögliche Selbständigkeit zu ermöglichen und Folgeschäden zu vermeiden. Aufgrund der Komplexität des Störungsbildes ist eine eng vernetzte trans- und interdisziplinäre Behandlung der Patienten unabdingbar.

Definition und Ätiologie

Die Zerebralparese (ZP) beinhaltet eine Gruppe von Krankheitsbildern, die zu einer Störung von Bewegung, Haltung und motorischer Funktion führen. Diese entstehen durch eine nicht progrediente Läsion des sich entwickelnden Gehirns während der Schwangerschaft, Geburt oder in der Neonatalperiode.

Nicht vereinbar mit dieser Definition der ZP sind progrediente Erkrankungen, die mit einem Verlust bereits erworbener Fähigkeiten einhergehen, spinale Erkrankungen und Erkrankungen mit dem alleinigen neurologischen Symptom der muskulären Hypotonie.

Ursächlich für eine ZP können Infektionen, Traumata, Blutungen, Hypoxien bzw. Asphyxien, Ischämien, genetisch oder toxisch bedingte Fehlbildungen sein.

Abhängig vom Zeitpunkt der Schädigung kommt es durch intraventrikuläre Blutungen, Fehlbildungen, infektiöse oder ischämische Ereignisse zu unterschiedlichen Läsionsmustern.

Diese sind abhängig von der Größe, Ausbreitung und Lokalisation der Hirnschädigung sowie dem Stadium der Gehirnentwicklung.

So treten im ersten und zweiten Trimenon der Schwangerschaft vor allem Fehlbildungen durch genetische oder erworbene Störungen wie zum Beispiel Infektionen oder ischämische Ereignisse auf, während im frü-

hen dritten Trimenon periventrikuläre Läsionen (PVL) und intrakranielle Blutungen überwiegen. Im späten dritten Trimenon kommt es vorwiegend zu kortikalen und subkortikalen Läsionen sowie Läsionen der grauen Substanz.

Meist sind Schädigungen des sich entwickelnden Gehirns im dritten Trimenon die Ursache für eine Zerebralparese. Genetisch bedingte Fehlbildungen kommen seltener vor, rücken jedoch vor allem bei der ataktischen Zerebralparese, wie in vielen Bereichen der Neuropädiatrie, zunehmend in den Focus.

Bei einem Großteil der spastischen und dystonen Zerebralparesen geht die Schädigung des Gehirns mit abnormen kortiko-spinalen und axonalen Verzweigungsmustern einher.

Trotz zahlreicher Diagnostikmöglichkeiten kann die Ursache nicht immer geklärt werden.

Diagnosestellung

Da die ZP eine Gruppe von Erkrankungen beinhaltet, ist eine exakte Klassifikation auf dem Boden einer fundierten Diagnose essentiell. Dazu gehören anamnestiche Angaben (Schwangerschafts- und Geburtsanamnese), ein gründlicher neurologischer Untersuchungsbe- fund und eine cMRT Bildgebung. Nur mit diesen vollständigen Informationen kann die Erkrankung ausreichend diagnostiziert werden.

Im Rahmen der neurologischen Untersuchung sollte auf Folgendes geachtet werden:

Liegen Zeichen einer spastischen, dyskinetischen oder ataktischen Bewegungsstörung vor?

Bestehen frühkindliche Reflexe fort? Sind pathologische Reflexe oder Pyramidenbahnzeichen vorhanden? Sind Muskeleigenreflexe verstärkt oder die Reflexzonen verbreitert? Sind im Säuglingsalter neurokinesiologischer Befund und General movements altersgemäß? Wie ist der Stand der motorischen aber auch der weiteren Entwicklung?

Klinisch sollte die Diagnose einer spastischen, dyskinetischen oder ataktischen Zerebralparese etwa im sechsten Lebensmonat sicher gestellt werden können.

Zur Sicherung der Diagnose und Klärung der Ursache sollte ein cMRT angefertigt werden [Abb. 1].

In der Schädelsonographie besteht die Gefahr einzelne Befunde, zum Beispiel Infarkte, zu übersehen.

Klassifikationen

In Anlehnung an die Surveillance of Cerebral palsy in Europe (SCPE) erfolgt die Klassifikation zunächst nach ZP – Subtypen [Tab. 1].

Der häufig benutzte Begriff „spastische Diparese“ oder auch „beinbetonte spastische Tetraparese“ wird gemäß der SCPE Klassifikation nicht mehr verwendet, was eine Veränderung der zuvor klinisch gebräuchlichen Nomenklatur bedeutet.

Diese ist nach wie vor verbreitet. Vor allem weil sie eine Kombination aus Angabe der Art der Bewegungsstörung („spastisch“) und deren Schweregrad (eingeschränkt gehfähig, obere Extremität wenig betroffen) darstellt. Genau in dieser unscharfen Mischdefinition liegt zum Beispiel die Schwäche des Begriffs „spastische Diparese“. Hier ist die mit der mit der SZPE Definition eingeführte Trennung zwischen ZP-Subtyp und Schweregrad der motorischen Beeinträchtigung (GMFCS Klassifikation) überlegen.

Bei den Subtypen der ZP ist die **bilaterale-spastische ZP mit 60 % am häufigsten**, gefolgt von der **unilateralen-spastischen ZP mit 30 %**. Die **dystone ZP (6 %)** und die **ataktische ZP (4 %)** sind im Vergleich dazu eher selten.

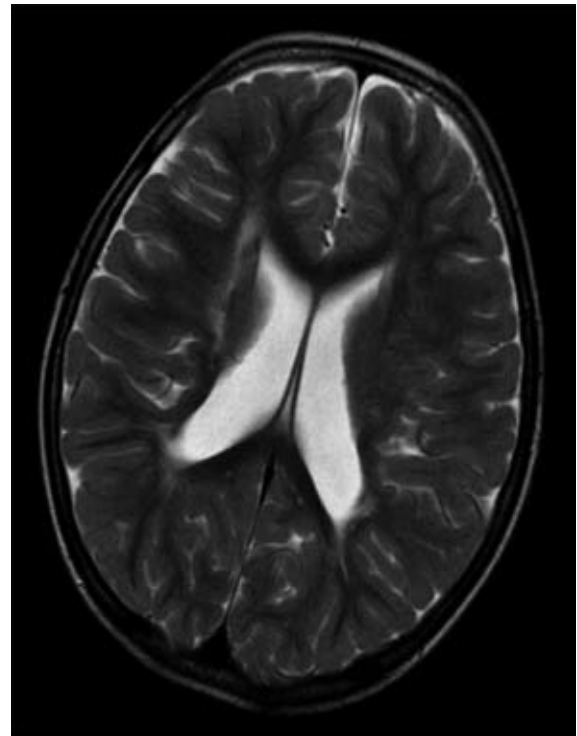


Abb. 1:
Periventrikuläre Leukomalazie

Nach Klassifikation des ZP-Subtyps folgen die Bewertung der Ausprägung der motorischen Beeinträchtigung gemäß Gross Motor Function Classification System (GMFCS), des Schweregrads der motorischen Beeinträchtigung der oberen Extremität gemäß Motor Ability Classification System (MACS), der kognitiven Beeinträchtigung und eine Klassifikation der bildgebenden Befunde [Tab. 2, 3].

Beim GMFCS handelt es sich um ein standardisiertes, gut validiertes und reliables System zur Klassifizierung der motorischen Beeinträchtigung von Patienten mit Zerebralparese. Es hat seinen Ursprung in der Gross Motor Function Measure (GMFM) und berücksichtigt die motorischen Meilensteine der kindlichen Entwicklung. Ihm wird ein hoher prognostischer Wert bei der motorischen Entwicklung zugeordnet, der Auswirkungen auf die Therapieentscheidungen und das Outcome der Patienten hat. Die ausführliche deutsche Übersetzung kann in

Subtyp	Kennzeichen
Allen gemeinsam	abnorme Haltungs- und Bewegungsmuster
Spastische ZP	- gesteigerter Muskeltonus (nicht zwingend konstant) - pathologische Reflexe (Hyperreflexie / Pyramidenbahnzeichen, z. B. Babinski-Reflex) - unilateral (Hemiparese) oder bilateral
Dyskinetische ZP	- unwillkürliche, unkontrollierte Bewegungen, wechselnder Muskeltonus - persistierende Primitivreflexe - dyston (Hypokinesie, Hypertonie) oder choreo-athetoid (Hyperkinesie, Hypotonie)
Ataktische ZP	- keine geordnete Koordination der Muskulatur - Bewegungen mit abnormaler Kraft, Genauigkeit und Rhythmus

Tab. 1: Klassifikation der ZP nach Subtypen in Anlehnung an die SCPE (siehe auch www.scpnetwork.eu)

MACS-Level	Beschreibung
1	Kann ohne wesentliche Schwierigkeiten mit Objekten umgehen.
2	Kann mit den meisten Objekten umgehen, aber mit reduzierter Qualität und/oder Geschwindigkeit der Durchführung.
3	Benutzt Objekte mit Schwierigkeiten; braucht Hilfe bei der Vorbereitung und/oder Modifizierung der Aktivitäten.
4	Benutzt eine begrenzte Auswahl von leicht zu handhabenden Objekten in an die Fähigkeit angepassten Ausgangssituationen.
5	Kein Gebrauch von Objekten möglich und deutliche Einschränkung in der Fähigkeit, auch einfache Handlungen durchzuführen.

Tab. 2: MACS: Klassifikation der Fähigkeiten, mit Objekten umzugehen, die für Aktivitäten des täglichen Lebens wichtig sind.

„Klassifikation und Therapiekurven für Kinder mit Zerebralpareesen“ (über www.cp-netz.de) eingesehen werden.

Zur weiteren Befunderhebung, vor allem auch für objektivierbare Verlaufskontrollen stehen eine Vielzahl von Bewertungsmethoden, wie zum Beispiel Ashworth-Skala, Range of Motion (ROM), 10-m-Gehtest, Timed-up-and-go-Test, zur Verfügung.

Um möglichen Schuldgefühlen entgegen zu wirken, kann es bei der Beratung der Eltern hilfreich sein, darauf hinzuweisen, dass die meisten Ursachen für eine ZP prä- und nicht peripartal entstehen.

Behandlungsstrategien/Therapien

Aufgrund der Komplexität der unterschiedlichen Störungsbilder, die bei einer ZP vorliegen können, ist eine eng vernetzte trans- und interdisziplinäre Behandlung der Patienten unabdingbar. Zu einem ZP-Behandlungsteam gehören unter anderem: Pädiatrie, Neuropädiatrie, Sozialpädiatrie, Kinder-/Neuroorthopädie, Entwicklungspsychologie, Orthopädietechnik, Pädagogik, Ergo- und Physiotherapie, sowie Logopädie.

Auf jeden Fall sind auch die Patienten selbst und ihre Eltern/Betreuungspersonen ein wichtiger Teil dieses Teams. Ihre Therapiemotivation und die Möglichkeiten, die in ihrem unmittelbaren Umfeld zur Verfügung stehen, sind mit entscheidend für den Erfolg einer therapeutischen Intervention.

Für die tägliche Praxis hat sich in Anlehnung an die International Classification of Functioning and Disability (ICF) der WHO eine Orientierung der **Therapieplanung an folgenden drei Grundprinzipien** bewährt:

- (1) Tonusreduktion
- (2) funktionelle Verbesserung
- (3) Prophylaxe von Kontrakturen

Die interdisziplinäre Therapie eines jeden Patienten mit ZP sollte unter diesen drei Aspekten optimiert werden.

Die Tonusreduktion ist in der modernen ZP-Therapie eine Domäne der interventionellen Pharmakotherapie. Eine Reduktion des Muskeltonus kann lokal, zum Beispiel durch gezielte Botulinumtoxin-Injektionen (vgl. Beitrag Dr. Jürgen Seeger) oder generalisiert, zum Beispiel durch orale Baclofen-gabe oder eine intrathekale Ba-

Klassifikation	Beschreibung
A.	Malformationen (1. und 2. Trimester)
A.1.	Störungen der Proliferation
A.2.	Störungen der Migration
A.3.	Störungen der Organisation
A.4.	Maldevelopment
B.	Periventrikuläre Läsion (PVL) der weißen Substanz (frühes 3. Trimester)
B.1.	PVL (mild/schwer)
B.2.	Posthämorrhagische Läsion
B.3.	Kombination einer PVL und einer posthämorrhagischen Läsion
C.	Kortikale und tiefe graue Substanzdefekte
C.1.	Basale Ganglien und Thalamus (mild, moderat, schwer)
C.2.	Parasagittale Läsionen
C.3.	Mediainfarkt
D.	Andere

Tab. 3: Klassifikation der zerebralen Bildgebung.

clofentherapie, erreicht werden. Dass eine therapeutische Tonusreduktion nicht zu einer funktionellen Verschlechterung führen sollte, ist dabei Grundvoraussetzung.

Häufig wird sie von Patienten, selbst wenn kein messbarer aktiver funktioneller Gewinn erreicht werden sollte, als positiv erlebt. So kann die Lebensqualität entscheidend verbessert werden durch Reduktion opisthotoner Krisen und Schlafstörungen, Schmerzlinderung, Verbesserung der Kontaktaufnahme und der Stimmung, Gewichtszunahme sowie Erleichterung von Lagerung, Transfer und Pflege.

Während für Patienten mit ausgeprägter spastischer und spastisch-dystoner Bewegungsstörung (GMFCS IV-V) die intrathekale Baclofentherapie eine effektive Maßnahme zur Tonusreduktion darstellt, empfiehlt sich für Patienten, die leichter betroffen sind (GMFCS II-III), unter Umständen eine operative Tonusreduktion durch eine selektive dorsale Rhizotomie (SDR). Bei Patienten mit einer ausgeprägten rein dystonen Bewegungsstörung sollte primär eine Tiefenhirnstimulation in Betracht gezogen werden.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Betreuung von ZP-Patienten ist die **Prävention von Hüftluxationen**.

Die Hüftluxation ist in der Regel bei Geburt noch nicht vorhanden, stellt im späteren Leben aber eine massive, häufig schmerzhafte Beeinträchtigung dar [Tab. 4].

GMFCS	Prävalenz der Hüftluxation
I	0 %
II	15 %
III	41 %
IV	70 %
V	90 %

Tab. 4: Risiko der Hüftluxation. Prävalenz der Hüftluxation in Abhängigkeit vom Schweregrad.

Beckenübersichtsaufnahmen im Alter von zwei Jahren bei allen Kindern mit ZP und im Abstand von sechs bis 24 Monaten je nach Risikoprofil, das sich neben dem GMFCS-Grad auch am Migrationsindex der letzten Beckenübersichtsaufnahme orientiert.

Ausblick

Vorrangiges Ziel bei der Betreuung von Patienten mit Zerebralparese ist es, ein individuell abgestimmtes, multimodales Therapiekonzept zu erstellen, um die Lebensqualität der Patienten zu verbessern, größtmögliche Selbständigkeit zu ermöglichen und Folgeschäden zu vermeiden. Aufgrund der Komplexität des Störungsbildes ist eine eng vernetzte trans- und interdisziplinäre Behandlung der Patienten unabdingbar.

Die gemeinsam mit den Patienten und Eltern/Betreuern festgelegten Therapieziele sollten stets spezifisch,

messbar (zum Beispiel mittels Goal Attainment Scales [GAS]), achievable = erreichbar, relevant, timed = zeitlich festgelegt und inspirierend sein. **Smarte Ziele** motivieren Patienten und Behandlungsteam, Patienten und Eltern/Betreuer sind mit für das Erreichen der Ziele verantwortlich, und ein zielorientiertes Zeitmanagement ermöglicht eine optimale Therapiegestaltung. Auch wenn es zahlreiche Studien zur Zerebralparese gibt, und sich die Evidenz für die Therapie in den letzten Jahren deutlich verbessert hat, werden in Zukunft noch weitere Studien notwendig sein.

Ein weiteres Ziel wäre die Entwicklung von umfassenden evidenzbasierten Leitlinien für die ZP-Therapie.

Die Etablierung von Hüft-Überwachungsprogrammen wird in der Literatur einheitlich empfohlen und ist in Schweden, Australien und Deutschland (Pilotphase seit 04/2008; www.cp-netz.de) etabliert.

Die Wertigkeit verschiedener Therapien zur Prophylaxe der Hüftluxation ist umstritten. Einigkeit besteht im Ziel, die Hüftluxation durch präventive Maßnahmen zu verhindern und aufwändige Rekonstruktionsoperationen zu vermeiden. Auch wenn die Evidenzlage der dazu empfohlenen Therapien noch nicht ausreichend ist, können ein systematisches Monitoring und ein konsequentes konservatives und operatives therapeutisches Vorgehen Hüftluxationen signifikant reduzieren.

Es bleibt abzuwarten, welche Therapieansätze, zum Beispiel die Stammzelltransplantation nach Insulten oder lokale Phenolinjektionen, in Zukunft für die Therapie der ZP eine Rolle spielen werden.

Aus Kindern mit Zerebralparese werden immer auch Erwachsene mit Zerebralparese. Eine enge Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen, die eine optimale Versorgung von ZP-Patienten ermöglichen, muss auch im Erwachsenenalter weiter erfolgen. Hier ist im Sinne einer erfolgreichen Transition noch einiges zu tun.

Literatur beim Autor

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondierende Autorin:
Dr. med. Daniela von Pfeil
Kinder- und Jugendärztin
Schwerpunkt Neuropädiatrie
Leitung Schwerpunkt Sensomotorik
kbo-Kinderzentrum München
Heiglhofstr. 63
81377 München
Tel.: 089/71009-197
E-Mail: daniela.vonpfeil@kbo.de

Prof. Dr. med. Volker Mall
Kinder- und Jugendarzt
Schwerpunkt Neuropädiatrie
Ärztlicher Direktor kbo-Kinderzentrum München
Inhaber des Lehrstuhls für Sozialpädiatrie an der TU München
kbo-Kinderzentrum München
Heiglhofstr. 63, 81377 München

Red.: Keller

Highlights aus Bad Orb ●●●

Botulinumtoxin in der multimodalen Therapie der Zerebralparese

Botulinumtoxin A wurde vor über 20 Jahren in die Behandlung von Kindern mit infantiler Zerebralparese eingeführt und hat heute im Rahmen eines multimodalen Therapiekonzeptes einen festen Stellenwert.

Der Nutzen einer Behandlung ist sowohl für die untere als auch für die obere Extremität evidenzbasiert belegt und im Alltag etabliert. Zugelassen ist in Deutschland allerdings nur ein Präparat für die Behandlung des dynamischen Spitzfußes. Botulinumtoxin A hat eine ausgewiesene hohe Therapiesicherheit und es gibt bislang keine Hinweise auf unerwünschte Langzeitnebenwirkungen. Es handelt sich um eine hochwirksame Substanz, deren medizinische Anwendung nur durch Ärztinnen und Ärzte mit besonderer Erfahrung vorgenommen werden sollte. In der kinder- und jugendärztlichen Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Zerebralparese gilt es, frühzeitig unter anderem auch an den Einsatz von Botulinumtoxin A zu denken.



Dr. med.
Jürgen Seeger

Einleitung

Botulinumtoxin A wurde vor über 20 Jahren in die Behandlung von Kindern mit infantiler Zerebralparese eingeführt, nachdem zuvor schon über längere Zeit Erfahrungen mit der Substanz in der Behandlung erwachsener Patienten vorwiegend mit fokalen Dystonien gemacht worden waren. Eine erste Publikation zur Anwendung bei Zerebralparesen stammt aus dem Jahr 1993.

Wirkprinzip

Botulinumtoxin A ist ein zweikettiges Polypeptid, das von *Clostridium botulinum* gebildet wird. Die schwere Kette dieses Toxins ist für die Spezifität der Wirkung verantwortlich und bindet gezielt an Akzeptorstrukturen cholinergischer Nervenendigungen. Das Toxin wird dann durch Endozytose internalisiert. Intrazellulär bindet die leichte Kette an ein spezielles Protein (SNAP-25) und führt durch dessen Proteolyse zur temporären Blockade der Freisetzung von Acetylcholin. Innerhalb einiger Tage entsteht eine chemische Denervierung und es tritt damit die erwünschte Wirkung am Zielmuskel ein. Nach einigen Wochen kommt es nach einer zwischenzeitlichen vorübergehenden axonalen Aussprossung zu einer Reaktivierung der ursprünglichen Nervenendigungen und damit zur Wiederkehr der ursprünglichen Funktion.

Das dargestellte Wirkprinzip ermöglicht den gezielten Einsatz des Toxins in umschriebenen Muskeln oder Muskelgruppen, deren Überaktivität blockiert werden soll. Es bedingt die Reversibilität der Wirkung und damit die Notwendigkeit zu wiederholten Injektionen, wenn ein erwünschter Effekt erzielt wurde und langfristig erhalten werden soll. Wie die gewünschte Wirkung, sind auch

mögliche unerwünschte Wirkungen oder zu deutliche Schwächungen aufgrund dieses Prinzips vollständig reversibel.

Evidenz in der Botulinumtoxin-Therapie

Grundsätzlich sind die Wirksamkeit und Sicherheit der Behandlung von Kindern mit infantiler Zerebralparese mit Botulinumtoxin A unbestritten. Dies wird z. B. in einem europäischen Konsensus-Statement von 2009 anhand von über 45.000 Behandlungen an über 10.000 Patienten eindrücklich dargestellt. Bei der Beurteilung des Nutzens der Botulinumtoxin-Behandlung ist zu berücksichtigen, dass eine Evidenz, die nur auf randomisierten kontrollierten Studien beruht, für den individuellen Patienten unter Umständen eine begrenzte Anwendbarkeit besitzen kann, da diese Studien in der Regel strenge Ein- und Ausschlusskriterien haben. Im Einzelfall kann also durchaus eine Behandlung auch bei nicht evidenzbasierten Indikationen sinnvoll sein. Für eine Reihe von Indikationen und Behandlungssituationen gibt es aber auch ganz klar nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin belegte Nachweise von Wirksamkeit und Sicherheit. Ganz wesentliche Studienergebnisse hierzu stammen aus den letzten zehn Jahren. So wurde 2010 in einem Cochrane Review mit hoher Evidenz die Überlegenheit der Kombination aus Botulinumtoxin A plus Ergotherapie gegenüber einer Ergotherapie alleine bezüglich Beweglichkeit und Funktion der oberen Extremität nachgewiesen. Ein gleiches Review im Jahre 2004 konnte hingegen noch keine Evidenz für oder gegen die Botulinumtoxin-Behandlung darlegen. Ganz wesentliches Ergebnis der meisten Studien und auch der Über-

Wirksamkeit und Sicherheit der Therapie mit Botulinumtoxin A sind mit hoher Evidenz belegt

sichtsarbeiten hierzu, wie z. B. des genannten Cochrane Reviews, ist die Tatsache, dass Botulinumtoxin A alleine keinen eindeutig belegbaren Nutzen hat, sondern immer nur in Kombination mit anderen Therapien im Rahmen eines multimodalen Ansatzes. Zur Behandlung der oberen Extremität wurde in dem genannten Review eine hohe Sicherheit festgestellt und es fanden sich keine signifikanten Nebenwirkungen.

Bezüglich der unteren Extremität gibt es aus verschiedenen Reviews der letzten Jahre eindeutige Empfehlungen zur Behandlung mit Botulinumtoxin A ebenfalls im Rahmen eines multimodalen Konzeptes zusammen mit Physiotherapie und dem Einsatz von Orthesen. Hohe Evidenz aus verschiedenen Untersuchungen besteht hier bei der Behandlung des spastischen Spitzfußes und in geringerer Zahl der Publikationen auch zur Adduktorenspastik. Zur im Alltag in der Regel erforderlichen und auch meist durchgeführten Behandlung mehrerer Muskelgruppen (Multilevel-Botulinumtoxin-Therapie) gibt es bislang keine den Kriterien entsprechende größeren Studien.

