

bvkJ.

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

Heft 6/15 · 46. (64.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT



Forum:

Dickes Fell



Fortbildung:

**Wann hilft eine
Gastroskopie?**



Berufsfragen:

**Grenzen über-
winden und
Netzwerke bauen**



Magazin:

**Myanmar
ist ein Virus**

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT **bvkJ.**

Foto: © Dmitry Naumov - Fotolia.com



Myanmar ist wie ein Virus

S. 346

Inhalt 6 | 15

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

- 289 Kostenloses Servicepaket des Familien-Wegweisers zum Bestellen
- 289 Impressum
- 290 „Ein ‚Dickes Fell‘ kann man züchten“
Dieter Karweina
- 292 **Familieneinkommen und Elternbildung beeinflussen Gehirn von Kindern**
- 294 Das Leser-Forum
- 295 Deutschlands dicke Kinder
- 296 In Irland und England leben die dicksten Kinder Europas
- 298 **Personalien**
- 300 **Down-Sportlerfestival**
- 301 **So viel Sport wie möglich**
- 302 Rotavirus-Impfung nicht mehr empfohlen

Fortbildung

- 305 **Indikationen zur Gastroskopie und Koloskopie im Kindes- und Jugendalter**
Antje Ballauff
- 312 **Determinanten der psychischen Gesundheit im Einschulungsalter**
Jochen Schmitt et al.
- 326 **Highlights aus Bad Orb: „Schmutzige Schokolade“**
Friedel Hütz-Adams
- 330 **Consilium: Management von Kuhpocken und Durchführung von Lebendimpfungen**
Reinhard Berner
- 332 Das Leser-Forum
- 333 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Dörte Petersen
- 336 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**

Berufsfragen

- 338 **Grenzen überwinden und Netzwerke bauen**
Regine Hauch
- 341 Wahlergebnis
- 342 **Schwerpunktthema 2015**
Klaus Rodens
- 344 **Richtlinie des G-BA über die Verordnung von Krankenhausbehandlung**
Roland Ulmer
- 344 **Masern**
Christoph Kupferschmid

Magazin

- 346 **Myanmar ist wie ein Virus**
Werner Rulf
- 349 **Hermann-Josef Kahl zum 65. Geburtstag**
Wolfram Hartmann
- 350 **BVKJ-Medienpreis**
Regine Hauch
- 352 **Zu Fuß zur Schule**
- 354 Fortbildungstermine des BVKJ
- 355 Personalia
- 357 Praxistafel
- 358 **Nachrichten der Industrie**
- 365 Wichtige Adressen des BVKJ

Beilagenhinweis: Dieser Ausgabe sind eine Vollbeilage der PARI GmbH sowie Programmhefte zur 19. Pädiatrie zum Anfassan Lübeck, 18. Seminartagung Hessen, Bad Nauheim und Jahrestagung des LV Sachsen, Dresden in Teilbeilage beigefügt. Wir bitten um freundliche Beachtung.

Spiel, Spaß und Wissenswertes für Ihre Kinder- und Jugendarztpraxis

Kostenloses Servicepaket des Familien-Wegweisers zum Bestellen

Wartezeiten in Praxen sind kaum zu vermeiden, allen organisatorischen Höchstleistungen zum Trotz. Das Servicepaket des Portals www.familien-wegweiser.de hilft dabei, die Wartezeit unterhaltsam und kreativ zu verbringen. Zum Beispiel mit dem Gedächtnis-Spiel „Herr Bärt“, das lustige Bilder des Teddy-Maskottchens zeigt oder mit Postkarten zum Ausmalen. Kinderpflaster mit verschiedenen Motiven sind ebenfalls im Paket enthalten. Die Materialien können in der Praxis genutzt und auch an Eltern verteilt werden. Im Servicepaket ebenfalls enthalten ist ein Informationsflyer zum Portal Familien-Wegweiser.

Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte kön-

nen das Servicepaket kostenlos im Redaktionsbüro des Familien-Wegweisers unter der E-Mailadresse info@familien-wegweiser.de bestellen. Jedes Paket enthält 20 U-Heft-Schutzhüllen, 15 Gedächtnis-Spiele, 30 Pocket-Kinderpflaster-Packungen (à 10 Pflasterstrips), 30 Geburtstagskalender, 25 Postkarten sowie Informationsflyer zum Familien-Wegweiser.

Der Familien-Wegweiser ist ein Serviceangebot des Bundesfamilienministeriums und informiert junge Eltern über die wichtigsten staatlichen Leistungen und rechtlichen Regelungen. Mit den praktischen Online-Rechnern können Eltern noch vor der Geburt ihres Kindes die voraussichtliche Höhe von Elterngeld und ElterngeldPlus



errechnen. Einzelne Rubriken wie die Datenbank „Familie regional“ und das Infopaket „Familienstart“ bündeln Informationen und Tipps für das Leben mit Kindern.