Zulassungssituation in Deutschland

Auf dem deutschen Markt sind drei Botulinumtoxin A-Präparate sowie ein Botulinumtoxin B-Präparat zugelassen. Entgegen der oben dargestellten breit belegten Wirksamkeit von Botulinumtoxin A, sowohl bei der Behandlung der unteren als auch der oberen Extremität, gibt es eine Zulassung lediglich für eines der drei Botulinumtoxin A-Präparate für die fokale Spastizität im Zusammenhang mit einer dynamischen Spitzfußstellung bei Patienten mit infantiler Zerebralparese, die zwei Jahre oder älter sind (Botox®, Onabotulinumtoxin A). Für die Behandlung der fokalen Spastizität des Handgelenkes und der Hand ist dieses Präparat zugelassen für erwachsene Patienten nach Schlaganfall. Die gleiche Zulassung für die symptomatische Behandlung einer Armspastik bei Erwachsenen in Folge eines Schlaganfalles gilt für das Präparat Dysport® (Abobotulinumtoxin A) sowie für das Präparat Xeomin® (Incobotulinumtoxin A). Das einzige Botulinumtoxin B-Präparat (Neurobloc®, Rimabotulinumtoxin B) ist zur Behandlung der Spastik nicht zugelassen.

Praktisches Vorgehen bei der Botulinumtoxin-Therapie

Die Behandlung mit Botulinumtoxin A bringt in der Regel zahlreiche intramuskuläre Injektionen mit sich, weshalb sie bei Kleinkindern und Schulkindern üblicherweise in einer Analgosedierung durchgeführt wird. Zur sicheren Applikation des Toxins in den gewünschten Zielmuskel hat sich in den letzten Jahren in der Kinder-

und Jugendmedizin die Behandlung mit sonographischer Injektionskontrolle durchgesetzt. In der Regel wird die Behandlung – im Rahmen eines multimodalen Ansatzes – im Bereich mehrerer betroffener Muskelgruppen (Multilevel) durchgeführt und damit außerhalb der oben dargestellten sehr begrenzten Zulassung (off-label) (Abb. 1).



Abb. 1: Botulinumtoxin-Injektion der Adduktoren mit sonographischer Kontrolle

Jede Botulinumtoxin-Therapie sollte gut dokumentiert werden, sowohl bezüglich des klinisch-neurologischen Befundes vor der Behandlung als auch des Injektionsschemas (verwendetes Präparat, behandelte Muskeln, Dosis pro Muskel und Gesamtdosis). Es sollte immer im geeigneten Abstand eine Nachuntersuchung zur Beurteilung und Dokumentation des Therapieeffektes stattfinden. In Abhängigkeit vom Effekt der Behandlung, dem Nutzen für den Patienten und der zwischenzeitlichen weiteren Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen müssen wiederholte Behandlungen geplant und durchgeführt werden. Die Behandlungen sollten in enger Kooperation mit den betreuenden Therapeutinnen und Therapeuten sowie mit der Orthopädie und der Orthopädiertechnik organisiert werden.

Vor jeder Behandlung sollte mit den Patienten bzw. der Familie ein Therapieziel definiert werden. In Abhängigkeit vom Grad der motorischen Einschränkungen des Patienten wird es hierbei entweder mehr um einen Funktionsgewinn (bei leichter Behinderten) oder um Aspekte der Pflegerleichterung (bei schwerer Behinderten) gehen. Hierbei ist es wichtig, die Therapieziele immer realistisch und an den gegebenen Möglichkeiten orientiert zu besprechen. Im Rahmen der Nachuntersuchungen muss dann jeweils evaluiert werden, inwieweit das Ziel erreicht wurde oder zumindest eine Annäherung an das Ziel eingetreten ist. Im Laufe der Entwicklung des Patienten muss die Indikation zur erneuten Injektion mit Botulinumtoxin immer wieder überprüft werden beziehungsweise müssen andere Behandlungsmöglichkeiten mit erwogen werden (zum Beispiel orale Medikamente

Die Behandlung mit Botulinumtoxin A erfolgt im interdisziplinären Therapie-konzept

zur Reduktion der Spastik, intrathekale antispastische Therapie mit Baclofen und zu gegebenem Zeitpunkt die Indikation für orthopädische Operationen).

Aus eigener Erfahrung möchte ich besonders darauf hinweisen, dass bei schwer- und schwerstbehinderten Patienten neben dem schon erwähnten Aspekt einer Pflegeerleichterung durch Botulinumtoxin-Injektionen auch eine Reduktion eventuell vorhandener Schmerzen und damit verbunden eine Verbesserung des Allgemeinzustandes durch Botulinumtoxin-Injektionen zu erreichen ist.

Sicherheitsaspekte

In allen zur Verfügung stehenden großen Übersichtsarbeiten einschließlich der Cochrane-Reviews gibt es keine Hinweise auf schwerwiegende Nebenwirkungen der Botulinumtoxin-Behandlung. Vielmehr stellt sich eine ausgewiesene hohe Therapiesicherheit dar, wobei dies auch für Kinder unter zwei Jahren gilt. Es gibt bislang auch keine Hinweise auf unerwünschte Langzeitnebenwirkungen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte hat in einer Mitteilung von 2008 darauf hingewiesen, dass Botulinumtoxin eine hochwirksame Substanz ist, deren medizinische Anwendung durch Ärzte mit besonderer Erfahrung vorgenommen werden sollte. Es lagen demnach damals dem Institut seit erster Zulassung etwa 210 Berichte über Verdachtsfälle unerwünschter Wirkungen jeglicher Art und aller Schweregrade vor. Es gibt hierunter auch fünf Berichte, in denen über schwerwiegende Wirkungen und einen tödlichen Verlauf berichtet wird. In keinem dieser gemeldeten Fälle war ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Verlauf und der Anwendung von Botulinumtoxin erwiesen.

Fazit für die Praxis

Die Therapie mit Botulinumtoxin A hat einen festen Stellenwert in der multimodalen Behandlung von Kindern mit Zerebralparese. Der Nutzen einer Behandlung sowohl im Bereich der oberen als auch der unteren Extremität ist evidenzbasiert belegt und etabliert, in Deutschland ist allerdings lediglich ein Botulinumtoxin A-Präparat für die Behandlung des dynamischen Spitzfußes zugelassen. Botulinumtoxin A hat eine ausgewiesene hohe Therapiesicherheit, sollte aber nur durch Ärztinnen und Ärzte mit besonderer Erfahrung auf diesem Gebiet angewendet werden.

Für die kinder- und jugendärztliche Betreuung von Patienten mit infantiler Zerebralparese gilt es, frühzeitig und auch immer wieder im Verlauf an den möglichen Einsatz von Botulinumtoxin A in der Therapie zu denken und unter Umständen die Vorstellung in einem erfahrenen Zentrum zu veranlassen.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikte: Der Autor gibt an, dass er Unterstützung bei Fortbildungsveranstaltungen von den Firmen Ipsen Pharma GmbH, Merz Pharma GmbH und Pharm Allergan GmbH erhalten hat.

Korrespondenzanschrift:

Dr. med. Jürgen Seeger

Deutsche Klinik für Diagnostik

Fachbereich Kinder- und Jugendmedizin

Aukammallee 33, 5191 Wiesbaden

Tel.: 0611/577254

E-Mail: juergen.seeger@dkg-wiesbaden.de

Red.: Keller

Spezielle kinderorthopädische Probleme der unteren Extremitäten bei spastischer Zerebralparese



Dr. med. Harald Lengnick

Einleitung

Das Krankheitsbild der spastischen Zerebralparese (CP) kann bei Kindern und Jugendlichen zu vielfältigen kinderorthopädischen Problemen insbesondere der unteren Extremitäten führen.

Die CP umfasst im Wesentlichen die Subtypen der spastischen Hemiparese, spastischen Diplegie und die Maximalform der Tetraspastik (Abb.1a-d). Die vorwiegend von Kinderorthopäden verwendete Einteilung in Subtypen wird durch das Gross Motor Function Classification System (GMFCS, Pallisano et al. 1997) ergänzt. Dieses beurteilt u.a. die Steh- und Gehfähigkeit in Abhängigkeit von Verwendung von Hilfsmitteln (Orthesen, Gehstöcke, Rollator, Rollstuhl etc.) und hilft die funktionellen Fähigkeiten des Patienten exakter einzuschätzen.

Je nach GMFCS-Level werden unterschiedliche Therapieziele definiert, die sich an der Funktion, Mobilität und Beweglichkeit sowie der Transferfähigkeit und der Körperpflege der Patienten orientieren.

Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Neuro pädiatern, Pädiatern, Kinderorthopäden, Orthopädie-technikern sowie Physio-/Ergotherapeuten und Logopäden ist im Sinne einer bestmöglichen Patientenversorgung erforderlich.

Konservative Therapieansätze umfassen die physio- und ergotherapeutische Beübung, orthopädietechnische Versorgung mit Lagerungselementen und Orthesenversorgung sowie die Botulinumtoxin-Injektion spastisch betroffener Muskeln, in schweren Fällen auch eine Baclofentherapie.

Bei ausgeprägten, funktionell einschränkenden und vorwiegend fixierten Deformitäten werden operative Korrekturmöglichkeiten eingesetzt. Behandlungsziele

sind Beschwerden zu lindern, das Steh- und Gehvermögen der Patienten zu erreichen bzw. zu erhalten und eine Progredienz aufzuhalten.

1. Hüftlateralisation/-luxation

Die Prävalenz für eine spastische Hüftluxation bei CP liegt unbehandelt bei 15-20%. Langfristig können Schmerzen sowie schwere Hüft- und Kniebeugekontrakturen entstehen. Es resultieren eine eingeschränkte Steh- und Gehfähigkeit, Probleme bei Positionierung im Sitzen/Liegen sowie bei Transfer und Körperpflege. Ein Beckenschiefstand führt häufig zur Ausbildung einer Skoliose, die im Verlauf ein lebenslimitierender Faktor sein kann.

Bei der klinischen Untersuchung kann sich eine eingeschränkte, asymmetrische Abduktion im Hüftgelenk mit Ausbildung von Hüftbeugekontrakturen zeigen. Allerdings ist die alleinige klinische Untersuchung keine zuverlässige Untersuchungsmethode, da die Hüftluxation auch stumm verlaufen kann (Hägglund et al. 2007).

Die Röntgen-Beckenübersichtsaufnahme beurteilt Zentrierung und Form des Hüftgelenks (Abb.2a).

Der Migrationsindex (MI) nach Reimers quantifiziert die fehlende Hüftüberdachung (Abb.2b). Ein MI von >25% gilt als behandlungspflichtig (Miller et al. 2005, siehe auch Hüftampel, CP-Netz Uniklinik Freiburg).

Spezielle statische oder dynamische Lagerungselemente zur Hüftabduktion dienen der Hüftkopfzentrierung im Acetabulum. Die Kombination der Lagerungsbehandlung mit intensiver Physiotherapie und ggf. auch spastikreduzierender Botulinumtoxin-Injektionen des M. psoas, M. adductor longus sowie der Kniebeugemuskulatur als hüftprotektive Maßnahme, optimieren die

konservative Therapie (Yang et al. 2008).

Präventive Weichteil-Operationen können bei MI zwischen >33-40% mittels intramuskulärer Psoas-Verlängerung und/oder Adduktorenentomie indiziert sein. Dieses Verfahren ist insbesondere zwischen dem vierten bis achten Lebensjahr erfolgversprechend (Miller et al. 2005).

Myofasziale Techniken (Methode nach Ulzibat), derzeit weitrei-

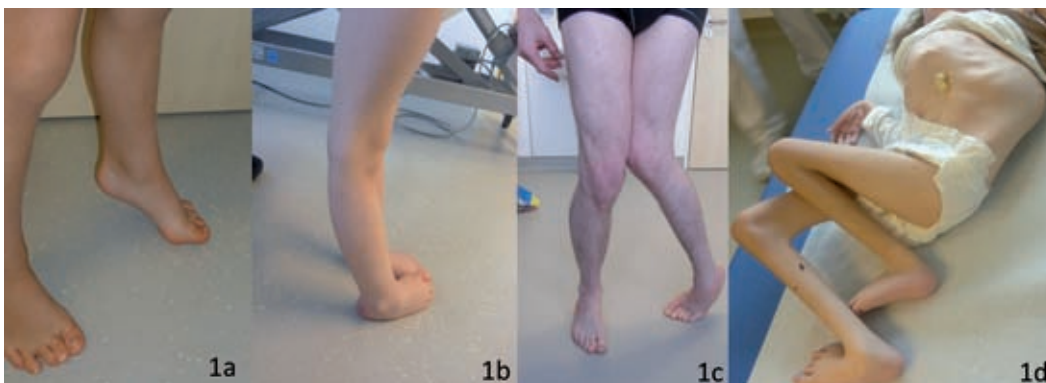


Abb. 1 a-d: Darstellung verschiedener Probleme bei spastischer Zerebralparese: Spitzfußstellung (1a) mit Genurecurvatum (1b) bei spastischer Hemiparese, linksbetonter Einwärts-gang mit Kniebeugekontraktur bei spastischer Diplegie (1c), Windschlagdeformität mit ausgeprägten Hüft- und Kniebeugekontrakturen sowie Knickhackenfuß-Deformität bei Tetraspastik (1d).

chend propagiert, haben noch nicht den Nachweis für eine mittel- und langfristige Funktionsverbesserung gebracht.

Rekonstruktive knöchernerne OP-Maßnahmen (Derotations-Varisations-Osteotomie am proximalen Femur und/oder eine Acetabuloplastik nach Dega/Pemberton) kombiniert mit o.g. Weichteil-Operationen sind ab einem MI von >40% angezeigt.

Die Nachbehandlung erfolgt mittels frühzeitiger passiver Mobilisierung unter physiotherapeutischer Anleitung, um eine Einsteifung des Hüftgelenkes postoperativ zu vermeiden. Die Vollbelastung wird ab sechs Wochen postoperativ nach vorheriger Röntgenkontrolle angestrebt.

Bei schmerzhafter und langfristig luxierter Hüfte sind lediglich palliative Massnahmen wie zum Beispiel eine Hüftkopf-Schenkelhals-Resektion mit mässigem Erfolg möglich (Graham et al. 2002).

Effizientes Hüftpräventionsprogramm als wegweisende Maßnahme für die Zukunft

Die Vermeidung der Hüftlateralisation/-luxation muss das vorrangige Ziel von Kinder- und Jugendärzten, Neuropädiatern und Kinderorthopäden sein. In Schweden existiert bereits ein Präventionsprogramm, mit dessen Hilfe die spastische Hüftluxation signifikant reduziert werden und die Zahl aufwendiger knöcherner rekonstruktiver und palliativer Operationen gesenkt werden konnte (Hägglund et al. 2005). Die Empfehlungen zur radiologischen Verlaufskontrolle und ein Behandlungsalgorithmus sind in Abbildung 3a und 3b dargestellt.

Der Aufbau eines effizienten, flächendeckenden Präventionsprogrammes in Deutschland mit einheitlicher Studienleitung sollte ein gemeinsames Ziel von Pädiatern, Kinderorthopäden und Physiotherapeuten sein.

Je früher therapeutisch konservativ eingegriffen wird, desto eher lassen sich operative Maßnahmen vermeiden.

2. Kniebeugegang bei spastischer Diplegie

Ein häufig beobachtetes Problem bei Kindern mit spastischer Diplegie stellt der Kauergang mit Innenrotationskomponente der Beine dar (Abb. 4, 5a). Bei der klinischen Diagnostik sollte die dynamische, redressierbare Kniebeugehaltung von der strukturellen, fixierten Kontraktur unterschieden werden (Döderlein et al. 2004). Bei zugleich verkürzter Quadricepsmuskulatur zeigt sich ein Anheben des Gesäßes bei Kniebeugung in Bauchlage. Häufig ist eine hochstehende Kniescheibe zu beobachten, verbunden mit eingeschränkter aktiver Kniestreck-

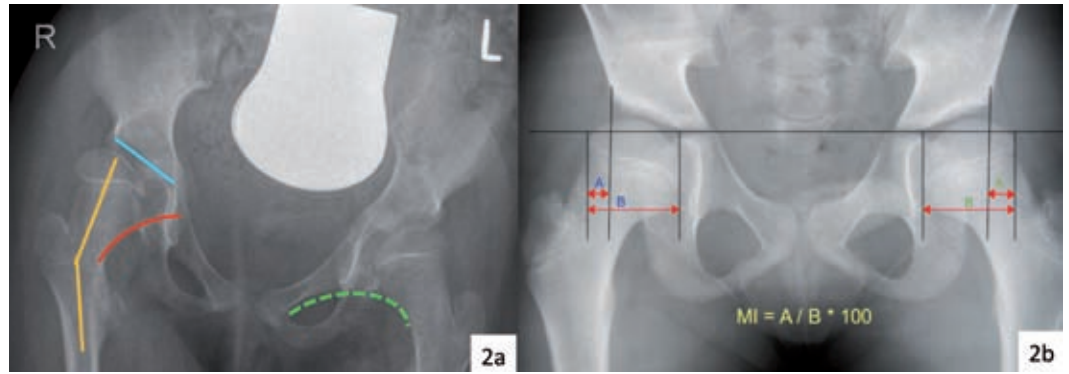


Abb. 2a: Hüftlateralisation rechts mit Coxavalga (gelb), steil stehender Pfanne (blau), unterbrochener Shenton-Ménard Linie rechts (rot) aufgrund Kranialisierung des Hüftkopfes, Beckenhochstand rechts. Im Vergleich regelrechte Hüftzentrierung links mit durchgängiger Shenton-Ménard Linie (grün).
2b: Migrationsindex nach Reimers, welcher die fehlende Hüftüberdachung des Hüftkopfes quantifiziert (Reimers et al. 1980).

kraft des M. quadriceps.

Die konservative Therapie beinhaltet die intensive Physiotherapie mit Dehnung der ischiocruralen Muskulatur in Kombination mit kniestreckenden Oberschenkelorthesen zur Dehnung der Kniebeuge-Muskulatur in

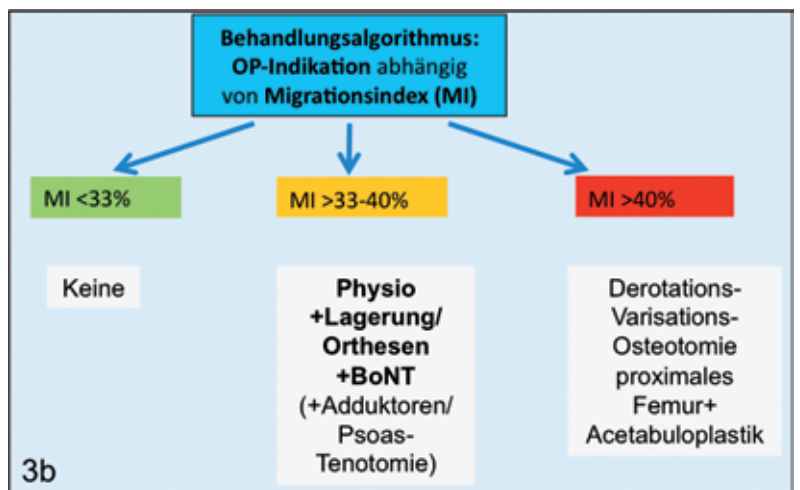
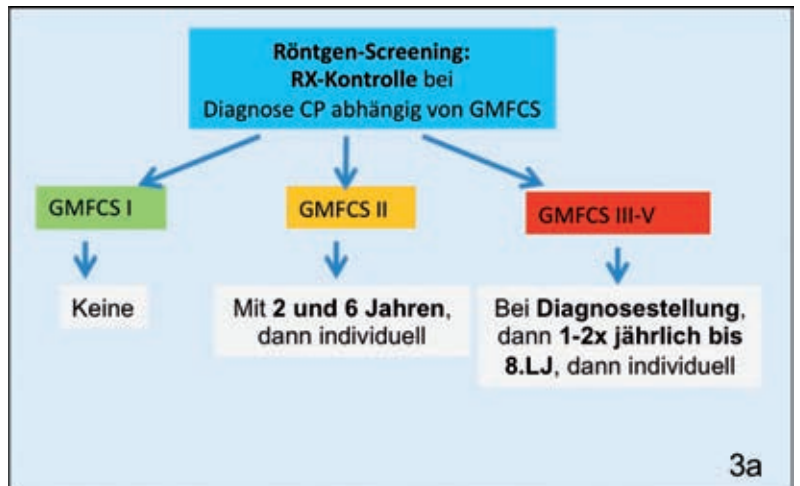


Abb. 3a+b: Hüftpräventionsprogramm mit Empfehlungen für Röntgen-Screening (3a) und Behandlungsalgorithmus (3b) nach dem Vorbild aus Schweden (Hägglund et al. 2005).

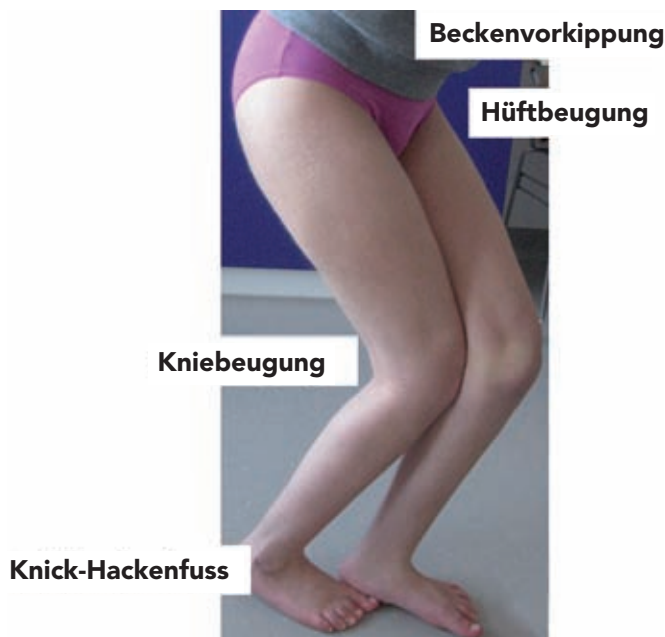


Abb. 4: Klassischer Kauergang bei spastischer Diplegie in Knie- und Hüftbeugung, Adduktorenkontraktur, Beckenvorkippung, Tendenz zum Knick-Hackenfuß.

der Nacht sowie bei krankengymnastischer Beübung und Mobilisierung. Botulinumtoxin-Injektionen können bei federndem Widerstand spastikreduzierend eingesetzt werden.

Weichteil-Operationen zur Verlängerung der ischiocruralen Muskulatur sind heute zugunsten knöcherner Korrekturmaßnahmen weitestgehend verlassen (Döderlein et al. 2004). Gründe hierfür sind die technisch schwierige Dosierung und eine mögliche Überkorrektur mit Stiff-Knee Gait und Hyperlordose bei massiver Beckenvorkippung.

Bei noch nicht ausgewachsenen Kindern wird eine wachstumlenkende temporäre Epiphyseodese am ventralen distalen Femur mit kleinen Plättchen empfohlen (Abb. 5b). Während der ventrale Anteil der Wachstumsfuge am distalen Femur vorübergehend im Wachstum gebremst wird, kann der dorsale Anteil bis zur vollständigen Kniestreckung weiterwachsen. Bei vollständiger Kniestreckung können die Plättchen wieder entfernt werden.



Abb. 5: Kniestreckdefizit bei Patienten mit noch offener Wachstumsfuge kniegelenksnah (5a): Indikation zur temporären ventralen Epiphyseodese mittels Plättchen(5b). Alternative Technik beim Adoleszenten ist die suprakondyläre extendierende Femurosteotomie und Plattenosteosynthese mit knöcherner Patelladistalisierung (5c).

Bei Adoleszenten mit ausgeprägtem Kauergang und Kniebeugekontrakturen $>20^\circ$ wird eine akut korrigierende knöchernen suprakondyläre Extensions-Osteotomie mit Plattenosteosynthese durchgeführt. Häufig wird dieser Eingriff mit einer Patella-Distalisierung weichteilig/ knöchern kombiniert, um die aktive Kniestreckkraft zu verbessern (Abb. 5c).

Die Nachbehandlung erfolgt mittels abnehmbarem Oberschenkelgips, sodass schnellstmöglich mit einer moderaten, passiven Mobilisierung des Kniegelenkes bei Entlastung des Beines für sechs Wochen begonnen werden kann.

Fazit für die Praxis

Im Rahmen der spastischen Zerebralparese sind vielfältige Krankheitsbilder mit Fehlstellungen an Hüft- und Kniegelenken zu beobachten. Die eingeschränkte Beweglichkeit der genannten Gelenke erfordert ein frühzeitiges ärztlich-therapeutisches Eingreifen.

Im Rahmen der Hüftlateralisation/-luxation ist von einer Häufung im Alter von drei bis vier Jahren auszugehen, sodass eine frühzeitige Diagnosestellung entscheidend für den weiteren Verlauf ist. Grundsätzlich sind präventive Maßnahmen zu jedem Zeitpunkt angezeigt, palliative Therapie führt häufig nur zu unbefriedigenden Ergebnissen. Je früher therapeutisch konservativ eingegriffen wird, desto eher lassen sich operative Maßnahmen vermeiden.

Die operative Intervention stellt im Allgemeinen nur die Grundlage für die Korrektur der verschiedenen Deformitäten dar.

Im Speziellen sollte sich ein multimodales Therapiekonzept auf eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der Pädiater, Neuropädiater, Kinderorthopäden und Physiotherapeuten stützen, um eine bestmögliche Patientenversorgung zu erreichen.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzadresse:

Dr.med. Harald Lengnick
Oberarzt Orthopädische Kinderklinik
Behandlungszentrum Aschau
Bernauer Strasse 18, 83229 Aschau i. Chiemgau
E-Mail: h.lengnick@bz-aschau.de, Harald-Lengnick@gmx.de (ab 01.07.2014)

Red.: Keller

Apnoe-Risiko nach einer Pertussis

CONSILIUM

Prof. Dr. med.
Johannes Forster

Frage:

Bei Neugeborenen und jungen Säuglingen, die an einer Pertussis erkranken, besteht das Risiko einer Apnoe. Sind hierzu epidemiologische Daten bekannt? Wie hoch ist das Risiko einer Apnoe bei Pertussis-Infektionen

- bei Kindern < 4 Monaten, die über keinen Nestschutz bzw. noch nicht über einen ausreichenden Impfschutz verfügen?
- bei älteren Kindern (6–12 Monate), die nicht gegen Pertussis geimpft sind?

Antwort:

Diese Fragen können nicht vollständig beantwortet werden, da nur stückweise Informationen vorliegen, die auch so einfach – die Gründe werden unten genannt – nicht zusammengepuzzelt werden können.

Einerseits findet sich bei der Gesundheitsberichterstattung für Deutschland in den letzten 10 Jahren eine absolute Zahl von Säuglingen, die wegen Pertussis insgesamt (ICD: A37) hospitalisiert worden, von 340–784 pro Jahr. Andererseits macht der Anteil von Keuchhusten mit Nachweis von *Bordetella pertussis* (A37.0) einen wechselnden Anteil von 35 bis 75 % aus (5). Um das andere Ende des Spektrums zu beleuchten: von Kindern, die in einer internationalen Studie bei klinischem Verdacht einer Pertussis im Krankenhaus oder auf der Intensivstation aufgenommen werden mussten, waren am Ende nur 12 % (in Deutschland 8 %) Pertussis-positiv (2). Diese Differenz ist möglicherweise in mangelnder Diagnostik begründet, oder auch in Diagnostik zum falschen Zeitpunkt. Beispielsweise waren in einer französischen Studie bei 41 Kindern unter 4 Monaten, die wegen Pertussis-Symptomen stationär aufgenommen wurden, 16 am Ende *Bordetella pertussis*-PCR positiv, allerdings waren 4 von ihnen bei Aufnahme noch negativ (3).

Bei einer aktiven Surveillance in Neuseeland wurde eine durchschnittliche Hospitalisationsrate bis zu 1-jähriger Kinder mit Pertussis von 196/100.000 gefunden, mit starken Variationen bezogen auf die Ethnie und den Zustand der Deprivation (5).

Wir müssen also zugeben, dass wir hinsichtlich der tatsächlichen Zahl von Pertussis-Fällen nicht einmal die Krankenhausfälle genau beziffern können, geschweige denn diejenigen Kinder, die (vor allem im Stadium catarrhale) ambulant erkrankt sind und möglicherweise auch schon Apnoen bieten.

In der einzigen deutschen Arbeit, in der die Symptome aufgeschlüsselt worden sind (1), war das Einschlusskriterium ein Husten irgendwelcher Art über 7 Tage. Die Studie war 1990 begonnen worden, zu der Zeit, wo praktisch keine Pertussis-Impfung stattfand (95,5 % ohne jede Pertussis-Impfung).

Von diesen ambulant gesehenen Kindern (die Ausgangszahl ist nicht bekannt) wurden 20.972 Abstriche genommen, von denen 12,4 % kulturpositiv waren. Diese Kulturpositiven wurden weiter verfolgt mit einer Fragebogenrücklaufquote von 72 %.

Anzumerken ist, dass die oben genannten Apnoe-Häufigkeiten sich auf ein Kollektiv beziehen, von dem die behandelnden Kinderärzte zum Zeitpunkt der Erstvorstellung schon für wahrscheinlich oder sicher ansahen, dass zwei Drittel eine Pertussis-Infektion hätten.

Betrachtet man die Kinder bis zu einem halben Jahr (101) bzw. im 2. Lebenshalbjahr (84), wird für kein Kind aus beiden Gruppen eine Apnoe zum Einschluss in die Studie angegeben.

Unter den Komplikationen im Verlauf finden sich dann aber bei 15,9 % der bis zu einem halben Jahr alten Kinder und bei 1,7 % der Kinder im 2. Lebenshalbjahr die Angabe von Apnoe/ Zyanose.

Zusammenfassung:

Der Haken dieser Frage liegt darin, zum Zeitpunkt der Vorstellung zu wissen, ob ein Säugling tatsächlich an Pertussis erkrankt ist oder nicht. Für die kulturpositiven Kinder gelten die oben genannten Zahlen von etwa 16 % unter 6 Monaten und etwa 1 %. Unbekannt ist letztlich die Rate der durch Apnoen zu Tode kommenden Kinder.

In der Altersgruppe unter einem halben Jahr wird bei einer derartigen Apnoe-Rate sicherlich keine generelle Krankenhauseinweisung zur Beobachtung erfolgen. Es besteht allerdings der Bedarf für eine feinfühligere Beratung, so dass die Eltern sensibel sind für die möglichen Apnoen ihres Kindes, ohne dabei überängstlich zu werden. Neben den Apnoen sind am Ende ja auch die Maximalformen des Stadium convulsivum ein mindestens gleich häufiger Grund zur stationären Überwachung.

Literatur bei InfectoPharm

Prof. Dr. med. Johannes Forster
St. Josefskrankenhaus
Sautierstraße 1
79104 Freiburg

Das „CONSILIUM“ 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 ist der Chefredakteur Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Bremen, redaktionell verantwortlich.

Alle Fragen, auch die hier nicht veröffentlichten, werden umgehend per Post beantwortet. Die Anonymität des Fragers bleibt gegenüber dem zugezogenen Experten und bei einer Veröffentlichung gewahrt.



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Therapiestudie der akuten Otorrhoe bei Kindern mit Paukenröhrchen

A Trial of Treatment for Acute Otorrhea in Children with Tympanostomy Tubes

van Dongen TMA, van der Heijden GJMG., Venekamp RP et al, *N Engl J Med*, 370:723-733, Februar 2014

Die Autoren aus den Niederlanden (Utrecht, Amsterdam, Nijmegen) und London untersuchten zwischen Juni 2009 und Mai 2012 in einer offenen, randomisierten, pragmatischen Vergleichsstudie den Einfluss verschiedener Therapiemaßnahmen bei 230 Kindern im Alter von 1-10 Jahren mit Paukenröhrchen auf eine akute Otorrhoe (die bis zu 7 Tagen andauerte). HNO- und Hausärzte luden Eltern von Kindern mit akuter Otorrhoe bei Paukenröhrchen ein, an der Studie teilzunehmen. Interessierte Eltern wurden telefonisch kontaktiert und über die Studie, sowie Ein- und Ausschlusskriterien informiert. Ausgeschlossen wurden Kinder mit einer Körpertemp. $>38,5^{\circ}\text{C}$, Kinder, die während der vorangegangenen 2 Wochen Antibiotika erhalten hatten, Kinder, die die Paukenröhrchen innerhalb der vorangegangenen 2 Wochen erhalten hatten, Kinder, die während der vorangegangenen 4 Wochen eine Otorrhoe-Episode hatten, oder in den vorangegangenen 6 Monaten 3 oder mehr Episoden, oder im vorangegangenen Jahr 4 oder mehr Episoden. Auch Kinder mit einem Down-Syndrom, einer craniofazialen Anomalie, einer bekannten Immundefizienz, oder einer bekannten Allergie gegen eine der Substanzen, die in der Studie verwendet wurden, wurden ausgeschlossen.

76 Kinder erhielten Hydrocortison-Bacitracin-Colistin Ohrentropfen für 7 Tage 3 x täglich 5 Tr., 77 Kinder erhielten oral für 7 Tage eine Amoxicillin-Clavulansäure-Suspension (30 mg Amoxicillin+7,5 mg Clavulansäure/kg K.-Gew. in 3 Einzeldosen), 77 Kinder wurden abwartend beobachtet. Primäres Studienziel war das Vorhandensein einer Otorrhoe, durch Otoskopie bestätigt, 2 Wochen nach Zuordnung zu einer der drei Gruppen. Sekundäres

Studienziel war die Dauer der initialen Otorrhoe-Episode als Gesamtzahl der Otorrhoe-Tage und die Anzahl der Otorrhoe-Rezidive während einer 6-monatigen Nachbeobachtungszeit, die Lebensqualität, Komplikationen und behandlungsbedingte unerwünschte Ereignisse.

Für Kinder, bei denen zum Zeitpunkt des Telefonkontaktes eine Otorrhoe bestand und die die Einschlusskriterien erfüllten, wurde ein Hausbesuch vereinbart. Bestanden keine Symptome, wurden die Eltern aufgefordert, sich beim Studien-Zentrum zu melden, sobald eine Otorrhoe auftrat, um einen Hausbesuch zu vereinbaren. Beim Hausbesuch wurde eine Zustimmung nach Information durch Unterschrift eingeholt. Die Otorrhoe wurde vom Arzt durch Otoskopie bestätigt. Ein Ohrabstrich zur bakteriologischen Kontrolle wurde abgenommen, demographische und krankheitsrelevante Daten wurden erhoben. Mittels eines unabhängigen Datenmanagers erfolgte eine altersabhängige (≤ 4 Jahre, > 4 Jahre) Randomisierung. Zum Ende des Hausbesuches kontaktierte der Arzt die Randomisierungsliste, um die Zuordnung des jeweiligen Kindes zu einer Gruppe einzuordnen.

Nach 2 Wochen hatten 5 % der mit Ohrentropfen behandelten Kinder, 44% der oral mit Amoxicillin-Clavulansäure behandelten und 55 % der abwartend beobachteten Kinder noch eine Otorrhoe. Die Dauer der initialen Otorrhoe betrug bei den mit Ohrentropfen behandelten Kindern 4 Tage, bei den antibiotisch behandelten Kindern 5 Tage ($p<0.001$) und für die abwartend beobachteten Kinder 12 Tage ($p<0.001$). Behandlungsbedingte unerwünschte Erscheinungen waren mild, Komplikationen einer AOM wurden nach 2 Wochen nicht beobachtet.

Kommentar

Das Studiendesign hält einer neutralen Prüfung nur teilweise stand:

Die Auswahl der Patientengruppen von 1-10 Jahren (≤ 4 und >4 Jahren) konzentriert sich nicht auf das für Paukenröhrchen typische Kleinkindalter (<4 Jahre), die Patientenrekrutierung anlässlich eines Fragebogens und die Diagnosestellung bei einem Hausbesuch des Allgemein- oder HNO-Arztbesuches und ohne kinderärztlichen Sachverstand (in den Niederlanden üblich). Die randomisierte Zuordnung der Patienten zu den Gruppen Lokalbehandlung, antibiotische Oralbehandlung und ohne Behandlung spiegelt die in den Niederlanden üblichen Medikamenten (Kombinationen) wieder und ist nicht auf andere Länder übertragbar.

Dennoch regt das Ergebnis zum Nachdenken an: die wirksamste Behandlung in dieser Studie war die Lokalbehandlung, wobei die Zusammensetzung der Ohrentropfen mit Vergleichskombinationen verglichen werden müsste. Beeindruckend ist die Tatsache, dass die antibiotische Allgemeinbehandlung, nach klinischem Ausschluss einer AOM, sich von der Lokalbehandlung zwar signifikant, aber nur um einen Tag schlechter war, aber immerhin deutlich besser als keine Behandlung. Überzeugender ist das 2 Wochen-Ergebnis mit nur 5 % (erneuter) Otorrhoe nach Lokalbehandlung, aber 44 %/55 % nach Antibiotika-Gabe/oder ohne Behandlung. Die Studie bestätigt die hierzulande übliche antibiotische Nichtbehandlung der Otorrhoe bei Paukenröhrchen ohne Entzündung. Es bleibt aber zu überlegen, ob man das lästige Symptom des laufenden Ohrs nicht doch lokal antiinfektiös und antiinflammatorisch kombiniert behandeln sollte.

(Helmut Helwig, Freiburg)

Der Nachweis von Humanen Papilloma-Viren in der Vagina und in der Vorhaut vor dem ersten Geschlechtsverkehr

High Frequency of Human Papillomavirus Detection in the Vagina before First Vaginal Intercourse among Females enrolled in a Longitudinal Cohort Study

Shew ML, et al, *J Infect Dis*, 207: 1012-5, Juni 2013

Bisher gingen Untersucher davon aus, dass das HPV (Human Papilloma-Virus) durch den Geschlechtsverkehr übertragen wird. Das Ausmaß einer nicht koitalen Verbreitung war aber unbekannt. In einer longitudinalen Studie haben Shew et al. nun gezeigt, dass HPV bereits vor dem ersten Geschlechtsverkehr in der Vagina nachgewiesen werden kann. [1]

Die Autoren verfolgten eine Kohorte heranwachsender junger Frauen ohne Geschlechtsverkehr, um die Häufigkeit einer vaginalen HPV-Besiedlung ohne erfolgten Koitus zu ermitteln.

HPV konnte von den Autoren bei 45,5% der Probandinnen (10 von 22) vor dem ersten vaginalen Verkehr nachgewiesen wer-

den. Sieben der 10 Probandinnen berichteten allerdings über ein nicht-koitales Verhalten, das möglicherweise die genitale Übertragung erklären könnte.

Diese Ergebnisse können angesichts einer weiteren aktuellen Studie, die von Wiener Urologen durchgeführt wurde, nicht überraschen. Sie untersuchten die Vorhäute von Kindern, die beschnitten worden waren, auf onkogene HPV-Viren (Genotypen 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59). Das mediane Alter zu Zeitpunkt der Operation betrug 5,5 Jahre (Spanne 5 Monate bis 15 Jahre). Bei 6 von 50 Gewebeproben war HPV 16 in der Vorhaut nachweisbar. In zwei weiteren aber HPV-negativen Proben konnte fokales p16(INKA4a), ein zelluläres Protein, nachgewiesen werden. Dieses Protein wird von fast allen HPV-infizierten hochgradigen Neoplasien und Carcinom-Zellen exprimiert, so dass auch bei diesen beiden Kindern trotz des HPV-negativen Befundes eine fokale HPV-Infektion nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann. Die bereits im frühen Kindesalter in der Vorhaut nachweisbaren HPV-Viren könnten die Ursache für spätere HPV-assoziierte Erkrankungen sein. Offenbar spielen somit auch nicht-sexuelle Übertragungswege bei der HPV-Transmission eine Rolle.

Die vorhandenen Daten sprechen nicht nur für eine frühe HPV-Impfung der Mädchen sondern auch der Jungen.

Literaturzitate über den Autor: juergen.hower@googlemail.com
(Jürgen Hower, Mülheim/Ruhr)

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-Iko Huppertz, Prof.-Hess-Kinderklinik, St.-Jürgen-Str. 1, 28177 Bremen, Tel. (0421) 497-5411, E-Mail: hans-iko.huppertz@klinikum-bremenmitte.de (Federführend); Prof. Dr. Florian Heinen, Dr. v. Haunersches Kinderspital, Lindwurmstr. 4, 80337 München, Tel. (089) 5160-7850, E-Mail: florian.heinen@med.uni-muenchen.de; Prof. Dr. Peter H. Höger, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg, Tel. (040) 67377-202, E-Mail: p.hoeger@kkh-wilhelmstift.de; Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, Deutsche Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33, 65191 Wiesbaden, Tel.

(0611) 577238, E-Mail: klaus-michael.keller@dkd-wiesbaden.de; Prof. Dr. Stefan Zielen, Universität Frankfurt, Theodor-Stern-Kai 7, 60596 Frankfurt/Main, Tel. (069) 6301-83063, E-Mail: stefan.zielen@kgu.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“ (Vi.S.d.P. Christiane Kermel, Hansisches Verlagskontor GmbH, Lübeck).

Druckauflage 12.700

lt. IVW I/2014

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen

Redaktionsausschuss: Prof. Dr. Florian Heinen, München, Prof. Dr. Peter H. Höger, Hamburg, Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Bremen, Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, Wiesbaden, Prof. Dr. Stefan Zielen, Frankfurt, 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 (Vi.S.d.P.), Fax (0451) 7031-280, E-Mail: ckermel@schmidt-roemhild.com – **Redaktionsassistent:** Christiane Daub-Gaskow, Tel. (0201) 8130-104, Fax (02 01) 8130-105, E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de – **Druck:** Schmidt-Römhild, 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

© 2014. 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.

Zweiter Jahrestag des Kölner Beschneidungs-Urteils

Zum zweiten Jahrestag der Verkündung des Kölner Beschneidungs-Urteils forderten 24 Organisationen aus sieben Ländern und drei Kontinenten die Durchsetzung der Rechte aller Kinder weltweit auf körperliche und sexuelle Selbstbestimmung.

Am 7. Mai 2012 verkündete das Kölner Landgericht ein richtungsweisendes Urteil, das erstmals eine medizinisch nicht indizierte Beschneidung eines Jungen nach geltendem Recht als strafbare Körperverletzung bewertete. Jetzt riefen in Köln Ärzteverbände, Kinder-, Menschen- und Frauenrechtsorganisationen zum zweiten „Worldwide Day of Genital Autonomy“ auf.

Die teilnehmenden Organisationen, darunter der BVKJ und die DAKJ, forderten:

- Schutz aller Kinder weltweit vor jeglicher Verletzung ihrer körperlichen und sexuellen Integrität - unabhängig von Geschlecht, Herkunft, Religion und Tradition.
- Rücknahme der gesetzlichen Erlaubnis für nicht-therapeutische Beschneidungen an Jungen (§ 1631d BGB) sowie eine Entschädigung der Betroffenen für die mit dem Gesetz verlorenen Rechte.
- Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention Art. 24,3 (Abschaffung schädlicher Bräuche).
- Erweiterung des Gesetzes zum Verbot von Genitalverstümmelungen (§ 226a StGB) um einen Auslandsstrafatbestand.

Bei Kundgebungen vor dem Kölner Landgericht sowie vor dem Dom nahmen Vertreter von Organisationen aus dem In- und Ausland Stellung zu den Auswirkungen des Kölner Urteils.

„Das Kölner Urteil gestand erstmals auch Jungen ein Recht auf heile und unverletzte Geschlechtsorgane zu“, resümierte Victor Schiering vom Facharbeitskreis Beschneidungsbetroffener im MOGiS e.V. Er kritisierte die lebenslange Entrechtung von Jungen und Männern. „Wir Betroffene fordern das Recht, jederzeit Ansprüche gegen diejenigen erwirken zu können, die diese Eingriffe an uns veranlasst haben. Alle Kinder müssen endlich in ihrer körperlichen und sexuellen Integrität umfassend geschützt werden.“

Für den BVKJ und die DAKJ erläuterte Dr. Christoph Kupferschmid, die Vorhaut erfülle wichtige Körperfunktionen, die nach der Beschneidung unwiederbringlich verloren seien. Hierüber sollten Eltern nicht ohne medizinische Gründe entscheiden dürfen. Auch in Deutschland würden jedes Jahr Jungen durch Beschneidungen, die nicht notwendig sind, in Gefahr gebracht oder dauerhaft geschädigt. Das „Beschneidungsgesetz“ widerspreche der ärztlichen Ethik.

Der jüdische Historiker Dr. Jérôme Segal zeigte sich erschüttert über die Reaktionen großer Teile der deutschen Politik und der

Kirchen auf das Kölner Urteil: „Hier wurden im Namen einer angeblichen Toleranz und Weltoffenheit universelle Kinderrechte in Frage gestellt. Das notwendige Erinnern an die unbeschreiblichen, in deutschem Namen begangenen Verbrechen darf niemals auf Kosten der Rechte der Kinder von heute betrieben werden.“ Dem Argument dass die Tora den Ritus vorschreibe, setzte Segal entgegen, dass das Judentum bereits einige Vorschriften der Tora abgeschafft habe, beispielsweise die Steinigung bei Ehebruch.

Auch die Mädchen sind in Gefahr

Christa Müller, Vorsitzende von (I)NTACT – Internationale Aktion gegen die Beschneidung von Mädchen und Frauen e.V., begrüßte die Signalwirkung des Kölner Urteils und warnte: „Der in Deutschland eingeführte eigene Straftatbestand zu weiblicher Genitalverstümmelung suggeriert eine trügerische Sicherheit! Solange vergleichbare Amputationsformen an männlichen Kinder genitalien gesetzlich erlaubt und gar ins Erziehungsrecht integriert bleiben, ist auch der Schutz von Mädchen anfechtbar und



weltweit nicht zu realisieren. Kinderrechte gibt es nur universell geltend und nicht nach Geschlechtern getrennt.“

Renate Bernhard, Vorstand von pro familia NRW, wies darauf hin, dass genitale Beschneidungen irreparable Folgen für das sexuelle Empfinden und bei manchen Betroffenen auch traumatisierende Auswirkungen haben. „Als Verein, der sich für die sexuellen und reproduktiven Rechte einsetzt, fordern wir eine gesetzlich vorgeschriebene Aufklärung über die Folgen der männlichen Beschneidung nach neuesten medizinischen Erkenntnissen. Die Entscheidung über eine Beschneidung sollte ausschließlich von der Person getroffen werden können, an der diese vorgenommen wird und erst dann, wenn sie hierzu entscheidungsfähig ist.“

Ein verfälschter, kriegerischer Islam

In einer sehr bewegenden Stellungnahme stellte Mohamed Louizi, Franzose marokkanischer Herkunft, die religiöse Rechtfertigung der Beschneidung als islamisch gläubiger Mann nachdrücklich in Frage. Die Beschneidung entstelle den Körper für immer und grabe sich in den Geist. Sie zwingt sich auf als Dogma der „erzwungenen Knechtschaft und blinden Unterwerfung unter die religiösen und kulturellen Gebote“. Die Beschneidung sei nicht aus Glaubens-texten des Koran legitimiert, sondern aus Hadithen mehr als 200 Jahre nach Mohammeds Tod. Der Koran sei hierdurch in seiner Weisheit „beschnitten und verwässert worden“. Die humanistische und avantgardistische Friedensbotschaft des Koran sei sowohl durch Theologen als auch durch Politiker Irre geleitet worden. Die Beschneidung sei einer der beiden Pfeiler des verfälschten kriegerischen Islam. Der zweite sei die Todesstrafe für Abtrünnige. „Als könne gläubige Spiritualität nur zwischen zwei Blutlachen gelebt werden, zwischen zwei Gewalttaten, zwischen

zwei schändlichen Verbrechen. Als könne der Name Gottes nur über die Lüge der Beschneidung in die Herzen eingeschrieben, und nur über die Lüge der Apostasie wieder getilgt werden.“

Mina Ahadi vom Zentralrat der Ex-Muslime rief besonders Familien aus sogenannten Islamischen Ländern Umdenken auf. Die Vertreter islamischer Religionsgemeinschaften fürchteten einen Machtverlust und setzten die Europäische Regierungen deshalb unter Druck.