Red.: ReH

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-bremen-mitte.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, DKD HELIOS Klinik Wiesbaden, Aukammallee 33, 65191 Wiesbaden,

Tel.: (0611) 577238, E-Mail: klaus-michael.keller@helios-kliniken.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“ (V.i.S.d.P. Christiane Kermel, Hansisches Verlagskontor GmbH, Lübeck).

Druckauflage 13.350

lt. IVW I/2015

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen



LA-MED

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 (V.i.S.d.P.), Fax: (0451) 7031-280, E-Mail: ckermel@schmidt-roemhild.com – **Redaktionsassistentz:** Christiane Daub-Gaskow, Tel.: (0201) 8130-104, Fax: (02 01) 8130-105, E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de – **Layout:** Grafikstudio Schmidt-Römhild, Marc Schulz, E-Mail: grafik@schmidt-roemhild.com – **Druck:** Schmidt-Römhild, Lübeck – „KINDER- UND JUGENDARZT“ erscheint 11mal jährlich (am 15. jeden Monats) – **Redaktionschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.**

Anzeigenpreisliste: Nr. 48 vom 1. Oktober 2014

Bezugspreis: Einzelheft 10,50 zzgl. Versandkosten, Jahresabonnement € 105,- zzgl. Versandkosten (€ 7,80 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

© 2015. 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.

Kommunikationstrainer Dietmar Karweina mit den besten Tipps für Ärzte und MFA

„Ein ‚Dickes Fell‘ kann man züchten“

Ärzte heilen, MFA managen die Praxis. Gemeinsam ist beiden Berufsgruppen, dass das Nervenkostüm ihrer Vertreterinnen und Vertreter mit der Zeit oft Löcher bekommt. Man reagiert gereizt und manchmal auch wütend auf schwierige Patienten und nimmt die schlechte Laune mit zum nächsten Patienten. Die Folge: die Patienten werden noch schwieriger, das Arbeiten wird noch anstrengender als es eh schon ist.



Dietmar Karweina, seit vielen Jahren Kommunikationstrainer auf Veranstaltungen des BVKJ, verrät im Gespräch mit unserer Zeitschrift die wichtigsten Tipps, wie Kinder- und Jugendärzte schwierige Patienten besser führen, Frust vorbeugen und Gelassenheit und Motivation erhalten können.

Ärzte und MFA sollten doch einfach nur ihre Patienten behandeln. Und dann bringt einen ein einzelner unangenehmer Patientenkontakt aus dem Rhythmus. Warum ist es manchmal so schwierig, die Fassung zu bewahren?

MFA und auch Ärzte beschreiben mir immer wieder: Mütter und Väter von kranken Kindern, bzw. die kleinen Kranken selbst sind verständlicherweise besonders sensible Menschen, aber auch darüber hinaus manchmal angespannt, gestresst, aggressiv, dreist und fordernd. Ein oder zwei „Schwierige“ am Tag sind

nicht wirklich das Problem. Es sind die vielen kleinen Diskussionen und leider auch Vorwürfe, aus denen an der Anmeldung, am Telefon oder im Sprechzimmer oft zeitfressende und nervenaufreibende Rechtfertigungen werden – Tendenz steigend.

Was sind denn die Voraussetzungen für ein „dickes Fell“?

Zunächst: Ein im guten Sinne dickes Fell macht Sie nicht gefühllos, bewahrt Sie aber davor, emotional zu zerfließen. „Dickes Fell“ im Praxisalltag bedeutet ganz konkret:

1. Gelassenheit, d. h. Sie bleiben in schwierigen Situationen ruhig.
2. Widerstandskraft, Abgrenzung und Schutz, d. h. Vorwürfe, Kritik und Angriffe prallen an Ihnen ab.
3. Durchsetzungskraft. Sie drücken Vorschläge klar, deutlich und unmissverständlich aus.

Voraussetzung dafür ist Energie, ein gutes inneres Gleichgewicht oder anders ausgedrückt: Ihr emotionales Konto muss gut gefüllt sein. Darüber hinaus benötigen Sie eine gute Kommunikationsstrategie im Umgang mit schwierigen Patienten. Diese wird idealerweise mit dem ganzen Praxisteam abgestimmt.

Wie züchte ich dann ein „dickes Fell“?

Das „dicke Fell“ kann man sich leider nicht einfach anziehen. Es muss wachsen und zwar von innen heraus. Es gilt, das emotionale Konto zu schützen und immer wieder aufzufüllen. Man kann trainieren mit den Energieräubern Stress und Vorwürfen souveräner umzugehen und eigene Energiequellen im Praxisalltag zu nutzen.