Die Kinder benötigen Hilfe

Das Kölner Urteil traf international auf starke Beachtung. David Smith von NORM-UK in England nannte das Kölner Urteil eine historische Entscheidung, die in katalysierender Weise Europa wachrüttelte. Er vermutet, dass nach den Diskussionen und Entschlüssen der europäischen Parlamentarier Dänemark und Finnland die männliche Beschneidung bald verbieten werden. Sie würden damit dem Aufruf der Kinderrechtsbeauftragten fast aller nordischer Staaten als erste folgen.

Dr. John V. Geisheker, Executive Director des Ärzteverbandes „Doctors Opposing Circumcision“, hofft, dass „vielleicht noch zu unseren Lebzeiten der Tag kommen wird, an dem jedes männliche wie weibliche Kind über unverletzte, normale, gesunde und funktionale Genitalien verfügen darf. Der Jahrestag des Kölner Urteils trägt dazu bei, die Bewegung für Kinderrechte in den USA zu stärken, wo noch immer eine Million Jungen jedes Jahr Opfer von Vorhautamputationen werden. Wir benötigen auch bei uns Ihre Hilfe!“

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

Bad news are good news

Kommentar zum Interview mit Uno-Berater Pascal Rudin

Es ist immer wieder erstaunlich: mit einer Negativaussage zur ADHS oder deren Behandlung findet man fast immer den Weg in die Presse: Neuestes Beispiel ist der Uno-Berater Pascal Rudin – den meisten wahrscheinlich unbekannt. In einem Interview mit der Neuen Züricher Zeitung behauptet er „Ritalin ist in 95 Prozent der Fälle – fast immer – überflüssig“. Und er versteigt sich zu der Aussage: „Das Problem ist, dass Kinderärzte – im Gegensatz zu Kinderpsychiatern – nicht ausgebildet sind, um ADHS zu diagnostizieren und zu behandeln. Denn es ist eine psychische Erkrankung“. Woher er dieses Wissen bezieht bleibt offen. Als Soziologe, Betriebswirt und Ingenieur für Elektro- und Kommunikationstechnik wird er kaum viele Patienten und deren Familien betreuen, noch einen umfassenden Überblick über die medizinische Fachliteratur zur ADHS

haben. Aber jetzt wird er in mehreren Zeitungen mit dieser Aussage zitiert und damit sicher seinen Bekanntheitsgrad steigern. Auch die widerlegt falsche Behauptung „Man geht zudem davon aus, dass Ritalin langfristig Parkinson begünstigen könnte“ wird von ihm wieder aufgewärmt. Und Gewalt gegen Kinder wird von ihm im Rundumschlag mit Medikation genannt: „Allerdings dürfte es nicht darüber hinwegtäuschen, dass es noch andere, vielleicht schlimmere Formen von Gewalt an Kindern gibt. Beispielsweise Liebesentzug oder eben auch die unbedachte und extensive Verabreichung von Medikamenten und Psychopharmaka“

Selbstverständlich wird es – wie bei allen Krankheiten – fehlerhafte Diagnosen und Fehlbehandlungen geben, aber nicht in ungewöhnlichem Ausmaß. Bei Kinder- und Jugendärzten gehört die Beschäftigung mit

psychischen Erkrankungen zu ihrer Ausbildung. Wenn man sich in Diagnostik und Therapie an die Leitlinien hält, sind Stimulanzien bei ADHS wirksam und sicher in der Anwendung (<http://www.ag-adhs.de/uploads/Leitlinie2014.pdf>). Nennenswerte Überverordnung von Stimulanzien und bedeutsamen Missbrauch gibt es in Deutschland nicht (Gesundheitsreport 2009, Kolibri-Studie des Robert-Koch-Instituts 2012).

Aber eine schlechte Nachricht ist eben immer publikumswirksamer als eine ausgewogene Berichterstattung.

Der Autor ist ADHS-Beauftragter des BVKJ.

Dr. Klaus Skrodzki
91301 Forchheim
E-Mail: skrodzki@skrodzki.franken.de

Red: ReH

KBV Messe 2014

– BVKJ mit 3 Projekten vertreten

Vom 26. bis 28. März 2014 führte die Kassenärztliche Bundesvereinigung zum mittlerweile fünften Mal die KBV-Versorgungsmesse durch. Diese Veranstaltung versteht sich als eine Plattform für den überregionalen Austausch ausgewählter innovativer Projekte. Auf einer Messeausstellung am 27. März wurden Maßnahmen der Qualitätssicherung und -förderung sowie neue Ansätze aus dem Bereich Fortbildung und Wissensmanagement vorgestellt. Auch Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe nahm an der Eröffnung der Messe teil und informierte sich in einem anschließenden Rundgang über die ausgestellten Projekte und Initiativen.

Der BVKJ konnte in diesem Jahr gleich mehrere Projekte präsentieren:

BKK Starke Kids-Therapiesprechstunde des Paed-netz Bayern

Die bayerischen Kinder- und Jugendärzte haben gemeinsam mit den Betriebskrankenkassen eine indikationsbezogene Sprechstunde entwickelt. Ziel dieser Sprechstunde ist es, Auffälligkeiten bei den betroffenen Kindern individuell zu erkennen, sie zu behandeln und die Familien zu beraten. Schreikinder, Trotzverhalten, Störungen in der Entwicklung und beim Schlafrhythmus sind nur einige Beispiele der Auffälligkeiten, die Kinder- und Jugendärzte in den letzten Jahren immer häufiger bei ihren Patienten beobachten. Eine intensive Betreuung und Beratung durch den Kinder- und Jugendarzt hilft bei der Heilung sogenannter „neuer“ Krankheitsbilder, die viele Kinder auf eine harte Probe stellen. Inzwischen wurde die Sprechstunde weiterentwickelt und Handlungsempfehlungen eingebaut, die auf die aktuellsten Leitlinien zur sozialpädiatrischen Grundver-

sorgung aufbauen. Wissenschaftlich erprobte Checklisten ermöglichen es Kinder- und Jugendärzten, eine qualitätsgesicherte und standardisierte Sprechstunde anzubieten. Die Therapiesprechstunde umfasst eine Erstbeurteilung und eine Basis-/Stufendiagnostik. Außerdem überprüft der Pädiater regelmäßig die mit den Eltern zu Beginn festgelegten Therapieziele.

PädExpert

Hierbei handelt es sich ebenfalls um ein Projekt der bayerischen Kinder- und Ju-

dizin des BVKJ zurück und steht unter der Schirmherrschaft der Drogenbeauftragten der Bundesregierung. Das ehrgeizige Ziel ist, „ein gesundes Medienverhalten von Kinder und Jugendlichen in ihren Familien mittels Beratungs- und Interventionsprogrammen durch den Kinder- und Jugendarzt mitzugestalten“. Nachdem zunächst in 100 pädiatrischen Praxen eine an die Früherkennungsuntersuchungen U3 bis J1 angegliederte Querschnittsstudie durchgeführt wird, werden in Kooperation mit Experten Beratungs- und Interventionskonzepte entwickelt, die in jede

Vorsorgeuntersuchung integriert und in einer Längsschnittstudie auf ihrer Wirksamkeit untersucht werden sollen.

Bundesminister Gröhe war von diesem Vorhaben so angetan, dass er zusagte, sich für eine Unterstützung des Projektes einzusetzen.

In seiner Rede vor den Besuchern der Messe bekräftigte Gröhe seine Absicht, die Qualitätsdebatte in den Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion zu stellen und kündigte an, im Sommer 2014 mit dem Aufbau

des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen zu beginnen, dessen Aufgabe es sein soll, messbare Kriterien für die Qualität von Therapie und Diagnosen zu entwickeln.

Eine weitere Herausforderung sieht Gröhe in der Sicherstellung der medizinischen Versorgung in dünn besiedelten Regionen der Bundesrepublik. In diesem Zusammenhang setzt der Minister auf Stipendien für junge niederlassungswillige Ärzte, außerdem auf Medizinische Versorgungszentren, die nun auch nur aus Mitgliedern der gleichen Arztgruppe bestehen können.

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

Red.: ReH



Erste intensive Diskussion am BVKJ-Stand: Dr. Uwe Büsching, Dr. Wolfram Hartmann, KBV-Vorstand Dipl.-Med. Regina Feldmann, Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe und KBV-Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Gassen

gendärzte, das vom Landesministerium für Gesundheit und Pflege gefördert wird. Ein telemedizinisches Konsiliararztsystem soll bei schwierigen medizinischen Fragestellungen eine Abstimmung hinsichtlich Diagnostik und Behandlung zwischen den niedergelassenen Allgemeinpädiatern und den Experten der pädiatrischen Subdisziplinen ermöglichen. Hierdurch soll insbesondere die Versorgung auf dem Lande gesichert werden und die Zusammenarbeit zwischen Allgemeinpädiatern und pädiatrischen Subdisziplinen intensiviert und strukturiert werden.

BLIKK Medien

Das Projekt BLIKK-Medien geht auf eine Initiative des Ausschusses Jugendme-

Abrechnung von psychosomatischen Leistungen und Kodierung von Diagnosen nach der ICD-10-GM - was muss beachtet werden?

In der Abrechnung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten bilden die vergebenen Diagnosen den abrechnungsbegründenden Kern, vermitteln in ihrer Gesamtheit ein Profil von der Arbeit und der Praxis und bezogen auf die gesamte Fachgruppe von deren Wirkungsbereich. Ergänzt wird dieses Bild durch die Art und den Umfang der veranschlagten Gebührenordnungspositionen (GOP) sowie durch die verordneten Medikamente. Schließlich spielen die vergebenen Diagnosen eine wichtige Rolle beim morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (morbi-RSA) zwischen den verschiedenen Krankenkassen im Gesundheitsfond. Bei einem Übergewicht von banalen Erkrankungen und bloßen Symptomen sinkt das Gewicht der Krankheitslast bei einer Krankenkasse, so dass die anderen Krankenkassen mit einem höheren Anteil von schwerwiegenden und chronischen Erkrankungen mehr Mittel erhalten.

Die reflektierte Diagnosenkodierung soll nicht zu einem „Up-coding“ führen, d.h. zu einer fingierten größeren Krankheitslast. Sie soll hingegen die Erkrankung des einzelnen Patienten nach bestem Wissen möglichst zutreffend abbilden. Das Di-

agnosenkodierungsverhalten zwischen den Fachgruppen kann dabei durchaus differieren. So konnte Lieberz in der Mannheimer Kohortenstudie (2011) u.a. zeigen, dass psychologische Psychotherapeuten dazu neigen, ihren Patienten ernstere Diagnosen zuzuschreiben als ärztliche

des Berufsverbands der Kinder- und Jugendpsychiater, den Pädiatern die Kompetenz auf diesem Gebiet abzusprechen.

Von Kinder- und Jugendärzten ist auch bekannt, dass sie sich bei der Diagnosenvergabe gern mit reinen Symptomen begnügen, z.B. „Bauchschmerzen“ (ICD 10

KH	K	Code	Bezeichnung
		R10.3	Unterbauchschmerzen
		F45.39	Psychogene Bauchschmerzen
		R10.4	Chronische Bauchschmerzen

Es wurden 14 Treffer gefunden

F45.39 Somatoforme autonome Funktionsstörung, Organ oder System nicht näher bezeichnet

Hinweise

Somatische Abklärung, ggf. auch wiederholt, notwendig

Exkl. Somatisierungsstörung (F45.0, F45.1), Hypochondrische Störung (F45.2), wahnhaftige Störungen (F22.-), Depression mit hypochondrischem Wahn (F32.3, F33.3), Angststörungen (F41.-)

Simulation [bewusste Simulation] ist mit Z76.8 zu kodieren

Psychische Faktoren, die körperliche Störungen bewirken, sind mit F54 und ggf. mit einem Code für die assoziierte körperliche Krankheit zu verschlüsseln, z.B. Migräne (G43.-, F54), Asthma (M45.-, F54)

Kriterien

- Spezifische Angaben zur Lokalisation liegen (noch) nicht vor
- Psychische Beeinträchtigung durch vegetative Symptome und/oder unspezifische Beschwerden wechselnder Natur, wie z.B. flüchtige Schmerzen, Brennen, Engegefühl, Druck
- Beschwerden ohne entsprechendes organisches Korrelat

Notwendiges Kriterium Bemerkung

Mögliches Kriterium <keine Lokalisation> gesicherte Diagnose Übernehmen

***Kodierergebnis**

Angaben zum Patienten Angaben speichern

Alter: 15 Geschlecht: weiblich

F45.39 Somatoforme autonome Funktionsstörung, Organ oder System nicht näher bezeichnet

- Spezifische Angaben zur Lokalisation liegen (noch) nicht vor
- Psychische Beeinträchtigung durch vegetative Symptome und/oder unspezifische Beschwerden wechselnder Natur, wie z.B. flüchtige Schmerzen, Brennen, Engegefühl, Druck
- Beschwerden ohne entsprechendes organisches Korrelat
- Anhaltende Beschäftigung mit den erlebten Symptomen und beharrliches Festhalten an der Krankheitsvorstellung trotz korrigierender ärztlicher Information
- Fokussierung auf die Möglichkeit, an einer Erkrankung spezifischer Organ(e) (-systeme) zu leiden
- Sicherheit: G

Psychotherapeuten. Weiterhin könnte das relativ geringe Vorkommen von Diagnosen aus dem F-Kapitel, dem Kapitel von psychischen und Verhaltensstörungen in der ICD 10, in den Abrechnungen von niedergelassenen Pädiatern zu dem Fehlschluss führen, dass diese in ihrer Tätigkeit im Unterschied zu Kinder- und Jugendpsychiatern wenig mit dieser Art von Erkrankungen oder mit Entwicklungsstörungen befasst wären. Damit schaffen sie eine offene Flanke für Vorstöße von Seiten

R10.4). Damit kodieren sie eigentlich lediglich einen reinen Vorstellungsanlass auf der puren Beschreibungsebene und lassen ihre ganzen diagnostischen Bemühungen unter den Tisch fallen. Derart kommt die besondere Kompetenz dieser Fachgruppe in der Untersuchung und Diagnosestellung bei diesem sehr häufigen Symptom für mitunter ernste Erkrankungen nicht zum Ausdruck. Im Allgemeinen erkennt man in der ICD-10-GM die ungenauen und vorläufigen Diagnosen am Kodezu-

satz „8“ oder „9“. Überwiegen solche Kodierungen auf Dauer bei der Abrechnung, vermittelt das keine überzeugende Kompetenz von der Arbeit des Abrechnenden und der Fachgruppe.

Kritisch wird es besonders dann, wenn hinter dieser unspezifischen Diagnosenvergabe die implizite Vorstellung steht, dass man damit auch ein psychosomatisches Geschehen erfassen würde mit der Konsequenz zur Veranschlagung der GOP 35100 und 35110 des EBM (Differenzialdiagnostik und Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen) ohne dies mit einer entsprechenden Diagnose aus dem F-Kapitel der ICD 10 („Psychische und Verhaltensstörungen“) zu kodieren. Nach dem „Curriculum Psychosomatische Grundversorgung – Basisdiagnostik und Basisversorgung bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen“ der Bundesärztekammer (2. Aufl., 2001) darf die psychosomatische Grundversorgung nur bei vier Gruppen von Erkrankungen angewendet und abgerechnet werden:

1. Psychische Erkrankungen, die geläufige Krankheitsbilder (wie etwa Angsterkrankungen, depressive Syndrome) umfassen
2. Funktionelle Störungen, die somatoforme Erkrankungen, also körperliche Beschwerden ohne organischen Befund, darstellen
3. Psychosomatische Krankheiten als diejenigen körperlichen Erkrankungen, bei deren Entstehung oder Verlauf psychosoziale Faktoren wesentlich beteiligt sind
4. Somatopsychische Störungen, die dann vorliegen, wenn schwere somatische Erkrankungen eine Störung der Krankheitsbewältigung zur Folge haben.

Die solchermaßen festgestellte Störung muss sich in der Abrechnungsdia gnose aus dem F-Kapitel wiederfinden. So kann eine unfallbedingte Immobilisierung zu einer Depression führen. Wenn in einem solchen Fall psychosomatische Interventionen durchgeführt und abgerechnet werden, dann muss dazu eine passende Diagnose, wie z.B. die „Anpassungsstörung“ (F43.2 nach ICD 10), in der Abrechnung erscheinen und nicht nur „Immobilität“ (R26.3). Eine eingehende Anamnese wegen des Symptoms „Bauchschmerzen“ (s.o.) und bei Verdacht auf dahinter stehende Schulprobleme sollte wiederum mit der Diagnose „Nervöse Magenbeschwer-

den“ (F45.31) bedacht werden.

Wer sich – wissentlich oder unwissentlich – über diese Notwendigkeit hinwegsetzt, läuft Gefahr, bei einer Abrechnungsprüfung empfindlich gekürzt zu werden. Dabei handelt es sich nicht um ein abstraktes Risiko sondern um wiederholt realisierte Regresse mit zum Teil hohen, vierstelligen Euro-Beträgen.

Viele Niedergelassene arbeiten eher intuitiv mit Diagnosen und haben sich bisher wenig mit der ICD 10-Systematik beschäftigt. Die Praxissoftware kann den Nutzer dabei leicht auf Irrwege bringen: sucht er z.B. bei einem „Schreibaby“ (im Sinne von einer Regulationsstörung) unter „Schreien ...“ nach der richtigen Diagnose, so wird ihm etwa angeboten: Schreiendes Kind, R68.1, oder eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung, F60.3. Derart kodiert er entweder nur ein Symptom, das alleine die Abrechnung der psychosomatischen Grundversorgung nur sehr unzureichend stützt, oder er gerät in eine gänzlich andere Kategorie, die auf den Sachverhalt überhaupt nicht zutrifft. Mangel einer spezifisch zutreffenden Diagnose in der ICD 10 wäre hier stattdessen das Ausweichen auf den Abschnitt F98.-, „Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ angebracht mit der unscharfen Endnummer .8 (= „Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale usw.“).

Sucht der Arzt oder die Ärztin nach der Schlafstörung eines Patienten (Baby, Kind oder Erwachsener), so kommt er vielleicht auf die im neurologischen Kapitel beheimatete „Ein- und Durchschlafstörung“, G47.0, oder auf die im F-Kapitel als „Nicht-organische Insomnie“ verschlüsselte F51.0. Das vorher Gesagte macht deutlich, dass in dem Fall einer damit verbundenen psychischen oder sozialen (Erziehungs-) Problematik unbedingt die F-Diagnose zu bevorzugen ist, um das darauf bezogene Gespräch mit dem Patienten oder dessen engen Bezugspersonen mit der GOP 35100 oder 35110 abrechnen zu können (Mindestzeit von 15 Minuten vorausgesetzt).

Diese Beispiele belegen, dass ein intuitives Vorgehen wie beim Umgang mit der Software eines PCs bei der Diagnosenvergabe im Rahmen der Abrechnung nicht zu empfehlen ist. Jeder sollte sich also der Mühe unterziehen, sich mit der Systematik der ICD 10 vertraut zu machen. Dazu gibt es verschiedene Wege: in konventioneller Form kann man sich der ICD 10 in Buch-

form bedienen (ICD-10-GM 2014 Systematisches Verzeichnis, Dt. Ärzte-Vlg.; oder speziell für das F-Kapitel: Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. H.Dilling u.a. Hrsg. 9. Aufl.).

Moderner lässt es sich arbeiten mit dem frei verfügbaren „KodierAssistenten“ von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Dieses Programm muss dazu zunächst heruntergeladen werden (<ftp://ftp.kbv.de/ita-update/KBV-Software/Kodierassistent/>); und die komprimierten Daten müssen extrahiert werden, so dass man es danach auf dem eigenen Computer installieren kann. Am besten heftet man es dann noch (nach Drücken der rechten Maus- oder Touchpad-Taste) an die Taskleiste an, so dass es sich mit einem einzigen Anklicken leicht starten lässt. Der KodierAssistent läuft im Hintergrund, wenn man ihn morgens zusammen mit seinem Praxisprogramm aufgerufen hat. Bei technischen Fragen wendet man sich einfach an den IT-Support der KBV (030-4005-2121 oder ita@kbv.de).

In diesem Programm kann man sich ohne Aufwand über die Struktur der ICD 10 („ICD 10-Browser“) orientieren, kann mit Stichworteingabe eine Vorschlagsliste von möglichen Diagnosen einsehen und dazu die Erläuterungen des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung („Kodierhilfe“) lesen. (Die Option „Kodierregelwerk“ ist für Softwarehersteller gedacht und nicht isoliert für den Einzelnutzer verfügbar.) Nach kurzer Zeit des Erkundens wird man sich im KodierAssistenten gut zurechtfinden und ihn als unkomplizierte Hilfe im Praxis-PC schätzen lernen.

Jeder kann also ganz nach seinen Vorlieben, ob bibliophil oder IT-affin, real blättern oder virtuell suchen und das Zutreffende finden und mit der Zeit die eigene Arbeit über adäquate Diagnosen besser abbilden. Im Sinne von einer Rückwirkung schärft sich auch der systematisch-kategoriale Blick auf den jeweiligen Patienten.

Dr. med. Harald Tegtmeyer-Metzdorf
88131 Lindau
E-Mail: dr.harald.tegtmeyer@t-online.de

Red: ReH

Rettet die Kinderstation!

Die Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendmedizin (DGKJ) und die Gesellschaft für Kinderkrankenhäuser starteten am 11. April eine Kampagne „Rettet die Kinderstation“, um auf die prekäre Lage vieler Kinderkliniken und -abteilungen in Deutschland hinzuweisen und Politik und Kostenträger zum Handeln zu bewegen.

Im Rahmen der Auftaktveranstaltung in Berlin, die von Vertretern aller vier Bundestagsfraktionen besucht wurde, veranschaulichte zunächst Heike Lorenz, Pflegedienstleiterin der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Leverkusen, warum die Pflege von Kindern und Jugendlichen die Mitarbeiter vor wesentlich anspruchsvollere Aufgaben stellt, als dies bei Erwachsenen der Fall ist. Kinderpflege brauche Zeit. Die Delegation von „vermeintlich“ niederqualifizierten Tätigkeiten an „billigeres“ Personal ist im Allgemeinen nicht möglich, die Pflegefachkräfte müssen eine vertrauensvolle Beziehung zu Kindern und Eltern aufbauen. Lorenz begrüßte zwar den Einsatz von Auszubildenden, Schulpraktikanten und Absolventen des Bundesfreiwilligendienstes in Kinderabteilungen, stellte aber auch klar, dass diese Personengruppen die professionellen Pflegekräfte nicht entlasten könnten, sondern ihr Aufenthalt in der Kinderklinik vor allem dazu diene, sie für die Entscheidung für den Beruf der Kinderkrankenpflege zu begeistern, zumal man dringend auf motivierten Nachwuchs angewiesen sei.

Professor Wagner, Präsident der DGKJ, führte aus, dass „die flächendeckende, qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung von Kindern in Deutschland ernsthaft gefährdet ist. Kinderkliniken seien die Verlierer in einem System, das die Bedürfnisse des Kindes als Patient nicht ausreichend berücksichtigt.“ „Die Sorge, aus finanziellen Gründen bald keine Kinderstation mehr in der Nähe zu haben, ist berechtigt“, betonte Wagner und belegte dies anhand von Zahlen: Zwischen 1991 und 2012 wurde nahezu jede fünfte Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin geschlossen, die Gesamtzahl ging von 440 auf 364 zurück. Zudem wurden vier von zehn Betten in der stationären Kinder- und Jugendmedizin gestrichen: eine Reduzierung um 39,45 Prozent. Von 99 kinderchirurgischen Abteilungen in 1991 existieren heute zehn Prozent nicht mehr. Die Anzahl von Kin-

dern, die eine stationäre Versorgung benötigen, ging hingegen trotz der demographischen Entwicklung nicht zurück, sondern blieb relativ konstant: 2012 wurden in den Fachabteilungen für Kinder- und Jugendmedizin und in den Kinderchirurgien 1.084.858 Fälle gezählt.



Wagner führte weiter aus, dass 80 Prozent der Leistungen von Kinderkliniken nicht planbar sind, sondern als Akutversorgung erbracht werden. Hinzu käme die hohe Notfallquote von 50 Prozent. Da Kinderkrankenhäuser jederzeit das volle Leistungsspektrum bereitstellen müssten, inklusive Ausstattung und Personal, führe dies zu sehr hohen Vorhaltekosten, die aber vom Vergütungssystem nicht berücksichtigt werden. Eine Fallzahlsteigerung, wie diese in der Erwachsenenmedizin in den letzten Jahren zu beobachten war, verbunden mit mehr Einnahmen und Rentabilität, „ist in der Pädiatrie nicht möglich und auch aus ethischen Gründen nicht einmal annähernd vorstellbar“, merkte Jochen Scheel von der GKinD an. In der stationären Versorgung bei den über 45-Jährigen trat in den letzten Jahren ein Zuwachs von 16 Prozent ein, bei den 70- bis 90-Jährigen lag dieser Zuwachs sogar bei über 34 Prozent. „Hätten Kinderkrankenhäuser ihre Patientenzahlen in gleicher Weise steigern können, wären ihre Einnahmen in 2012 um mindestens 550 Millionen € höher gewesen.“

Scheel benannte eine weitere Ursache für die finanzielle und strukturelle Not der



stationären Pädiatrie: Die Bandbreite der Erkrankungen ist im Vergleich zur Erwachsenenmedizin wesentlich größer, was dazu führt, dass in einer Kinderklinik 400 bis 500 unterschiedliche Fallpauschalen (DRGs) angewendet werden, mehr als doppelt so viele wie in einer durchschnittlichen Erwachsenenabteilung. Dies führe zu überdurchschnittlich hohen Vorhaltekosten, außerdem gebe es für einige Leistungen mit geringen Fallzahlen keine eigenen, adäquat kalkulierten Fallpauschalen. Die Folge sei, dass die Vorhaltekosten für die notwendige Versorgung von Kindern und Jugendlichen immer weniger ausreichend über Fallpauschalen gegenfinanziert seien, was die Kinderklinik oder -abteilung noch tiefer in die roten Zahlen treibe.

Die Politik muss handeln

Scheel präsentierte den anwesenden Gesundheitspolitikern die drei wichtigsten Maßnahmen, die aus Sicht der pädiatrischen Verbände verhindern könnten, dass immer mehr Kinderstationen „wegen Geschäftsaufgabe geschlossen“ werden müssen:

- die Einführung eines Sicherstellungszuschlags für Kinderkliniken zur Finanzierung der höheren Vorhaltekosten,
- die Erhaltung der Kinderkrankenpflege. Der Ausbildungsschwerpunkt Gesundheits- und Kinderkrankenpflege in der Erstqualifikation müsse erhalten bleiben, d.h. eine Spezialisierung innerhalb der dreijährigen Ausbildungszeit.
- die Absicherung bzw. Etablierung von pädiatrischen Spezialambulanzen und Sozialpädiatrischen Zentren. Chronisch kranke Kinder und Jugendliche, die auf spezialärztliche Versorgung angewiesen sind, benötigten häufig Spezialambulanzen, die als Institutsambulanzen zugelassen sein sollten, dies als fester Bestandteil des Versorgungsauftrags. Eine solche Absicherung sei auch für die Sozialpädiatrischen Zentren notwendig.

Weitere Informationen über die Aktion „Rettet die Kinderstation“ sind auf der Aktions-website www.rettet-die-kinderstation.de abrufbar.

Stephan Eßer
E-Mail: stephan.eßer@uminfo.de

Red: ReH



Behandlung von Kindern Zeugen Jehovas



Dr. Kyrill Makoski

In Deutschland gehören ca. 200.000 Menschen der Religionsgruppe der Zeugen Jehovas an. Diese Religionsgruppe zeichnet sich dadurch aus, dass sie insbesondere ein biblisch begründetes Verbot der Aufnahme von Blut sehr hoch einschätzt. Nicht nur wird das Essen von Blut verweigert; ebenso werden Bluttransfusionen abgelehnt.

Gerade bei der Behandlung von Kindern kann es dabei immer wieder zu Problemen kommen. Die häufigsten Fragen sollen im Folgenden beantwortet werden.

1. Was soll ich zunächst tun, wenn eine Bluttransfusion bei einem Kind der Zeugen Jehovas notwendig ist?

Prüfen Sie zunächst, ob es nicht eine andere Alternativbehandlung gibt, bei der keine Bluttransfusion erforderlich ist. Die Zeugen Jehovas haben mit verschiedenen Wissenschaftlern in den letzten Jahren intensiv gearbeitet, um entsprechende Alternativtherapien bereit zu stellen. Denn diese Religionsgruppe zeichnet sich nicht durch eine vollständige Ablehnung moderner Medizin aus, sondern nur durch die Ablehnung von Bluttransfusionen.

2. Was tue ich, wenn bei einem nicht dringlichen Eingriff eine aus meiner Sicht medizinisch notwendige Bluttransfusion abgelehnt wird?

Die Zeugen Jehovas führen eine Liste von Krankenhäusern und Ärzten, die bereit sind, Eingriffe auch ohne Bluttransfusion durchzuführen. Wenn der Eingriff daher nicht dringlich ist, sollten Patient und Eltern an eine derartige Einrichtung verwiesen werden.

3. Was tue ich in dringenden Fällen?

Wenn ein dringender Fall vorliegt und z.B. eine Verletzung des Kindes nicht mehr möglich ist, kann eine Eilentscheidung des zuständigen Familiengerichts eingeholt werden, welches die von den Eltern verweigerte Einwilligung zur Bluttransfusion erteilen kann (siehe § 1666 BGB). Die Eltern müssen hierbei in Fällen mit Eilbedürftigkeit nicht angehört werden. Ansonsten wird das Familiengericht eine Entscheidung nach Abwägung aller Argumente – sowohl der Eltern als auch der Ärzte – treffen.

4. Was tue ich, wenn die Bluttransfusion medizinisch dringend erforderlich ist, um das Leben des Kindes zu retten, ich jedoch nicht mehr das Familiengericht einschalten kann?

In dringenden Fällen kann das Handeln des Arztes durch Notstand gerechtfertigt sein. Vorzugswürdig ist es jedoch immer, die Einwilligung des Kindes oder seiner Eltern zu erhalten. In vielen Fällen wird es auch möglich sein, durch einen Hinweis auf die lebensbedrohliche Situation die Eltern zu überzeugen.

Dr. Kyrill Makoski
Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizin
Möller & Partner, Düsseldorf
Die Kanzlei ist Justitiarin des BVKJ.

Red: ReH

Liebe Kolleginnen, und Kollegen,

Anfang Juni hat die Geschäftsstelle den zweiten BVKJ-Newsletter mit aktuellen Informationen aus dem BVKJ an alle Mitglieder versandt, deren E-Mail-Adresse uns vorliegt. Sie können den Newsletter auch in PädInform im Ordner „BVKJ-Aktuell“ herunterladen. Ein Postversand ist aus Kostengründen nicht vorgesehen. Sollten Sie eine Fax-Zusendung wünschen, teilen Sie dies bitte unserer Geschäftsstelle (bvkj.buero@uminfo.de) unter Angabe der Fax-Nummer mit.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Wolfram Hartmann, Präsident BVKJ

Umwelteinflüsse auf Kinder – Manches ist erreicht, doch es bleibt noch viel zu tun

Am 7. Mai 2014 führte der BVKJ zum 14. Mal das Forum- für Gesundheits- und Sozialpolitik durch, das sich diesmal mit den Auswirkungen von Umwelteinflüssen auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen befasste.

In seiner Einführung wies Präsident Dr. Wolfram Hartmann auf den Rechtsanspruch aller Kinder auf ein gesundes Aufwachsen hin und hob die hervorragenden Möglichkeiten von Kinder- und Jugendärzten hervor, im Rahmen ihrer ärztlichen Betreuung bei Eltern Verständnis für die Schaffung möglichst optimaler Rahmenbedingungen für ihren Nachwuchs zu wecken.

Sabine Rieser, die Moderatorin der Veranstaltung, befragte zunächst die Podiumsteilnehmer, ob es aus ihrer Sicht in den letzten Jahrzehnten Fortschritte auf dem Gebiet der Umweltpolitik gab, die Kindern und Jugendlichen zugute gekommen seien. Professor Karl Ernst von Mühlendahl, Geschäftsführer der Kinderumwelt gGmbH in Osnabrück, nannte hier den Rückgang von Schadstoffen in der Muttermilch, der aufgrund gesetzgeberischer Maßnahmen erreicht werden konnte. Bärbel Höhn, Bündnis 90/Die Grünen, die Vorsitzende des Umweltausschusses des deutschen Bundestages, konstatierte, dass es gelungen sei, die Belastung der Bevölkerung durch „dicken“ Staub deutlich zu reduzieren, die Feinstaubbelastung sei aber immer noch unangemessen hoch. Dr. Hartmann stellte fest, dass die Belastung durch Autoabgase reduziert werden konnte und die Qualität des Trinkwassers verbessert wurde. Lobend äußerte er sich auch über die gesetzliche Altersbegrenzung beim Besuch von Sonnenstudios und der damit verbundenen Verminderung des Risikos von Hautkreberkrankungen. Ein weiteres Beispiel für die positiven Wirkungen gesetzgeberischer Maßnahmen seien die Initiativen gegen das Rauchen in der Öffentlichkeit, führte Ulli Nissen, Bundestagsabgeordnete der SPD, aus.

Widerstände der Industrie gegen REACH

Professor von Mühlendahl wies auf neue mögliche Gefährdungen durch Stoffe hin, die nicht abgebaut werden können. Um diesen Gefährdungen zu begegnen hat die Europäische Union

die REACH-Chemikalienverordnung erlassen, die am 1. Juni 2007 in Kraft getreten ist. REACH steht für Registration, Evaluation, Authorisation and Restriction of Chemicals, also für die Registrierung, Bewertung, Zulassung und Beschränkung von Chemikalien. Durch

REACH wird das bisherige Chemikalienrecht grundlegend harmonisiert und vereinfacht. Die Verordnung konnte aber nur gegen heftige Widerstände der Industrie verabschiedet werden, wie Höhn anmerkte. Die Unternehmen machten vor allem Wettbewerbsnachteile gegenüber Konkurrenten aus Nicht-EU-Staaten geltend, eine Befürchtung, die sich aber bisher nicht bewahrheitet hat.

Krankheitsquelle Fluglärm

Studien belegen die durch Fluglärm verursachte Gesundheitsschädigung von Flughafenwohnern - nicht nur von Kindern. Um dieses Problem zu entschärfen, sprachen sich Höhn und Nissen dafür aus, über ein Verbot von Kurzflügen nachzudenken und in den Randzeiten der Nacht nur noch den Einsatz von „leisen“ Flugzeugen zuzulassen. Dies müsse aber bundeseinheitlich so geregelt werden.

Sehr kritisch äußerte sich Höhn zu den Produktionsmethoden der deutschen Landwirtschaft, insbesondere zum Arzneimittelinsatz. Es sei nicht akzeptabel, dass zwei Drittel der in der Bundesrepublik verwendeten Arzneimittel in der Tierhaltung zum Einsatz kämen. Nicht einzusehen sei, dass diese Praxis auch noch in großem Stil mit Steuermitteln gefördert werde. Professor von Mühlendahl wies in diesem Zusammenhang auf die Verantwortung der Verbraucher hin, die durch ihr Einkaufsverhalten Druck auf die Produzenten ausüben könnten.



Angeregte Diskussion: (v.l.) Prof. Dr. Karl Ernst von Mühlendahl, Ulli Nissen, Moderatorin Sabine Rieser, Dr. Wolfram Hartmann, Bärbel Höhn

Föderalismus macht krank

Dr. Hartmann forderte die Umsetzung der bereits seit langem existierenden Präventionsprogramme für Kindertagesstätten und Schulen. Häufig stehe dem die Neigung der Politik in Bund, Ländern und Kommunen entgegen, die Verantwortung für die Umsetzung der jeweils anderen Ebenen zuzuschieben. „Föderalismus macht krank!“ nannte Hartmann diese Praxis.

Sehr kritisch sahen die Diskutanten die Folgen des derzeit mit den Vereinigten Staaten verhandelten Freihandelsabkommens für die europäischen Umweltstandards, zumal eine große Gefahr besteht, dass die unter weniger strengen Rahmenbedingungen produzierten US-Waren Zugang zu den europäischen Märkten erhielten. Ulli Nissen kündigte an, dass sie in einem solchen Fall im Bundestag gegen das Abkommen stimmen werde.

Im Rahmen der Diskussion wurde deutlich, dass die verschiedenen Ausschüsse des Bundestages nur sehr verhalten miteinander kommunizieren, obwohl viele Themen sehr wohl in den Arbeitsbereich mehrerer Gremien fallen. Bärbel Höhn und Ulli Nissen werden sich für gemeinsame Sitzungen der Gesundheits-, Umwelt- und Familienausschüsse einsetzen, um das Thema Kindergesundheit gemeinsam zu erörtern.

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

Red: ReH

Ontogenese und Phylogenese der mentalen Entwicklung des Menschen

Das Aufwachsen und damit die Entwicklung eines Kindes von der Geburt an erleben zu können, ist etwas Wunderbares, besonders, wenn man es in der Gedankenwelt der Schöpfung nach gegenwärtigem Kenntnisstand und Denkmöglichkeiten (zum Beispiel Urknall) betrachtet. Die Bedeutung dieser Vorgänge mit der Frage, was ist der Mensch, woher kommt der Mensch, wird leider in der Hektik unseres Lebensbetriebs vom Durchschnittsmenschen wenig beachtet und bekommt erst Bedeutung, wenn es Abweichungen von der so genannten Normalität gibt. Die mentale Entwicklung zu den vielseitigen Fähigkeiten des erwachsenen Menschen ist das Ergebnis der Entwicklung des zentralen Nervensystems in der Gestalt des Gehirns mit seinen verschiedenen und heute dank intensiver Forschung klar definierbaren Funktionsbereichen. Dazu gehören die unmittelbaren Verbindungen mit allen Sinnesorganen und den Einwirkungsbereichen endokriner Drüsen.

Die Entwicklung der Fragen

Die Embryologie des Menschen beschreibt die körperliche Entwicklung von der befruchteten Eizelle bis zur Organbildung in der neunten Schwangerschaftswoche. Danach benennt man die weitere Entwicklung der Organreife und zunehmenden Organfunktion bis zur Geburt als Fetalperiode. Die einzelnen ontogenetischen Entwicklungsschritte lassen Merkmale der Phylogenese, wie zum Beispiel Kiemen für ein Entwicklungsstadium der Fische, erkennen. Die mentalen Funktionen des Gehirns erfolgen offensichtlich über die Funktionen der Sinnesorgane mit ihren zentripetalen Verbindungen. So, wie die körperliche

Entwicklung vom einfachen zum vielfachen, erfolgt die mentale Entwicklung gleichermaßen. Die Sinnesorgane bringen zunächst Informationen aus der bisher unbekanntem Umwelt. Die Mehrheit dieser Informationen der Sinnesorgane führt durch ständige Wiederholung und auch besonders infolge der sozialen Bedingungen zur Sprachbildung. Zu beobachten dabei ab dem zweiten Lebensjahr ein Entwicklungsmerkmal, dass durch die „Wasfragen“ gekennzeichnet ist. Im Alter von drei bis vier Jahren erfolgen zusätzlich die „Warumfragen“. Diese ontogenetischen Vorgänge halte ich für die bedeutendsten Entwicklungswerkzeuge als Grundlage für

die mentale Entwicklung zur spezifisch menschlichen Fähigkeit des Denkens.

Das Kind braucht Antworten

Die Bezeichnung „Wasfragen“ und „Warumfragen“ verwende ich als Kennzeichen für die Verhaltensweisen der Kinder



© lassedesignen – Fotolia.com

von den ersten Lebensmonaten an. Die gesamte belebte und unbelebte Umwelt ist schließlich für das Kind absolut neu und wird über Sinneswahrnehmungen erfasst und vor allem durch Wiederholungen für Erinnerungen gespeichert. „Wasfragen“ und „Warumfragen“ sehe ich als Merkmale menschlicher Lebensgestaltungen und Lebensinhalte bis ins hohe bewusst erlebte Alter.

Die Antworten zu den „Wasfragen“ bewirken im Gehirn Engramme. Viele Antworten der „Wasfragen“ sind von solcher Bedeutung, dass Handlungsnotwendigkeiten folgen müssen, wie zum Beispiel gegenüber Feuer. Die Antwort auf diese Fra-

gen stammen stets aus dem Kenntnisstand der sozialen Bezugspersonen.

Die Entwicklung der Phantasie

Der Mensch unserer Ur- und Vorgeschichte stellte andere "Wasfragen" als sie in unserer Zeit gestellt werden. Im Laufe der Geschichte haben wir heute zu Gegenständen, Vorkommnissen und Vorgängen einschließlich Naturereignisse andere Erklärungen und Vorstellungen als die Menschen früherer Zeiten. Gleich geblieben sind die Speicherungen im Gehirn als Engramme und die Vorgänge im werdenden, sich entwickelnden kindlichen Organismus. Die durch „Wasfragen“ entstandenen Engramme führen

beim aufwachsenden Kind zu verschiedenen sprachlich ausdrückbaren Kombinationen, die man als Phantasien bezeichnen kann. So kann man beim sich beschäftigenden Kind - beim spielenden Kind - beobachten, wie es einen einfachen Gegenstand – zum Beispiel Baustein oder Bleistift – als Auto, Eisenbahn, Tier bezeichnet und agieren lassen kann. Die Entwicklungszeit mit diesen Merkmalen kann man als Phantasiealter bezeichnen und sie ist in der Altersstufe zwischen drei und zehn Jahren zu beobachten. Diese Fähigkeit möchte ich als die Vorbereitung für die Notwendigkeit zur Entwicklung des Verständnisses für das menschliche Leben an-

sehen. Unter dem Begriff Phantasie findet man in der Brockhaus Enzyklopädie (Bd. 17,1992) umfangreiche Ausführungen. Kernpunkte sind dabei: Vorstellung und Vorstellungsvermögen werden reproduktiv aus der Erinnerung in freier Ausgestaltung der Erinnerungsinhalte oder als Neuproduktion anschaulicher Inhalte wirksam. Nach dem Psychoanalytiker Freud ist sie die Korrektur der unbefriedigten Wirklichkeit, eine Wunscherfüllung. Nach C.G. Jung ist Phantasie die Quelle der Kunst. Auch die griechischen Philosophen befassten sich mit diesem Begriff. Für Aristoteles war Phantasie ein eigenes zwischen Sinneswahrnehmung und Denken gestelltes Seelenvermögen. Goethe forderte, zu den drei Grundvermögen der Seele (Denken, Fühlen, Wollen) die Phantasie als viertes Grundvermögen anzuerkennen. Nach Brockhaus ist Phantasie die „virtuelle Steigerung und Ausweitung des gesamten Er-

lebnisraums“ und „die Bedingung aller schöpferischen Arbeit“.

Wissen und verstehen

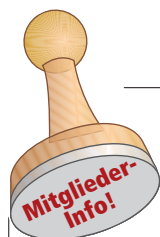
Die Phantasiefähigkeit als Funktion des menschlichen Gehirns beim aufwachsenden Kind kann man als Vorstufe der mentalen Leistungsfähigkeiten im Erwachsenenalter ansehen. Diese Vorgänge unterscheiden den Menschen vom Tier und bewirken die Entwicklung der Kultur. Darunter kann man nach dem Philosophen Ernst Cassirer (1874-1945) die Gesamtheit von Symbolbereichen wie zum Beispiel Kunst, Philosophie, Sitte, Religionen, Mythen, Rechte, Wissenschaften, Politik etc. verstehen. Der Begriff Symbole kommt vom griechischen ‚Symbolon‘ und bedeutet Zusammengefügtes. Voraussetzung für die Entwicklung all dieser Merkmale sehe ich in den Engrammen, die sich infolge der Fähigkeiten der schon genannten „Wasfra-

gen“ und „Warumfragen“ seit Geburt bis ins hohe Alter ereigneten.

Die Phantasiefähigkeit hat dabei eine Abhängigkeit vom jeweiligen Kenntnisstand der geschichtlichen Zeit. Zum Beispiel ohne unsere heutigen physikalischen und meteorologischen Kenntnisse müsste der Mensch Blitz und Donner als Wirksamkeit eines absolut wirkenden höheren Wesens etwa mit dem Begriff Gott ansehen. So entstanden Religionen mit Hierarchien für Ordnungen im Gemeinschaftsleben.

Dr. med. Siegfried Adler
R.-Breitscheid-Str. 61
16225 Eberswalde

Red.: Kup



bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Wahlaufruf für den Landesverband Sachsen-Anhalt

Termingerecht findet vom 11.08. bis 01.09.2014 die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seines Stellvertreters, der Delegierten, der Ersatzdelegierten sowie des Schatzmeisters statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum 01.09.2014 abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Dr. med. Holger Handel, Halberstadt
Landesverbandsvorsitzender

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.



Sportverletzungen im Kindesalter – Epidemiologie, Prävention und Therapie

Themenschwerpunkt Sport

© Marko Schoeneberg – Fotolia.com



Prof. Dr. Peter P.
Schmittenbecher

Physische Aktivität im Kindesalter hat ein gesundheitliches Langzeitbenefit und ist wichtig für das physische, psychomotorische und intellektuelle Wohlbefinden und die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen. Sportverletzungen stellen aber auf der anderen Seite eine Hauptursache von Morbidität da, sodass darauf geachtet werden muss, dass das Risiko den Benefit nicht übersteigt.

Laut AOK ist die sportliche Leistungsfähigkeit der 10- bis 14-Jährigen in sieben Jahren um 30 Prozent gesunken. Trotz dieser erheblichen Zunahme von Inaktivität und damit einhergehend auch Übergewicht ist auf der anderen Seite auch eine deutliche Zunahme der Zahl der sportlich aktiven Kinder in Mannschafts- und Einzelsportarten zu beobachten. Diese Aktivitäten reichen dabei von der gelegentlichen Freizeitaktivität bis zum präolympischen Auswahltraining. Dadurch nimmt in der Folge auch die Zahl der Sportverletzungen signifikant zu, steht dabei in einer klaren Abhängigkeit von Sportart, Leistungsniveau und Geschlecht und erreicht eine Häufigkeit von 65 Mädchen und 100 Jungen/1000 sportlich aktiven Kindern und Jugendlichen/Jahr. Sportverletzungen machen in Amerika bis zu 50 Prozent der Notfallbehandlungen aus und führen zu 2,3 Prozent der stationären Behandlungsfälle, wobei Knochenbrüche und Gehirnerschütterungen dann ganz im Vordergrund stehen. In der BRD werden von der berufsgenossenschaftlichen Schul-Unfallversicherung über 600 000 Schulsportunfälle im Jahr registriert, die zu einer Inzidenz von 54 Schülern/1000 Schüler/Jahr führen. Dabei erleben diejenigen, die Bewegung nicht aus den Freizeit-

aktivitäten gewohnt sind, im Sportunterricht häufig Unfälle, weil sie sich ungeschickt anstellen – zum Beispiel nicht ausweichen können, wenn ein Klassenkamerad schnell auf sie zuläuft. Sportlehrer und Eltern müssen diese Kinder und Jugendlichen gut begleiten und an ihre Leistungsmöglichkeiten heranzuführen, aber nicht vor der sportlichen Aktivität bewahren.