Welche Techniken helfen mir dabei?

Kleine Entspannungsübungen, die gut in den Tag integriert werden können. In meinem Kompaktbuch „Dickes Fell im Praxisalltag“ beschreibe ich z. B. eine einfache Atemübung, die nur fünf Minuten dauert, die aber sehr effektiv ist, wenn sie regelmäßig durchgeführt wird – das kann zu Hause auf einem Stuhl oder auch in der Praxis auf dem stillen Örtchen sein.

Nützlich sind auch sogenannte Energiesätze, wie „Ich bin und bleibe ruhig und gelassen!“, „Ich reagiere ruhig und souverän!“, „Ich sage klar, was zu sagen ist!“ oder „Ich bin ich und ich werde mit allem fertig!“ Das sind Autosuggestionen, die innere Energien freisetzen und das Fell wachsen lassen.

Um Angriffe abzuwehren ist die Olé-Technik der Klassiker: Sagen Sie bei einem Angriff des Patienten innerlich – wie ein spanischer Toro – „Olé!“ Lassen Sie die Angriffe gedanklich auf diese Weise ebenso an sich vorbeiziehen, wie der Toro den wilden Stier. Er wird nicht getroffen und bleibt ruhig. Genauso werden auch Sie nicht getroffen, sondern bleiben ruhig und gelassen. Wortwahl, Körpersprache und Tonfall bleiben positiv.

Wie helfe ich meinen MFA, ein „dickes Fell“ zu züchten?

Der Sozialpsychologe Jan Häusser hat in einem Experiment herausgefunden, dass die Versuchsteilnehmer in gleichen T-Shirts wesentlich geringere Stresswerte zeigten, als die Vergleichsgruppe mit verschiedenfarbigen T-Shirts. „Allein das Wir-Gefühl wirkt als Stres-

spuffer“ sagt Studienleiter Häusser. Praxisteams, die in einheitlichen T-Shirts auftreten, haben doppelten Nutzen: 1. sie entwickeln ein Wir-Gefühl, schaffen damit einen Stresspuffer und 2. sie erarbeiten sich als Team Respekt mit einem geschlossenen Auftritt.

Darüber hinaus ist eine Kommunikationsstrategie für einen souveränen Umgang mit schwierigen Patienten wichtig, z. B. die „Erste Hilfe“ gegen Angriffe – Formulierungen, die im Praxisalltag gut geeignet sind, Angriffe schlagfertig zu parieren:

„Ich bin gerne für Sie da, doch das geht definitiv nicht!“

„Sie finden, dass wir schlecht organisiert sind? Ich helfe Ihnen trotzdem weiter ...!“ oder „Ich bin jetzt trotzdem für Sie da ...!“

„Damit ich Ihnen helfen kann, möchte ich, dass wir ruhig und sachlich miteinander reden!“

„Ihre Bemerkung ist grob beleidigend. Ich erwarte, dass Sie mich nicht persönlich angreifen!“

„Dickes Fell“ ist das Ergebnis eines permanenten Prozesses, d. h. es entwickelt sich auf der Basis von Wissen, Üben, Anwenden und den daraus resultierenden Erfahrungen. Deshalb: Sprechen Sie regelmäßig in den Teambesprechungen

Neu erschienen:
 „Kompakt – Dickes Fell im Praxisalltag“
 56 Seiten, 5,95 €
 Termine zu Mitarbeiterführungstrainings auf
www.denpraxisalltagleichtermeistern.de

über Patientenführung. Wo stehen Sie und was muss noch optimiert werden, damit das Arbeitsklima und die Motivation positiv erhalten bleiben?

Red.: ReH

Land startet Projektauftrag „NRW hält zusammen – für ein Leben ohne Armut und Ausgrenzung“

NRW: Vier Millionen Euro zur Bekämpfung von Armut in den Kommunen

Das NRW-Sozialministerium startet ein mit vier Millionen Euro ausgestattetes Programm zur Armutsbekämpfung in den Kommunen. „Damit fördern wir Modellprojekte und Maßnahmen für Kinder, Jugendliche und ihre Familien, die in benachteiligten Stadtteilen leben. Wir wollen ihre Chancen auf Teilhabe und ihre Lebensperspektiven verbessern“, sagte Sozialminister Guntram Schneider zum Projektauftrag „NRW hält zusammen – für ein Leben ohne Armut und Ausgrenzung“ am 7. Mai in Düsseldorf.