Von den häufig praktizierten Ballsportarten sind vor allem Basketball und Fußball verletzungsgefährlich, im Freizeitbereich führen Skateboards und andere Rollbretter, Fahrräder und Mountainbikes sowie vor allem das Trampolinspringen zu relevanten Verletzungszahlen. Chronische Überlastungsbeschwerden sehen wir vornehmlich beim Turnen, Schwimmen, dem Langstreckenlauf als einem Beispiel aus der Leichtathletik und bei allen Tätigkeiten, die einzelne Bewegungsabläufe ganz in den Vordergrund rücken. Neben den akuten Traumen (Bruch, Zerrung, Prellung) sind deshalb chronische Belastungen (Stressfrakturen, Sehnenansatzreizungen, Durchblutungsstörungen) bei der Betreuung von Kindern und Jugendlichen zu bedenken.

Die akuten Verletzungen sind dabei eher von geringer Verletzungsschwere, die Komplexität steigt mit sinken-

dem Alter und betrifft Ellenbogen, Hüfte, Knie und Fuß. Stürze, Kollisionen mit anderen Sportlern sowie das Umknicken ohne Gegnerkontakt sind typische Ursachen. Hierbei kommt es zu Knochenbrüchen, Zerrungen, Prellungen und oberflächlichen Weichteilverletzungen. Beim Fußball stehen die Knieverletzungen sowie die Prellungen bei Kollisionen im Vordergrund. Interessanterweise sind am vorderen Kreuzband < 12 Jahre 90 Prozent der Verletzungen knöchern (Ausriss des Kreuzbandes aus der knöchernen Verankerung), > 12 Jahren 90 Prozent ligamentär (Riss im Band). Beim Basketball werden dagegen vornehmlich Zerrungen und Überdehnungen im oberen Sprunggelenk sowie an Hand und Finger beobachtet, es kommt zu Überdehnungen der Bänder oder Verletzungen der Gelenkkapsel. Füße und Ellenbogen können auf dem Trampolin in Mitleidenschaft gezogen werden, wenn ein Kind falsch landet – weil zum Beispiel Kleine und Große gemeinsam hüpfen und ein Ungleichgewicht entsteht, das den Schwächeren herauskatapultiert.

Sportverletzungen behandeln

Die Behandlung erfolgt möglichst kindgerecht. Für die Brüche gilt die Regel, sowohl primär definitiv als auch minimal-invasiv vorzugehen. Hier ist insbesondere die elastisch-stabile Markraumnagelung zu nennen, die von den Kollegen aus Frankreich in den achtziger Jahren inauguriert wurde. Sie erlaubt bei sehr vielen Knochenbrüchen im Kindesalter eine bewegungs- und oft belastungsstabile Osteosynthese und damit die frühfunktionelle Nachbehandlung unter Vermeidung einer Gipsruhigstellung. Hier steht die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie auch in einem ständigen Austausch und Kontakt mit allen an der Behandlung der Kinder beteiligten Fachgesellschaften und erarbeitet Leitlinien und Empfehlungen für die kindgerechte Therapie. Bei den Knochenbrüchen darf dabei nie das Risiko der Wachstumsstörung vergessen werden. Dieses Risiko besteht vor allem, wenn die Brüche die Wachstumsfugen direkt betreffen oder in deren Nähe auftreten. In diesen Fällen ist eine besonders exakte operative Therapie mit Wiederherstellung der Gelenkoberfläche auch im Kindesalter unabdingbar. Bei den Schaftfrakturen dagegen ist es wichtig, sich davon zu verabschieden, das sich im Kindesalter vieles „verwächst“. Wir wissen heute, dass dies für die Schaftfrakturen nur in sehr begrenztem Maße zutrifft. Um jegliche Folgeprobleme durch Achsenfehler zu vermeiden, z. B. eine Einschränkung der Drehbewegungen am Unterarm durch fehlerheilte Radius- oder Ulnafraktur, empfiehlt sich die bereits zuvor angesprochene intramedulläre Nagelung. Die Akzentuierung der operativen Knochenbruchbehandlung kommt dabei dem Wunsch der Sportler nach früher Rückkehr in das Training entgegen.

Bandverletzungen werden frühfunktionell und ggf. arthroskopisch therapiert. Bei Distorsionen im oberen Sprunggelenk ist die Gipsbehandlung völlig in den Hintergrund getreten und es wird routinemäßig eine frühfunktionelle Behandlung mit Sprunggelenksorthesen

durchgeführt. Bei den zunehmend auch im Kindesalter beobachteten Kreuzbandverletzungen hat sich dagegen inzwischen ebenfalls das frühzeitige operative Vorgehen durchgesetzt, um insbesondere bei sportlich aktiven Kindern und Jugendlichen Instabilitäten im Kniegelenk zu vermeiden.

Prävention verhindert chronische Verletzungen

Zu den chronischen Verletzungen gehören die so genannten Stressfrakturen durch Überlastung, Durchblutungsstörungen sowie Reizungen der Sehnenansätze. Bekannt sind auch Wachstumsfugenlösungen am Handgelenk sowie das Wirbelgleiten beim Turnen oder Beschwerden im Bereich der Schultermuskulatur beim Schwimmen. Baseball-Spieler sind durch typische Sehnenreizungen am Ellenbogen (pitchers elbow) und junge Langstreckenläufer durch unzureichende Ernährung



Leistungssport: Nicht mehr als fünfmal die Woche und vorher aufwärmen

gefährdet. Sogenannte mikrotraumatische Überlastungs-Verletzungen machen bis zur Hälfte der Sport-„Verletzungen“ aus. Ursächlich sind repetitiver Stress ohne ausreichend Ruhephasen mit der Kaskade Ermüdung-Entzündung-Degeneration und ansteigendem Schmerzniveau vor allem während der maximalen Wachstumsgeschwindigkeit. Die chronischen Verletzungen resultieren hier also aus einer Überlastung auf der Basis zu intensiver, zu langer und zu häufiger Trainingsaktivität besonders während der Wachstumsschübe der Kinder. Chronische, stressbedingte Schäden an den Wachstumsfugen können Deformitäten und auch Wachstumsstörungen auslösen. Präventiv sind vor allem ein gut gestaffeltes Training mit Zeiten nicht über drei bis vier Stunden täglich, ausreichende Pausen am Wochenende, eine ausreichend lange Pause zum Saisonende, abwechselnde Aktivität unter Einbeziehung verschiedener Muskelgruppen und ausreichende Aufwärmzeit wichtig.

Die Prävention besteht darüber hinaus aus vielen persönlichen Maßnahmen wie dem Einsatz der leicht verfügbaren Protektoren Fahrradhelm, Ellenbogenschüt-

zer, Handgelenksschützer oder Schienbeinschützer, die hier edukatorisch ganz in den Vordergrund gerückt werden müssen. Daneben ist auf adäquate Umgebungsbedingungen (Hallenböden, gepflegte Sportplätze), eine gute Supervision und eine altersgerechte Gruppenzusammensetzung zu achten. Ein korrekter Trainingsaufbau (10 Prozent der Zeit zum warm up; maximal fünf Tage/Woche) ist ebenso wichtig wie eine Reduktion externer Stimuli (Eltern, Trainer). Zudem sollte einer zu frühen Spezialisierung der sportlich aktiven Kinder entgegen gewirkt werden. Wer viel Sport macht, sollte sich einen beratenden Haus- und Sportarzt (nicht den Vereinsarzt) suchen, der immer wieder einmal von „außen“ auf die Gesamtbelastung schaut.

Fazit

Zusammenfassend steigen trotz zunehmender Inaktivität auf der einen Seite Sportaktivität und Verletzungsquote auf der anderen Seite an. Adäquate, kindgerechte Therapieverfahren mit guten Ergebnissen einerseits sowie die niedrige Quote komplexer Verletzungen andererseits lässt die Sportverletzung als einen teils ver-

meidbaren, aber zahlbaren Preis der Aktivität erscheinen. Überlastungsschäden müssen ernst genommen werden und sind wegen ihres Potentials, Langzeitschäden auszulösen, relevant. Ihnen ist durch eine adäquate Prävention und Trainingsgestaltung entgegen zu wirken.

Der Autor ist Direktor der Kinderchirurgischen Klinik am Klinikum Karlsruhe.

Prof. Dr. Peter P. Schmittbecher
Moltkestraße 90
76133 Karlsruhe
E-Mail: Peter.Schmittbecher@klinikum-karlsruhe.de

Red: ReH

Damit endet unsere Serie und wir freuen uns auf die Fußball-WM.

„Theater auf Rezept“

Auch in diesem Jahr verordnen Kinder- und Jugendärzte ihren Patienten „Theater auf Rezept“. Dank des Sponsors, der Siemens-Betriebs-Krankenkasse kann das erfolgreiche Projekt weitergehen. Inzwischen machen 15 Kinder- und Jugendtheater überall in Deutschland mit. Alleine in den ersten Monaten dieses Jahres gab die BVKJ-eigene Stiftung „Kind und Jugend“, unter deren Regie das Projekt läuft, über 5.000 Theatergutscheine aus. Die Theater bestellen die Gutscheine bei der Stiftung, also beim BVKJ in Köln. Die Kinder- und Jugendärzte können sie dann bei „ihrem“ Theater abrufen. Bei den Vorsorgeuntersuchungen U10, U11, und J1 bekommen Kind und Eltern (bei der J1 kann es auch ein Freund oder eine Freundin sein) einen Gutschein für zwei Personen, den sie dann im Theater einlösen können. Die Gutscheine sind jeweils bis zum 31.12. des laufenden Jahres gültig.

Hermann-Josef Kahl, einer der Erfinder von "Theater auf Rezept": „Die Nachfrage nach unserem Projekt und nach Gutscheinen ist ungebrochen hoch. Die Gutscheine reichen daher trotz der großzügigen Unterstützung der SBK nicht für alle. Wir ermuntern daher alle Theater und auch die Kinder- und Jugendärzte, sich vor Ort weitere Sponsoren zu suchen. Dies ist meist leichter als gedacht, denn der Sinn unseres Projekts, die Entwicklungsanregung insbesondere sozial benachteiligter Kinder, erschließt sich fast von selbst. Da wir auch noch weitere Theater aufnehmen wollen, möchte ich an dieser Stelle alle Kolleginnen und Kollegen ermutigen, unser schönes Projekt durch eine Spende an die Stiftung zu unterstützen. Wir fördern damit nicht nur Kinder und Jugendliche, sondern steigern damit auch die Akzeptanz der Vorsorgeuntersuchungen.“



Auch für die SBK ist "Theater auf Rezept" ein ideales Instrument, um möglichst viele Kinder und Jugendliche zu motivieren, die Vorsorgen wahrzunehmen. Dass die Kasse das Projekt aber fast von Beginn an unterstützt, hat noch einen anderen Grund. "Als Krankenkasse betrachten wir die Gesundheitsförderung im Allgemeinen, aber besonders die von Kindern und Jugendlichen, als ganzheitliche Aufgabe", so Evelin Steinberger, Fachexpertin bei der SBK. "Es geht also nicht ausschließlich darum, den Körper gesund zu erhalten - gerade im Kindes- und Jugendalter ist es besonders wichtig, auch ein Augenmerk auf die Förderung geistiger und seelischer Gesundheit zu legen. Kulturelle Erlebnisse, wie beispielsweise Theaterbesuche, können dazu einen wesentlichen Beitrag leisten."

Regine Hauch

Zwei Preise, vier Gewinner

BVKJ-Medienpreis in Berlin verliehen

Zum sechsten Mal wurde am 7. Mai in Berlin der BVKJ-Medienpreis feierlich verliehen.

In der Kategorie TV wurde in diesem Jahr gleich zwei Beiträge ausgezeichnet. In der Reportage „Kleine Kämpfer – Judo statt Randalen“ von André Berthold berichtet André Berthold über ein Judo-Projekt mit sozial benachteiligten Kindern in Leipzig. Ein Jahr lang verfolgte das Filmteam, wie eine junge Lehrerin und ein Sporttrainer gemeinsam versuchen, durch die asiatische Kampfkunst kleinen Rabauken Disziplin, Respekt und Freude an der Bewegung zu vermitteln. Die ARD strahlte den Beitrag am 1.9.2013 aus.

„Lehrer am Limit“ von Anja Reschke und Birgit Wärnke, ausgestrahlt am 22.08.2013 im ARD-Magazin Panorama, handelt von einem Experiment. Die beiden Autorinnen waren über einen Monat lang zu Gast an einer Hamburger Schule und durften sich dort als Co-Lehrer betätigen, um zu erfahren, unter welchem Druck die Lehrerinnen und Lehrer heute stehen und mit welchen Anforderungen sie angesichts verschiedener sozialer Hintergründe bei den Schülern und der Inklusion lernbehinderter Schüler konfrontiert sind.

Den Preis in der Kategorie Print wurde in diesem Jahr zwischen zwei Publikationen geteilt. Der Aschaffener freie Journalist Raimund Schmid wurde ausgezeichnet für seinen Bericht über Sven, ein Kind, das in prekären Verhältnissen aufwächst. Schmid schildert, wie Svens Lebensverhältnisse sein Aufwachsen bestimmen. Er benennt die Defizite unseres Sozial- und Medizinsystems und er zeigt auch Wege, auf denen Kinder wie Sven Hilfe zuteil werden kann. In diesem Rahmen stellt Schmid auch das Deutsche Kinderbulletin vor, das BVKJ-Pressesprecher Ulrich Fegeler ins Leben gerufen hat. Der Beitrag erschien am 22. 11. 2013 im Main-Echo.

Die freien Journalistinnen Andrea Freund und Kathrin Runge bekamen den BVKJ-Medienpreis für ihre Artikel über Kinder psychisch kranker Eltern. Unter dem Titel „War ich nicht lieb?“ erschien der Themenschwerpunkt bestehend aus vier Texten am 15. 12. 2013 in der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung. Leserinnen und Leser erfahren hier, mit welchen seelischen und auch ganz praktischen Schwierigkeiten betroffene Kinder in ihrem Alltag mit den kranken Eltern zu tun haben.

Die Dotierung der Beiträge betrug jeweils 5000 €.

Der Hörfunk-Preis wurde in diesem Jahr mangels preiswürdiger Beiträge erstmal nicht vergeben.

Die Preisverleihung fand in der Vertretung des Landes Sachsen-Anhalt beim Bund in Berlin vor rund 100 geladenen Gästen aus dem BVKJ, den Medien und der Politik statt.

Rund 30 Journalistinnen und Journalisten hatten sich in diesem Jahr um den BVKJ-Medienpreis beworben, die meisten von den großen Tageszeitungen und öffentlich-rechtlichen Sendern –



v.l.n.r.: Raimund Schmid, Andrea Freund, Ulrich Fegeler, Birgit Wärnke, Wolfram Hartmann, Anja Reschke, Regine Hauch, Norbert Beleke, André Berthold © Helmut Hoffmann

entsprechend schwer war die Arbeit der Jury: BVKJ-Präsident Dr. Wolfram Hartmann, die Rundfunkjournalistin Regine Hauch, Dr. Ulrich Fegeler, BVKJ-Pressesprecher, Dr. Gunhild Kilian-Kornell, ebenfalls langjährige BVKJ-Pressesprecherin, die Printjournalistin Thorakit Treichel von der Berliner Zeitung und der langjährige BVKJ-Begleiter, Verleger und Medienpreis-Sponsor Norbert Beleke.

Kinderarmut bedeute nicht nur Verzicht auf materielle Dinge wie Spielzeug, es bedeute auch soziale Ausgrenzung, häufiger krank zu sein und häufiger Unfälle zu erleiden, schlechtere Chancen in der Schule zu haben, häufiger die Schule abzubrechen, keinen Ausbildungsplatz zu bekommen, keine Arbeit zu finden und möglicherweise die eigene Armut später an die nächste Generation weiterzugeben, so BVKJ-Präsident Dr. Wolfram Hartmann in seiner Ansprache an die Sieger des Medienpreises.

„Als Kinder- und Jugendärzte plädieren wir für Bildung und Aufklärung, für individuelle Förderung, die kein Kind zurücklässt. Wir wünschen uns, dass Eltern angeleitet werden, wie sie ihre Kinder besser unterstützen können und wir wünschen uns, dass Kitas keine Verwahranstalten, sondern Bildungs- und Fördereinrichtungen werden. Das ist heute immer noch nicht der Fall,“ sagte Pressesprecher Dr. Ulrich Fegeler: „Wir wünschen uns unter anderem eine kostenlose und qualifizierte Ganztagsbetreuung und mehr Sozialarbeiter in Kindergärten und Schulen. Das wäre die Aufgabe der Politik. Im Koalitionsvertrag kommen Kinder aber so gut wie gar nicht vor, Kinderarmut schon gar nicht. Wir brauchen daher die Medien, damit sie uns alle und auch die Politik daran erinnern, dass wir Verantwortung für die vergessenen Kinder tragen und sie fördern müssen.“

Nach der offiziellen Preisverleihung wurde gefeiert. Dies und auch die anspruchsvolle Dotierung des Medienpreises ermöglichten der Sponsor, Verleger Norbert Beleke und eine Spende der Pfizer Pharma GmbH.

ReH

Fortbildungstermine



Juli 2014

2. Juli 2014

Immer etwas Neues – Selektiv-Verträge u.a.

des bvkj e.V., in Leipzig

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

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

16. Juli 2014

Immer etwas Neues – Selektiv-Verträge u.a.

des bvkj e.V., in Nürnberg

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

August 2014

20. August 2014

Immer etwas Neues – Selektiv-Verträge u.a.

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)

September 2014

6. September 2014

Immer etwas Neues – Selektiv-Verträge u.a.

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)

6.–7. September 2014

18. Pädiatrie zum Anfassen in Lübeck

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

Auskunft: Dr. Stefan Trapp, Bremen, Tel.

0421/570000, Fax: 0421/571000; Dr. Stefan Renz, Hamburg, Tel. 040/43093690, Fax: 040/430936969; Dr. Dehtleff Banthien, Bad Oldesloe, Tel. 04531/3512, Fax: 04531/2397; Dr. Volker Dittmar, Celle, Tel. 05141/940134, Fax: 05141/940139 ②

17. September 2014

Immer etwas Neues – Selektiv-Verträge u.a.

des bvkj e.V., in Verden

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

20. September 2014

Jahrestagung des LV Sachsen

des bvkj e.V., in Dresden

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

Oktober 2014

11.–15. Oktober 2014

42. Herbst-Seminar-Kongress

„Infektiologie“

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

13.–18. Oktober 2014

Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen in Bad Orb

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-26, Fax: 0221/68909-78 (bvkj.kongress@uminfo.de)

22. Oktober 2014

Immer etwas Neues – Selektiv-Verträge u.a.

des bvkj e.V., in Herdecke

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel.: 0221/68909-26/16, Fax: 0221/68909-78 (bvkj.kongress@uminfo.de)

November 2014

1. November 2014

Jahrestagung des LV Niedersachsen

des bvkj e.V., in Verden

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

5. November 2014

Immer etwas Neues – Selektiv-Verträge u.a.

des bvkj e.V., in Nürtingen/Stuttgart

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel.: 0221/68909-26/16, Fax: 0221/68909-78 (bvkj.kongress@uminfo.de)

7.–9. November 2014 (Teil 1) und

23.–25. Januar 2015 (Teil 2)

Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen in Freiburg

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-26, Fax: 0221/68909-78 (bvkj.kongress@uminfo.de)

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

Eine große Milz hatte niemand...

In „Die Gedanken eines Ketzers“ unter dem Titel „Der Arzt und seine Sendung“ schreibt Erwin Liek aus Danzig bereits 1926 über die Läuterung des jungen Arztes am Beginn seiner Laufbahn, den Übergang in die Kassenarztpraxis und über den Wissenschaftsbetrieb. Und er teilt aus. Wie aktuell sind seine Gedanken heute noch?

Die erste Sprechstunde... war wieder eine gewaltige Enttäuschung... Nun kam es etwas anders, als ich erwartete.... Trotz aller Anstrengungen gelang es mir nicht, an Stelle der verschwommenen Beschwerden die exakte klinische Diagnose zu setzen; eine große Milz hatte niemand. Jeder aber wollte vor allen Dingen wissen, was ihm fehlte. Ähnlich ging es mir bei Besuchen. Ich merkte den gewaltigen Unterschied zwischen der Arbeit des Klinikers und der des praktischen Arztes. Hier gab es keine tagelange Beobachtung, keine Laboratorien, keine Hilfsuntersuchungen durch ein Heer von Assistenten, sondern hier hieß es sofort entscheiden und handeln. Ich fühlte auch, was der Kranke von seinem Arzt will... sondern zunächst einmal Rat und Hilfe wie sie der Mensch in Not von einem Mitmenschen, zu dem er Vertrauen hat, erwartet.

Kaum zu glauben, aber hier schreibt kein junger Arzt des 21. Jahrhunderts. Erwin Liek hat sich vor etwas weniger als 100 Jahren als Arzt niedergelassen. Seine Erfahrungen klingen für uns Heutige aber immer noch überraschend aktuell. Da ist der holprige, weil unvorbereitete Übergang in die Praxis. Für exakte Diagnosestellung bleibt nur selten Zeit. Stattdessen stehen Beschwerde- und Symptomenkomplexe im Vordergrund. Hat sich etwa in 88 Jahren nichts getan? Zumindest ist in den letzten Jahren die pädiatrische Versorgungsforschung zu einer nüchternen Einstellung gegenüber Vorstellungsanlässen gelangt. Immerhin ein kleiner Fortschritt.

Sicherlich nicht an Aktualität verloren haben die Bemerkungen zur Haltung von Klinikern gegenüber dem niedergelassenen Landarzt - und dessen Ärger über die Arroganz der Klinikler:

Ich habe mich immer schwer geärgert, wenn die Assistenten der großen Kliniken und Krankenhäuser hochmütig auf dem Landarzt herab sehen, im wohlingerichteten Laboratorium und Röntgenzimmer die Diagnose bemängeln, im Operationsaal sich aufhalten über die nicht rechtzeitig erfolgte Einlieferung des Kranken usw. Jedem Facharzt, besonders jüngeren Kollegen, rate ich dringend, ihren Urlaub zu einer Vertretung auf dem Lande oder in der Kleinstadt zu benutzen. Vom künftigen Hochschullehrer sollte der Nachweis verlangt werden, dass er ein Jahr lang Landpraxis getrieben hat.

Wenn Liek über die Massenabfertigung in der Praxis, über Erholung, neudeutsch Work-Life-Balance des Arztes und zur Überregulierung des Gesundheitswesens schreibt, klingt er geradezu beängstigend aktuell:



Es leiden die Fähigkeit und der Wille des Arztes, gewissenhaft zu untersuchen und sorgsam zu behandeln. ...Der Massenbetrieb lässt dem Arzt weder Zeit zur Weiterbildung noch zur Erholung. Kommt hinzu, dass außer der Abfertigung der Kranken eine Unmasse von Schreibearbeiten zu erledigen ist. Zwischen Arzt und Kranken erheben sich immer höhere Berge Papier, fluten immer breitere Ströme Tinte, in denen schließlich jede Freude an der Arbeit erstickt.... Unsere ärztliche Arbeit ist ganz auf die Persönlichkeit eingestellt. Eine Akkordarbeit, wie Sie unsere Kassenärzte betreiben müssen, ist mit dem Wesen des Arztes unvereinbar.

Erwin Liek übt auch Kritik an den Kapriolen und der Bestechlichkeit des Wissenschaftsbetriebes. Wir Praxispädiater können seine beißende Ironie gut nachvollziehen, wenn wir an unsergegenwärtiges Wissensmanagement denken, zum Beispiel daran, dass den Praxispädiatern der Zugang zu elektronischen Zeitschriftenbibliotheken der UBs systematisch verwehrt bleibt, so dass uns nichts anderes bleibt, als das Verwässerte und die Pharmapostillen zu lesen, die unbestellt ins Haus flattern - wohl in der Annahme, dass wir eh keine Zeit haben, wirklich anspruchsvolle Literatur zu unserem Fachgebiet zu lesen.

An sich könnte diese ungeheure wissenschaftliche Produktion als ein recht gutes Zeichen geistigen Aufschwung und eines hohen Kulturstandes gelten, und so lesen wir ja auch oft genug in Festschriften und Jubiläumsreden. In Wirklichkeit liegen die Dinge aber doch ganz anders. Um es kurz zu sagen, die eine Hälfte dieser Arbeiten, die geschrieben werden, ist überflüssig und die andere zum überwiegenden Teilebarer Unsinn. Daneben stoßen wir doch immer wieder auf die Überschätzung wissenschaftlicher Arbeit und auf die Verdrängung des Arztes durch den Mediziner.

Jetzt bin ich endlich soweit, dass die unerschütterliche Wichtigkeit, mit der Plattheiten vorgetragen werden, mich nicht mehr zu Boden drückt, dass der Weihrauch der zu Ehren der eigenen Person und der Fürsten der Wissenschaft verbrannt wird, mich nicht mehr betäubt. Man muss auch Kongresse, wenigstens vieles auf Kongressen nicht allzu ernst nehmen.

Ich weise vor allen Dingen auf die Empfehlung der zahllosen neuen Heilmittel, die unsere pharmazeutische Großindustrie ununterbrochen auf den Markt wirft. ... Bei vielen hat man durchaus den Eindruck, dass hier eine bezahlte Feder geschrieben hat, bei andern wieder den Eindruck völliger Kritiklosigkeit.

Auch einen Hinweis auf die dringend nötige Praxis-Forschung schickt uns Liek aus der Vergangenheit. Offenbar flossen auch schon vor einem Jahrhundert die Geldströme zu 99 Prozent in die klinisch orientierte Grundlagenforschung:

Es ist bedauerlich, dass die Praktiker so wenig von ihren Erfahrungen mitteilen. ... Ich habe den Eindruck, es lassen sich die Ärzte auch hier von den Schreibern an die Wand drücken. Ich selbst kenne eine ganze Anzahl von praktischen Ärzten, die über alle Gaben verfügen, die einen ärztlichen Schreiber zieren: Wissen, Erfahrung, Urteilkraft, Belesenheit, Selbstbescheidenheit. Was könnten sie uns nicht alles berichten?

Ich denke an einen bestimmten Fall: Ein junger Arzt mit guter Vorbildung gutem Wissen und zweifellos auch mit den Eigenschaften des Arztes begabt, lässt sich nieder - nach kurzer Zeit sieht er sich, nach seinen eigenen Worten vor den Entschluss gestellt, Arzt zu bleiben oder Kassenlöwe zu werdend, die Kranken, die ihn aufsuchen so zu untersuchen und so zu behandeln wie Klinik und ärztliches Gewissen ihm vorschreiben oder aber Massenbetrieb zu machen. Also entschließt sich der Kollege zu dem zweiten Wege und wird Kassenlöwe. Nach einiger Zeit trifft ihn ein befreundeter Arzt auf der Straße. „Was macht die Praxis?“ „Rasend zu tun und in der letzten Woche war sogar ein Kranker darunter...“

Gottfried Huss
79618 Rheinfelden
E-Mail: grhuss@t-online.de

Red: ReH



Geburtstage im Juli 2014

65. Geburtstag

Herr Dr. med. Werner Küstermann, Veitshöchheim, am 01.07.
Frau M.D. (Toronto) Beate Huber, Bonn, am 02.07.
Herr Prof. Dr. med. Heribert Jürgens, Münster, am 03.07.
Herr Dr. med. Rudolf Koch, Lampertheim, am 05.07.
Herr Dr. med. Ladislaus Hochschau, Regensburg, am 06.07.
Frau Dr. med. Marta Szabo, Pforzheim, am 09.07.
Herr Dr. med. Ulrich Soergel, Stadthagen, am 09.07.
Herr Dr. med. Hans-D. Schweder, Göppingen, am 09.07.
Herr Dr. med. Franz Mühlbert, Schwetzingen, am 15.07.
Frau Dr. med. Marion Schüler, Peitz, am 15.07.

Frau Dr. med. Eva Ross, Fahrenzhausen, am 17.07.
Herr Dr. med. Hermann Reitemeyer, Bad Salzuflen, am 17.07.
Frau Dipl. Med. Renate Wey, Wasungen, am 18.07.
Frau Dr. med. Petra Hirsemann, Schwielowsee, am 20.07.
Herr Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid, Altötting, am 22.07.
Herr Dr. med. Manfred Steiner, Tarmstedt, am 22.07.
Frau Dr. med. Irmhild Richter, Hanau, am 24.07.
Herr Georg Hiller, Memmingen, am 25.07.
Frau Dr. med. Ulrike Beck, Essen, am 31.07.
Frau Brigitte Kempf-Aymanns, Haslach, am 31.07.
Frau Dr. med. Hannelore Heuchert, Hamburg, am 31.07.

70. Geburtstag

Herr Dr. med. Thomas Textor, Oldenburg, am 01.07.
Frau Dr. med. Johanna Marklein, Bonn, am 05.07.
Herr Dr. med. Wolfram Janke, Hamburg, am 05.07.

Frau Ingetraud Schneider, Spremberg, am 05.07.
Herr Dr. med. Armin Neugebauer, München, am 06.07.
Herr Dieter Brendel, Hamburg, am 07.07.
Frau Dr. med. Sigrun Rehfeld, Salzatal, am 08.07.
Frau Dr. med. Gabriele Löffler, Zwickau, am 08.07.
Herr Dr. med. Fokko de Boer, Bremen, am 09.07.
Frau Dr. med. Ulrike Ludwig, Ludwigshafen, am 13.07.
Herr Dr. med. Werner Strahl, Essen, am 13.07.
Herr Albrecht Jungck, Sankt Augustin, am 13.07.
Frau Antje Gerlich-Hänßle, Kiel, am 14.07.
Frau Dr. med. Christine Vorndran, Sonneberg, am 15.07.
Herr Dr. med. Uwe Goering, Pegnitz, am 16.07.
Herr Dr. med. Martin-Peter Floehr, Eschweiler, am 16.07.
Herr Dr. med. Gunther Greger, München, am 23.07.
Herr Dr. med. Karl-Heinz Walther, Frankfurt, am 23.07.

Herr Dr. med. Wolfgang *Vöhl*,
Wittlich, am 29.07.
Herr Jacek Andrzej *Biesik*,
Bad Bentheim, am 29.07.

75. Geburtstag

Frau Inge *Doehner*,
Chemnitz, am 01.07.
Frau Dr. med. Helga *Kirchmeyer*,
Gelsenkirchen, am 02.07.
Frau Dr. med. Ebba *Müller*,
Mühlhausen, am 03.07.
Herr Dr. med. Gerhard *Thomas*,
München, am 05.07.
Herr Dr. med. Klaus *Hofmann*,
Lichtenau, am 05.07.
Herr Dr. med. Ismat *Al-Rebaie*,
Weilburg, am 14.07.
Frau Dr. med. Dorothee *Flessa*,
Erlangen, am 17.07.
Herr Dr. med. Klaus *Dvorak*,
Nordhausen, am 17.07.
Frau Dr. med. Edith *Wollgast*,
Dresden, am 19.07.
Herr MR Dr. med. Roland *Müller*,
Hartmannsdorf, am 22.07.
Herr Dr. med. Wolfgang *Pintgen*,
Geretsried, am 24.07.
Herr Dr. med. Digambar *Bidde*,
Nordenham, am 25.07.
Frau Ingrid *Voigt*,
Gotha, am 31.07.

80. Geburtstag

Herr Dr. med. Johann August *Ermert*,
Mainz, am 08.07.
Frau Dr. med. Ingeborg *Lübeck*,
Hannover, am 18.07.

82. Geburtstag

Frau Dr. med. Gisela *Schmitz*,
Düsseldorf, am 26.07.
Herr Dr. med. Werner *Schultze*,
Berlin, am 31.07.

83. Geburtstag

Herr Dr. med. Adolf *Apel*,
Heilbad Heiligenstadt, am 03.07.
Frau Ingeborg *Wessollek*,
Bad Lippspringe, am 08.07.
Herr Prof. Dr. med. Helmut *Helwig*,
Freiburg, am 21.07.
Herr Dr. med. Dirck *Heye*,
Siegen, am 25.07.

84. Geburtstag

Frau Dr. med. Brigitte *Geschöll-Bauer*,
Freiburg, am 21.07.
Frau Dr. med. Erika *Bernhardt*,
Essen, am 25.07.
Frau Dr. med. Annemarie *Brenner*,
Herten, am 30.07.

85. Geburtstag

Herr OMR Dr. med.
Friedrich-Ludwig *Schlesinger*,
Berlin, am 21.07.
Herr Dr. med. Wolf *Schenck*,
Freiburg, am 21.07.

86. Geburtstag

Herr Dr. med. Albrecht *Neumann*,
Leverkusen, am 08.07.
Herr Prof. Dr. med.
Hans-Martin *Weinmann*,
Straßlach-Dingharting, am 17.07.

88. Geburtstag

Herr Prof. Dr. Michael *Hertl*,
Mönchengladbach, am 05.07.

Frau Dr. med. Hannelore *Witte*,
Hannover, am 15.07.

91. Geburtstag

Frau Dr. med. Rudgild *Haschke*,
Passau, am 06.07.

92. Geburtstag

Herr Dr. med. Peter *Stöhr*,
Aachen, am 19.07.

93. Geburtstag

Herr Doz. Dr. med. habil. Hans
Mannkopf, Detmold, am 10.07.

94. Geburtstag

Herr Dr. med. Rolf *Steinhilber*,
Augsburg, am 10.07.

95. Geburtstag

Frau Dr. med. Erika *Maneke*,
Hannover, am 16.07.

98. Geburtstag

Frau Dr. med. Annemarie *Gebhard*,
Hamburg, am 24.07.

Wir trauern um:

Frau Dr. Anna Helmine *Frank*,
Wertingen
Frau Dr. Marianne *Groll*,
Frankfurt/Main
Herrn Dr. Volker *Klewinghaus*,
Hamminkeln
Herrn Dr. Heinz *Kohler*,
Ermatingen, SCHWEIZ
Frau Dr. Maren *Langer*, Bönningheim
Herrn Dr. Ulrich *Schmidt-Riese*,
Tübingen

Als neue Mitglieder begrüßen wir



Landesverband Baden-Württemberg

Frau Dr. med. Birgit *Reisen*
Frau Dr. med. Iris *Smekal*



Landesverband Mecklenburg-Vorpommern

Herrn Dr. med.
Timothy David *Rees Howell*
Frau Katrin *Manzke*



Landesverband Saarland

Frau Dr. univ. med.
Sylvia *Peterlini*



Landesverband Bayern

Frau Dr. med.
Elisabeth *Beckenbach*
Herrn Dr. med. univ.
Florian *Epple*
Herrn Dr. med. Johannes *Stoffels*



Landesverband Niedersachsen

Frau Dr. med. Viola *Derichs*



Landesverband Sachsen

Herrn Felix *Donnerhack*
Frau Cornelia *Dorn*
Herrn Dr. med. Ulrich *Tribukait*



Landesverband Nordrhein

Herrn Dr. med. Alexander *Abel*
Herrn Dr. med. Nils *Hofmann*
Frau Hiltrud *Kleine-Eggebrecht*
Frau Dr. med. Stefanie *Simon*
Frau Dr. med.
Mirjam *Ungerechts*



Landesverband Sachsen-Anhalt

Frau Berit *Juhász*



Landesverband Hessen

Frau Stephanie *Groß*
Frau Dr. med.
Simona *Kloft Zitnik*



Landesverband Schleswig-Holstein

Frau Dr. med. Christine *Schweda*

Sechsfach-Impfung

Infanrix hexa® – für einen guten Start ins Leben

Die Sechsfach-Kombinationsimpfung für das Säuglingsalter ist eine Standard-Impfung. Seit mehr als 13 Jahren erzielen Pädiater mit Infanrix hexa® großartige Erfolge und ermöglichen ihren Schützlingen den Start in ein gesundes Leben. Inklusiv der klinischen Prüfphase liegen

Erfahrungen aus einem Zeitraum von 15 Jahren vor. Bisher konnten in über 100 Ländern Säuglinge mit über 100 Millionen verimpften Dosen Infanrix hexa® geschützt werden. Ein qualitativ hochwertiger Impfstoff, der seit Jahren sicher und gut verträglich ist und zum Wohl der Kleinsten eingesetzt wird. Dies schafft Vertrauen, so dass auch zukünftig mit gutem Gefühl weitere Generationen geimpft werden können.

Bewährt und hoch modern

Auf die Mischung kommt es an! Die gute klinische Erfahrung mit Infanrix hexa® basiert auf der vorhandenen Präsentation, bei der die DTPa-HepB-IPV-Suspension in einer Fertigspritze getrennt von der lyophilisierten Hib-Komponente gelagert wird. Dadurch ist die Stabilität der Komponenten gewährleistet. Neue Stabilitäts-

daten zeigen sogar: Die Impfstoff-Komponenten sind bei Temperaturen bis 25°C für 72 Stunden stabil.¹ So kann man auch bei möglichen Temperaturschwankungen (beispielsweise bei Stromausfall) gewiss sein, dass der Impfstoff stabil und sicher ist.

Mischen heißt also: Bestmöglicher Schutz gegen alle sechs Krankheiten, und das bei Stress-freiem Impfen – für alle Beteiligten: Eltern, Impflinge und Arzt. Es zählen vor allem einfache Applizierbarkeit und gute Verträglichkeit. Durch Vertrauen in ein Stress-freies Impfen und einen bestmöglichen Schutz festigt sich die Arzt-Patienten-Bindung. Gemeinsam mit den Eltern kann der Kinderarzt seine Schützlinge so in eine gesunde Zukunft begleiten.

Literatur:

¹ FI Infanrix hexa, Stand März 2014.

Mit freundlicher Unterstützung von GSK, München



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

Goldgeist forte mit Prädikat getestet

Goldgeist forte mit natürlichem Pyrethrumextrakt ist zur Behandlung von Kopflausbefall geeignet. Das ist das Ergebnis einer Bewertung von 10 Pedikuloziden, welche die Stiftung Warentest vorgenommen und im Mai 2014¹ aktualisiert hat. Ohne Einschränkung geeignet sind nach dieser Bewertung nur ein pyrethrum- sowie ein pyrethroidhaltiges Kopflaus-Arzneimittel.

Nach den Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts (RKI) muss jeder Kopflausbefall umgehend und konsequent mit einem zugelassenen Insektizid behandelt werden. Zehn aktuell auf dem Markt befindliche Kopflauspräparate hat die Stiftung Warentest¹ bewertet, darunter drei Arzneimittel und sieben Medizinprodukte. Ohne Einschränkung geeignet sind danach nur ein pyrethrum- sowie ein pyrethroidhaltiges Arzneimittel. Sie „vernichten Läuse mitsamt ihren Larven meist schnell und zuverlässig und sind deshalb zur Behandlung geeignet“, so die Stiftung Warentest. Goldgeist forte ist dabei das einzige Kopflausmittel in Deutschland mit natürlichem Pyrethrum. Es besteht aus sechs wirksamen Pyrethrinestern, die aus getrockneten Chrysanthemenblüten extrahiert und aufgereinigt werden. Pyrethrum hat die positive Eigenschaft, dass es unter Licht und Sauerstoffeinfluss schnell abgebaut wird, sodass nach dem Auswaschen keine insektiziden Reste im Haar verbleiben. Auf diese Weise ist das Risiko für unerwünschte Wirkungen geringer, wie Stiftung Warentest in ihrer Beurteilung schreibt.



Für andere Kopflausmittel wie zum Beispiel solche mit Kokosöl, Dimeticon oder anderen Kombinationen benennt die Stiftung Warentest verschiedene Nachteile, die es nach deren Beurteilung noch nicht erlauben, die entsprechenden Mittel für eine breite Anwendung zu empfehlen. Wegen ihrer physikalischen Wirkung sind sieben der getesteten Medikamente nicht als Arzneimittel, sondern als Medizinprodukte im Handel. Für sie gelten andere gesetzliche Bestimmungen. Diese „machen es bei arzneimittelähnlichen Medizinprodukten deutlich schwieriger, die therapeutische Wirksamkeit zu beurteilen, als bei Arzneimitteln, die bei den gleichen Indikationen eingesetzt werden“, heißt es bei Warentest.² Auch verweist die Stiftung darauf, dass Untersuchungen aus dem Ausland, die beispielsweise Dimeticon mit Pyrethrum-ähnlichen Läusemitteln vergleichen, auf hiesige Verhältnisse gar nicht ohne weiteres übertragbar seien.

Studien aus dem Ausland nicht übertragbar

In dem in Deutschland zugelassenen Goldgeist forte wird Pyrethrum mit dem Antioxidans Piperonylbutoxid (PBO) synergisiert. PBO hemmt die enzymatische Aktivität der Oxydasen, durch die im Lausorganismus die arzneilich wirksamen Pyrethrine abgebaut werden. Dieser Synergieeffekt verstärkt die Wirksamkeit von Goldgeist forte und erschwert die Resistenz-

bildung. Dies erklärt möglicherweise auch, warum im Ausland vielfach Resistenzen beobachtet werden, jedoch primär gegenüber synthetischen Pyrethroiden, während sie in Deutschland keinen Einfluss auf den Behandlungserfolg zu haben scheinen. Die Wirksamkeit von Goldgeist forte bei resistenten Läusen wurde zuletzt in einer Studie der Universität Kiel nachgewiesen.³ Untersuchungsergebnisse aus dem Ausland können somit durch Resistenzen beeinträchtigt sein, wenn die dort getesteten Pyrethrum- oder Pyrethroid-haltigen Kopflausmittel nicht der deutschen Zulassung entsprechen. Vorliegende Vergleichsstudien zu Dimeticon-haltigen Medizinprodukten kommentiert die Stiftung Warentest folgerichtig: „Mit den bisher vorliegenden Daten bleibt unklar, ob die Mittel hierzulande an die Wirksamkeit der chemischen Insektizide heranreichen.“

Weitere Informationen zum Thema Kopflausbefall: www.kopflaus.de.

Quellen:

- 1 Stiftung Warentest, Produktfinder Läusebefall, veröffentlicht am 1. Mai 2014 auf www.test.de
- 2 Stiftung Warentest, Medizinprodukte, veröffentlicht am 21. Mai 2013 auf www.test.de
- 3 The New England Journal of Medicine, January 2011, 386-387.

Nach Informationen von
EDUARD GERLACH GmbH, Lübecke



HPV-Impfraten durch vereinfachtes Impfschema steigern

Nachweislich kann die HPV-Impfung mit Gardasil® wirksam und langfristig vor dem Zervixkarzinom und Genitalwarzen schützen. Dennoch ist die Impfrate bei Mädchen in Deutschland mit 40 Prozent zu niedrig¹. Nationale Impfprogramme, wie beispielsweise in Australien und Großbritannien, die zu Impfraten von über 80 Prozent führen, gibt es in Deutschland nicht². Seit März 2014 ist der tetravalente HPV-Impfstoff für ein vereinfachtes Impfschema mit zwei Dosen bei 9- bis 13-jährigen Kindern zugelassen^{3,*}. Dies kann dazu beitragen, die Impfraten in Deutschland zu erhöhen. Warum und wie darüber hinaus Impfanlässe in der Praxis die Impfraten verbessern können, erklärt der Kinder- und Jugendarzt Michael Achenbach aus Plettenberg.



Michael Achenbach

1. Warum ist die HPV-Impfung als empfohlene Standardimpfung wichtig und bewährt?

Seit 2007 empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) die HPV-Impfung, um Neuerkrankungen an Gebärmutterhalskrebs zu reduzieren⁵. Denn eine andauernde Infektion mit den onkogenen HPV-Typen 16 und 18 kann zu Krebsvorstufen am Gebärmutterhals und Gebärmutterhalskrebs führen. Jährlich erkranken in Deutschland ca. 4.600 Frauen neu an dieser Krebserkrankung und ca. 1.500 sterben jährlich an den Folgen⁶. Gebärmutterhalskrebs ist in Deutschland die dritthäufigste Krebserkrankung bei Frauen im Alter von 15 bis 44 Jahren⁷. Diese Zahlen berücksichtigen aber nicht die vielen auffälligen Befunde und Eingriffe, die Frauen durch eine Impfung erspart bleiben könnten. Jährlich werden in Deutschland ca. 90.000 Konisationen durchgeführt⁸. Problematisch für Frauen mit Kinderwunsch: Nach einer Konisation ist das Risiko für eine Frühgeburt deutlich erhöht. Die HPV-Impfung kann aber nicht nur vor den Hochrisiko HPV-Typen schützen. Einer der beiden verfügbaren Impfstoffe ist auch zur Prävention von Genitalwarzen zugelassen, die in 90 Prozent aller Fälle durch die Niedrigrisiko HPV-Typen 6 und 11 verursacht werden. In Deutschland beträgt die Inzidenz der Genitalwarzen 96 bis 301 pro 100.000 Personenjahre⁹. Welchen Nutzen die HPV-Impfung haben

kann, bestätigen Real-Life-Daten aus Australien¹⁰. Das nationale australische Impfprogramm, in dem fast ausschließlich der tetravalente HPV-Impfstoff eingesetzt wurde, führte zu einem fast vollständigen Verschwinden von Erkrankungen an Genitalwarzen bei Frauen unter 21 Jahren.

2. Eine wirksame Präventionsmaßnahme – dennoch liegt die Impfrate bei Mädchen hierzulande nur bei 40 Prozent. Was sind die Gründe dafür?

Zum einen sind strukturelle Gründe verantwortlich für die niedrige Impfrate. Wir haben in Deutschland keine staatlichen Impfprogramme, sondern Impfstrategien, die Ziele und Zuständigkeiten definieren. Im deutschen Rechtssystem wird die individuelle Impfentscheidung sehr hoch geschätzt und in die Hände des Einzelnen gelegt. Hinzu kommen individuelle Gründe, warum sich Jugendliche nicht impfen lassen. Sie sind häufig uninformiert oder fehlinformiert. Auch spielt Angst vor der Impfung selbst oder vor Impfkomplicationen eine Rolle. Zudem nehmen sich junge Menschen als sehr gesund wahr. Prävention ist für sie kein Anlass, um den Arzt in Anspruch zu nehmen. Jugendliche gehen zum Arzt, wenn sie krank sind. In ihren Augen ist der Arzt kein *Gesunderhalter* sondern ein *Gesundmacher*. Ein letzter, nicht unwesentlicher Grund ist das Thema Zeit. Arztbesuche rauben wertvolle Zeit, die sie lieber mit ihren Freunden oder Hobbys verbringen.

3. Wenn Prävention für viele Jugendliche nicht relevant ist, wie gewährleisten Sie, dass die Impftermine eingehalten werden?

In meiner Praxis handhabe ich das so, dass ich beispielsweise die Auffrischimpfung gegen Tetanus, Diphtherie und Pertussis ab fünf Jahren als *Schulimpfung* ausweise. Die Auffrischimpfung gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis und Polio ab neun bis 17 Jahren wird bei mir als *weiterführende Schulimpfung* bezeichnet. Damit definiere ich für die Eltern und Jugendlichen einen klaren Zeitpunkt, den es einzuhalten gilt. So könnten wir es auch mit der HPV-Impfung organisieren.

4. Klare Impfzeitpunkte definieren und festlegen – was ist Ihrer Meinung nach noch wichtig, um die HPV-Impfquote zu steigern?

Meiner Meinung nach wäre es ein entscheidender Vorteil, die HPV-Impfung ab neun Jahren zu empfehlen. In diesem Alter werden die Patienten vom Kinder- und Jugendarzt betreut. Die U11 ist mittlerweile gut etabliert und wäre ein passender Zeitpunkt für den Beginn der HPV-Impfung. Zudem hätte das Impfalter ab neun Jahren noch einen weiteren Vorteil: Die Impfung wird vom Thema Sex entkoppelt. Bei einem deutlich früheren Impfalter stünde der Übertragungsweg nicht mehr im Fokus, sondern die HPV-Impfung als empfohlene und sichere Standardimpfung. Darüber hinaus wissen wir, dass ein junges Immunsystem deutlich besser auf die Impfung anspricht.

* Der bivalente HPV-Impfstoff ist seit Dezember 2013 für ein 2-Dosen-Schema bei 9- bis 14-jährigen Mädchen zugelassen⁴.

5. Was kann ein vereinfachtes HPV-Impfschema mit zwei Dosen zur Steigerung der Impfrate leisten?

Die Zulassungsstudie zeigte, dass die Antikörperkonzentrationen bei 9- bis 13-jährigen Mädchen nach einer 2-Dosen-Impfserie verglichen mit den Werten bei 16- bis 26-jährigen Frauen nach einer 3-Dosen-Impfserie nicht unterlegen sind¹¹. Mit einem 2-Dosen-Schema können also vergleichbare Antikörperkonzentrationen aufgebaut werden. Ich bin mir sicher, dass diese Vereinfachung von den Patienten und Eltern gut akzeptiert wird. Die einzige Herausforderung dabei ist, dass der letzte Impftermin nach sechs Monaten nicht untergeht.

6. Wie stellen Sie sicher, dass Patienten nach sechs Monaten den letzten Impftermin wahrnehmen?

Bei der J1 gibt es zwei Impfstrategien: *Complete First* oder *Start First*. Bei *Complete First* schließt der Pädiater zuerst begonnene Impfserien ab, bevor er mit einer neuen startet. Eine logische Konsequenz daraus ist, dass die HPV-Impfung nach hinten verschoben wird. In meiner Praxis favorisiere ich die Strategie *Start First*. Ich strebe den Beginn der HPV-Impfung bei Jugendlichen an, die bei mir zur Jugendgesundheitsuntersuchung erscheinen. Die Zeiträume zwischen den HPV-Impfterminen nutze ich dann, um bereits begonnene Impfserien anderer Standardimpfungen abzuschließen. Mit Hilfe einer kurzen Abfrage meiner Praxis-EDV kann ich sehen, welcher meiner Patienten wann seinen ersten Impfter-

min hatte und wann der nächste Termin aussteht. Mittels Recall erinnere ich an den nächsten Impftermin. Da der Patient die Impfserie bereits begonnen hat (konkluentes Verhalten), ist für die Erinnerung an weitere Impftermine keine ausdrückliche schriftliche Einwilligung erforderlich.

Müssen Patienten einem passiven Impf-Recall zustimmen?

Laut Institut für medizinische Information (IMI) müssen Patienten einem Impf-Recall nicht aktiv zustimmen, wenn für eine vollständige Immunisierung mehrere Impfungen erforderlich sind¹². Eine ausführliche Begründung kann im Impfbrief online nachgelesen werden: http://www.impfbrief.de/docs/Impf-recall_zulaessig.pdf.

7. Ein Blick in die Zukunft: Zu welchem Stellenwert kann das 2-Dosen-Schema der HPV-Impfung in der Pädiatrie verhelfen?

Das Ziel, die Impfraten zu erhöhen, wird mit einem 2-Dosen-Schema einfacher zu erreichen sein. Einfacher für den Patienten, da er nur zwei Termine einhalten und nur zwei Spritzen *aushalten* muss. Einfacher für die Praxis, da nur zwei Termine koordiniert und vermittelt werden müssen. Und für das gesamte Gesundheitssystem ist damit eine finanzielle Entlastung verbunden. In Kombination mit einer Empfehlung ab neun Jahren, was ich mir für die Zukunft wünschen würde, sehe ich eine große Chance, die Impfraten deutlich zu verbessern.

2-Dosen-Impfschema für tetravalenten HPV-Impfstoff zugelassen

Die Zulassung des 2-Dosen-Schemas mit dem tetravalenten HPV-Impfstoff durch die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) wurde im März 2014 auf Grundlage einer kanadischen Studie von Dobson et al. erteilt¹¹:

- Bei der Studie handelt es sich um eine randomisierte Immunogenitätsstudie der Phase III mit 830 Mädchen und Frauen.
- Die Studie hatte drei Arme:
 - Mädchen im Alter von 9 bis 13 Jahren, die 3 Dosen des tetravalenten HPV-Impfstoffs erhielten (0, 2 und 6 Monate, n = 261).
 - Mädchen im Alter von 9 bis 13 Jahren, die 2 Dosen des tetravalenten HPV-Impfstoffs erhielten (0 und 6 Monate, n = 259).
 - Junge Frauen im Alter zwischen 16 und 26 Jahren, die 3 Dosen des tetravalenten HPV-Impfstoffs erhielten (0, 2 und 6 Monate, n = 310).
- Es konnte gezeigt werden, dass die Antikörperkonzentrationen mit einem vereinfachten Impfschema (0, 6 Monate) bei 9- bis 13-jährigen Mädchen verglichen mit dem 3-Dosen-Schema (0, 2, 6 Monate) bei 16- bis 26-jährigen Frauen nicht unterlegen sind.
- Diese Ergebnisse konnten auch drei Jahre nach der Impfung bestätigt werden.

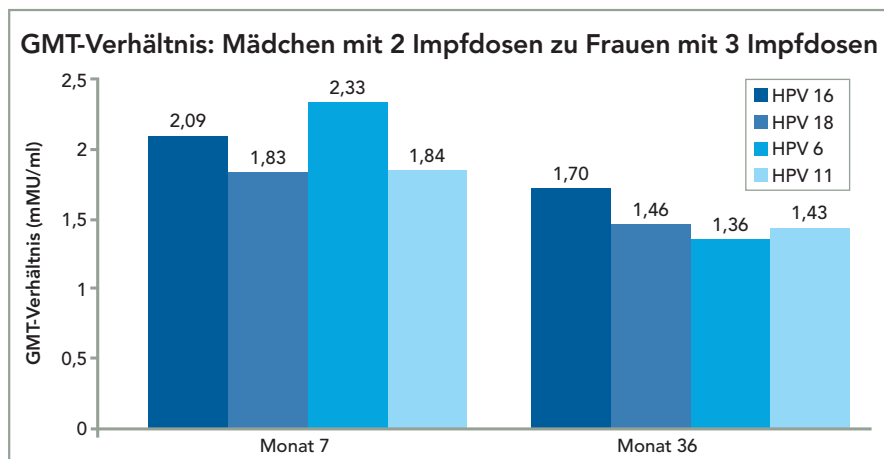


Abb. 1: Darstellung der Antikörperkonzentrationen (GMT) bei Mädchen (2 Dosen, 9-13 Jahre) und Frauen (3 Dosen, 16-26 Jahre) als Verhältniswert (Per-Protokoll-Population). Die Konzentrationen bei Frauen dienen jeweils als Referenzwert.

Nach Dobson et al.¹¹

Literatur:

- 1 RKI. KiGGS – Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. 2013.
- 2 Gertig et al. Sex Health 2011; 8:171-8.
- 3 Sanofi Pasteur MSD. Fachinformation Gardasil*. Stand März 2014.
- 4 GlaxoSmithKline. Fachinformation Cervarix*. Stand Dezember 2013.
- 5 STIKO. Epidemiologisches Bulletin 2013; 34: 315-316.
- 6 Zentrum für Krebsregisterdaten. http://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Gebaermutterhalskrebs/gebaermutterhalskrebs_node.html. Letzter Zugriff 15.05.2014.
- 7 WHO. Human Papillomavirus and related cancers diseases report Germany. 2013.
- 8 Kühn. Der Pathologe 2011; DOI 10.1007/s00292-011-1480-9: 1-9.
- 9 Kraut et al. BMC Infectious Diseases 2010; 10:360.
- 10 Read et al. Sex Transm Infect 2011; 87 (7): 544-7.
- 11 Dobson et al. JAMA 2013; 309 (17): 1 793-802.
- 12 Impfbrief. Impfrecall – Informationspapier zur Rechtslage. http://www.impfbrief.de/docs/Impf-recall_zulaessig.pdf. Letzter Zugriff 15.05.2014.

Mit freundlicher Unterstützung der Sanofi Pasteur MSD GmbH, Leimen

DE02156



Babyhaut pflegen: Windeldermatitis vorbeugen

Empfindliche Babyhaut

Babyhaut ist weniger widerstandsfähig als die Haut von Erwachsenen. Sie ist nur etwa ein Fünftel so dick, die Hornschicht ist geringer ausgeprägt und Talg- und Schweißdrüsen sondern kaum Sekret ab. Besonders am Po wird Babyhaut besonders beansprucht und etwa 2/3 aller Säuglinge leiden mindestens einmal an Windelausschlag.¹ Die Haut am Po ist gereizt bis stark entzündet, manchmal auch geschwollen, Bläschen bilden sich, die Haut kann nassen und schuppen.

Windeldermatitis entsteht meist, wenn die Windel nicht oft genug gewechselt wird oder schlecht sitzt und an der Haut reibt. In der Windel entsteht ein feuchtwarmes Klima, in dem die Haut der hautreizenden Mischung aus Urin und Stuhl ausgesetzt ist. Aber auch Durchfallerkrankungen oder bestimmte Nahrungsmittel können eine Windeldermatitis auslösen.

Prävention von Windeldermatitis

Um Windeldermatitis vorzubeugen, sollte die Windel schnellstmöglich nach dem Stuhlgang gewechselt werden. Hierbei sollte die Haut mit klarem, warmem Wasser gereinigt und anschließend gründlich, aber schonend abgetrocknet werden. Darüber hinaus kann die zarte Babyhaut mit dem Multilind® Wickelspray gepflegt und geschützt werden: Nach der gründlichen Reinigung wird es vorbeugend



Multilind® Wickelspray ist ein Medizinprodukt und nur in der Apotheke erhältlich.

hygienisch auf den Babypo gesprüht. Bei Bedarf lässt es sich sehr leicht verteilen.

Der Inhaltsstoff Zinkoxid trocknet die Haut ab, lindert

Juckreiz, wirkt entzündungshemmend und bremst die Vermehrung von Bakterien. Nach dem Auftragen bilden die Inhaltsstoffe einen Schutzfilm auf der Haut, der sie vor hautreizenden Substanzen in Stuhl oder Urin schützt. So wird Windeldermatitis und Hautreizungen vorgebeugt. Das Wickelspray kann bei Bedarf mehrmals täglich angewendet werden. Es enthält weder Konservierungsstoffe noch Farbstoffe, Parabene oder Duftstoffe. Daher ist das Multilind® Wickelspray besonders sanft in der Anwendung und gut verträglich.

Pilzinfektionen vermeiden und behandeln

Eine Windeldermatitis ist nicht nur schmerzhaft, sie macht die Haut auch durchlässig für Bakterien und Pilze. Wenn die Entzündung hartnäckig bestehen bleibt oder gerötete Papeln auf der wunden Haut entstehen, kann dies Anzeichen für eine Pilzinfektion sein.



Multilind® Heilsalbe lässt sich sanft und schmerzlos auftragen, stoppt den Juckreiz und hemmt die Entzündung

Antimykotika wie die Multilind® Heilsalbe mit Nystatin und Zinkoxid können diese Superinfektion sowohl verhindern als auch heilen. Der Wirkstoff Nystatin dient zur Vorbeugung und Behandlung von Infektionen der Haut mit Hefepilzen (z. B. *Candida albicans*). Zinkoxid eignet sich zur Behandlung entzündlicher und nässender Hautveränderungen mit oder ohne bakterielle Infektion.

¹ Fritsch, P. Dermatologie und Venerologie.
² überarbeitete Auflage. Springer, 2004.

Nach Informationen der STADA GmbH,
Bad Vilbel

Pierre Fabre erhält EU-Zulassung für Hemangiol® als erste und einzige zugelassene Therapieoption für Kinder mit proliferativem infantilem Hämangiom

Die Laboratoires Pierre Fabre haben von der Europäischen Arzneimittel-Agentur EMA die Marktzulassung für Hemangiol® (Propranolol) erhalten, das nun als erstes und einziges Arzneimittel in seiner Indikation zugelassen ist. Das Anwendungsgebiet ist das „proliferative infantile Hämangiom, bei dem eine systemische Therapie angezeigt ist“. Hemangiol® ist eine speziell für die Anwendung bei Kindern entwickelte Trinklösung. Das Präparat soll zuerst im Juli 2014 in Frankreich auf den Markt gebracht werden, dann ab September 2014 in Deutschland und anschließend nach und nach in den restlichen Ländern Europas. Die spezielle Zulassung für die Pädiatrie (sog. PUMA: Paediatric Use Marketing Authorization) ist erst die zweite ihrer Art, die die EMA seit der Einführung dieser Möglichkeit im Jahr 2007 überhaupt erteilt (für alle Krankheitsbilder zusammengenommen).

Von der Wirkstoffforschung zum Medikament

Die Wirksamkeit von Propranolol bei infantilem Hämangiom wurde 2007 von Dr. Christine Léauté-Labrèze, Dermatologin am Universitätsklinikum Bordeaux, entdeckt. *„12 % aller Hämangiome sind schwere Fälle, die Komplikationen wie eine Obstruktion der Atemwege, Beeinträchtigung des Sehvermögens oder bleibende Entstellung nach sich ziehen können. Doch bisher stand uns keine Behandlungsoption mit zufriedenstellendem Wirksamkeits- und Verträglichkeitsprofil zur Verfügung. Die Marktzulassung schafft nun für die Behandlung einen rechtlichen Rahmen, der den Kindern, ihrem Umfeld und dem verschreibenden Arzt Sicherheit gibt“*, kommentiert Dr. Christine Léauté-Labrèze.

Im Jahr 2009 schlossen die Laboratoires Pierre Fabre eine Partnerschaft mit der Universität von Bordeaux, um diese Entdeckung für Säuglinge mit Hämangiom zugänglich zu machen – unter Rahmenbedingungen, die speziell auf die Behandlung von Kindern zugeschnitten waren. Innerhalb dieser Partnerschaft übernahm Pierre Fabre die pharmazeutische, toxikologische, klinische und industrielle Arzneimittelentwicklung, die unter anderem folgende Schritte umfasste:

- Entwicklung einer geeigneten Formulierung für Kleinkinder – ohne Hilfsstoffe mit bekannten Wirkungen (einschließlich Alkohol und Zucker) und mit Aromatisierung, um die Akzeptanz der Behandlung zu fördern

- Ausrichtung von 3 klinischen Studien, davon eine der Phase II/III, mit 460 teilnehmenden Säuglingen im Alter von 5 Wochen bis 5 Monaten, zur Bestätigung des geeigneten Therapieschemas, der Wirksamkeit und der Verträglichkeit des Präparats
- Konzeption einer Darreichungsform für die sichere und einfache Anwendung, insbesondere mit einer in mg graduierten Spritze für die orale Verabreichung und mit einem nicht abnehmbaren Adapter auf der Flasche
- Industrielle Umsetzung und Herstellung nach geltenden pharmazeutischen Standards, um die Qualität und Reproduzierbarkeit des Arzneimittels zu gewährleisten

„Jedes Jahr werden Tausende Kinder von dieser neuen Behandlungsoption in der pädiatrischen Dermatologie profitieren können, die gezielt für die sichere Anwendung bei Kindern formuliert, entwickelt, geprüft und hergestellt wurde“, erklärt Dr. Jean-Jacques Voisard, Dermatologe und Generaldirektor von Pierre Fabre Dermatologie.

Die Genehmigung der EMA folgt auf die der FDA*, die am 14. März dieses Jahres erteilt wurde – im Juni kommt die identische Arzneimittelspezialität in den USA unter dem Namen Hemangeol® (Propranolol-Hydrochlorid) auf den Markt.

„Die von der US-amerikanischen und der europäischen Behörde erteilten Zulassungen zeugen von der Innovationskraft der Forschung in Frankreich, und sie sind der Lohn für 6 Jahre Arbeit in einer staatlich-privatwirtschaftlichen Partnerschaft zwischen der Universität und der Universitätsklinik von Bordeaux und den Laboratoires Pierre Fabre, mit Unterstützung der Innovationsagentur Aquitaine Science Transfert“, kommentiert Eric Ducourneau, Generaldirektor von Pierre Fabre Dermo-Cosmétique. *„Sie sind die beste Bestätigung und ein großer Ansporn für unsere weitere Forschungsarbeit in den prioritären Bereichen der therapeutischen Innovation unserer Gruppe, nämlich Onkologie, Dermatologie und Neuropsychiatrie“*, erklärt Bertrand Parmentier, Generaldirektorder Laboratoires Pierre Fabre.

„Jedes Jahr werden Tausende Kinder von dieser neuen Behandlungsoption in der pädiatrischen Dermatologie profitieren können, die gezielt für die sichere Anwendung bei Kindern formuliert, entwickelt, geprüft und hergestellt wurde“, erklärt Dr. Jean-Jacques Voisard, Dermatologe und Generaldirektor von Pierre Fabre Dermatologie.

Über das infantile Hämangiom

Das infantile Hämangiom ist die häufigste Tumorart bei Säuglingen. 3–10 % aller Neugeborenen sind davon betroffen. Es handelt sich um einen Gefäßtumor, der in der Regel gutartig und durch die anomale Proliferation von endothelialeem Gewebe gekennzeichnet ist. Die Läsionen sind bei der Geburt meist noch nicht erkennbar, sondern zeigen sich in den ersten 4–6 Lebenswochen. Das infantile Hämangiom ist zwar meist gutartig, doch etwa 12% der Fälle sind schwer und müssen vom Spezialisten behandelt werden. Unter bestimmten Umständen kann ein Hämangiom sogar lebensbedrohlich werden oder bleibende Beeinträchtigungen hinterlassen. Dies kann dann vorkommen, wenn besonders sensible Bereiche betroffen sind (Re-

* FDA: Food and Drug Administration

gion der Augen oder des HNO-Systems). Geschwürbildung ist die häufigste Komplikation (mit einer Inzidenz von 16 %). Weitere wichtige Komplikationen sind Obstruktion der Atemwege, kardiales Risiko und Entstellung. Weiterführende Informationen finden Sie auf der Website www.infantilehemangioma.com

Über Hemangiol®

Hemangiol® (Propranolol-Base) ist eine pharmazeutische Form von Propranolol, die für die pädiatrische Indikation, für die sie entwickelt wurde, gezielt angepasst und geprüft wurde, um möglichst gute Bedingungen für die Anwendung und Verabreichung in dieser Patientengruppe zu schaffen. Die Wirksamkeit von Hemangiol® bei Kindern (im Alter von 5 Wochen bis 5 Monaten zu Beginn der Behandlung) mit proliferativem infantilem Hämangiom, bei denen eine systemische Therapie angezeigt war, wurde in einer adaptiven randomisierten, kontrollierten, multizentrischen Mehrfachdosis-Zulassungsstudie der Phase II/III nachgewiesen.

Wichtige Sicherheitshinweise

Hemangiol® ist kontraindiziert bei Frühgeborenen, die noch nicht das korrigierte Lebensalter von 5 Wochen erreicht haben; bei Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile; bei Asthma oder Bronchospasmen in der Vorgeschichte; bei Bradykardie; bei AV-Block zweiten oder dritten Grades; bei nichttherapeutisch beherrschter Herzinsuffizienz; bei Hypotonie sowie bei Phäochromozytom. In klinischen Studien zum proliferativen infantilen Hämangiom waren die Nebenwirkungen, die bei mit HEMANGIOL behandelten Kindern am häufigsten beobachtet wurden, Schlafstörungen, ausgeprägte Infektionen der Atemwege wie Bronchitis und Bronchiolitis mit Husten und Fieber sowie Diarrhö und Erbrechen. Die schwersten Nebenwirkungen, über die im Rahmen des Compassionate-Use-Programms und in der Literatur berichtet worden ist, sind Hypoglykämie (und damit verbundene Ereignisse wie hypoglykämische Krampfanfälle) und ausgeprägte Infektionen der Atemwege mit Atemnot.

Nach Informationen von Pierre Fabre GmbH, Freiburg

ESPID 2014: Kombinationsimpfstoffe in der täglichen Praxis

Sechsfach-Impfstoff: Fertigspritze erleichtert den Impfalltag

Seit einem Jahr ist der einzige sofort gebrauchsfertige Sechsfach-Impfstoff in Deutschland und anderen europäischen Ländern jetzt im Einsatz. Die Injektionssuspension in einer Fertigspritze erleichtert den Praxisalltag und schützt vor möglichen Fehlerquellen, da die Hib-Komponente bereits gelöst ist und somit das Anmischen entfällt. Auf dem diesjährigen Symposium von Sanofi Pasteur MSD im Rahmen des 32. Annual Meeting of the European Society for Paediatric Infectious Diseases berichtete Prof. Federico Martinon-Torres, Santiago de Compostela, über seine Erfahrungen mit Hexyon® im Praxisalltag.

Europäische Impfprogramme tragen viel zur Prävention bei – da waren sich alle Referenten des Symposiums einig. „Vor allem Kombinationsimpfstoffe können einen Beitrag leisten, die Impfbereitschaft zu erhöhen und die Umsetzung von Impfprogrammen zu erleichtern“, so Martinon-Torres in Dublin.

„Der praktische Sechsfach-Impfstoff Hexyon® liegt in der Fertigspritze vor und ist somit sofort gebrauchsfertig“, so die Erfahrung des Spaniers. Ein Anmischen sei nicht mehr erforderlich, der Impfstoff mit nur wenigen Anwendungsschritten pro Impfvorgang einsatzbereit. „Die einfache Anwendung minimiert mögliche Fehlerquellen wie z. B. Kontaminationen oder Verletzungen des Personals.“

Der seit einem Jahr verfügbare Sechsfach-Impfstoff bietet Impfschutz vor Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Poliomyelitis, Hepatitis B und vor durch *Haemophilus influenzae* Typ b (Hib) verursachten invasiven Erkrankungen¹.

Sichere Anwendung, hohe Immunogenität

Die Studiendaten zeigen für alle in dem neuen Impfstoff enthaltenen Antigene (DTaP-IPV-HB-Hib) eine hohe Immunogenität, brachte Martinon-Torres die Daten der Zulassungsstudien in Erinnerung. Gegen die Erreger dieser Erkrankungen induzierte Hexyon z. B. in der Zulassungsstudie A3L24 – als Vergleichsstudie zu Infanrix hexa angelegt – hohe Serokonversions- und Seroprotektionsraten². Alle in Hexyon enthaltenen Antigene zeigten einen Monat nach Grundimmunisierung eine hohe Immunogenität.

„Insgesamt wurden in 12 Studien bis zur Zulassung weltweit mehr als 11.500 Dosen des Sechsfach-Impfstoffs verimpft. 3.424 gesunde Säuglinge und Kleinkinder erhielten mindestens drei Dosen des hexavalenten Impfstoffs bei der Grundimmunisierung bzw. 1.511 Kinder mindestens eine Dosis bei der Auffrischimpfung.“

Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt, Sechsfach-Impfstoffe im Alter von zwei, drei und vier Monaten zu verabreichen, die Auffrischimpfung solle im Alter von elf bis 14 Monaten erfolgen. Hexyon kann gemäß dieser STIKO-Empfehlung angewendet und auch Kindern, die zuvor entweder einen anderen hexavalenten Impfstoff oder einen pentavalenten Impfstoff zusammen mit einem monovalenten Hepatitis B-Impfstoff erhalten haben, zur Auffrischimpfung verabreicht werden.

Eine gleichzeitige Anwendung von Hexyon ist möglich mit

- Pneumokokken-Polysaccharid-Konjugatimpfstoff,
- Rotavirus-Impfstoffen,
- Masern-Mumps-Röteln-Impfstoffen.

Die gleichzeitige Gabe von Hexyon mit Varizellen-Impfstoff wird nicht empfohlen.

Literatur:

- 1 Sanofi Pasteur MSD. Fachinformation Hexyon. Stand: März 2014
- 2 P. Lopez et al., 15th ICID, Bangkok, Thailand, 13.-16. Juni 2012
- 3 Epidemiologisches Bulletin 2013; 34: 332-333

Quelle:

Symposium „Improving implementation of vaccination programs“ von Sanofi Pasteur MSD GmbH im Rahmen des 32. Jahreskongresses der European Society for Paediatric Infectious Diseases in Dublin, 7. Mai 2014.

Autor:

G. Fischer von Weikersthal