Es geht um bessere Zugänge zu Beratungs-, Bildungs- und Gesundheitsangeboten“, so der Minister weiter, „aber auch um die Übergänge zwischen einzelnen Lebensphasen, wie etwa von der Schule in Ausbildung und Beruf.“ Auch sollen die Betroffenen an Stärken-Schwächen-Analysen im Stadtteil beteiligt und in Planungsprozesse zur Verbesserung ihres Wohnumfeldes einbezogen werden.

Mit dem Förderprogramm reagiert Schneider auf die aktuellen Zahlen des Mikrozensus, nach denen die Schere zwischen Haushalten mit hohem und niedrigem Einkommen auch in NRW weiter auseinandergeht und die Zahl der Menschen in prekären Lebenslagen wächst. Zum Ende 2013 waren rund 1,93 Millionen Menschen und

damit gut jede zehnte Person in NRW auf Leistungen der Mindestsicherung (vor allem Hartz IV und Sozialhilfe) angewiesen. Der Anteil von Personen mit Bezug von Mindestsicherungsleistungen ist von 10,7 Prozent Ende 2012 auf 11,0 Prozent Ende 2013 gestiegen. Die Zahlen belegen die Verfestigung von Armut und sozialer Ausgrenzung trotz positiver Entwicklung von Wirtschaft und Arbeitsmarkt. Für allem für Kinder und Jugendliche wird es immer schwieriger, sich wieder aus ihren prekären Lebensverhältnissen zu lösen. Wer in jungen Jahren Armut erlebt, verbleibt auch später zunehmend in prekären Lebenslagen. Dieser Entwicklung will die Landesregierung mit ihrer Landesinitiative „NRW hält zusammen – für ein Leben ohne Armut und Ausgrenzung“ und dem aktu-

ellen gleichnamigen Projektauftrag entgegenzutreten.

Die Förderhöchstgrenze beträgt je Kreis beziehungsweise kreisfreier Stadt insgesamt 75.000 Euro für das laufende Jahr. Antragsberechtigt sind kreisfreie Städte, Kreise, kreisangehörige Gemeinden, Träger der Freien Wohlfahrtspflege und weitere Akteure, wie Kirchen- und Moscheegemeinden, Sozialverbände, Gewerkschaften, Selbsthilfegruppen, Sport- und Kulturvereine, Integrationszentren und -agenturen, Migrantenselbstorganisationen und Familienbildungsstätten.

Projektauftrag und weitere

Informationen unter:

www.nrw-hält-zusammen.nrw.de

Red.: ReH

Familieneinkommen und Elternbildung beeinflussen Gehirn von Kindern

Wie hängen sozioökonomische Faktoren mit der Entwicklung kindlicher Gehirne zusammen? Das hat ein Team von Forschern von insgesamt neun amerikanischen Universitäten u. a. mit Hilfe von Entwicklungsfragebögen und MRT-Aufnahmen untersucht. 1099 Kinder und Jugendliche zwischen drei und 20 Jahren aus verschiedenen Regionen der USA nahmen an der so genannten PING-Studie (Pediatric Imaging, Neurocognition and Geneticsstudy) teil.



Foto: © detailblick - Fotolia.com

aus der gleichen sozioökonomischen Schicht.

Es kommt also vor allem auf das (wenige) Geld an. „Speziell bei Kindern in den untersten Einkommensschichten hängen schon kleine Einkommensunterschiede mit großen Unterschieden in den Regionen des Gehirns zusammen, die entscheidend für die Ausbildung von Fähigkeiten sind, die über akademische Erfolge entscheiden,“ so Studienleiterin Kimberly G. Noble, Leiterin des Neurocognition, Early Experience and Development (NEED) Lab am Columbia University Medical Center.

Auf die Gehirnentwicklung von Kindern aus Familien mit höherem Einkommen haben Einkommenszuwächse dagegen kaum einen Einfluss.

Die Gründe für die Unterschiede kann die Studie nicht abschließend klären. „Das Familieneinkommen entscheidet über Faktoren wie Ernährung, Gesundheitsfürsorge, Schulwahl, Wahl der Spielplätze und manchmal sogar über die Qualität der Atemluft,“ erklärte Mitautorin Elizabeth Sowell, PhD, vom Children's Hospital Los Angeles bei der Vorstellung der Studie. Alle diese Umweltfaktoren formen wiederum das kindliche Gehirn. Zukünftige Forschung müsse nun die Frage beantworten, wie man die Umgebung der Kinder, vor allem die der armen Kinder, so verändern kann, dass ihr Gehirn bessere Entwicklungschancen habe.

Quelle
<http://www.chla.org>

Red.: ReH

Wenig Geld, kleineres Gehirn

In den USA zählen Familien mit einem Einkommen von weniger als 25.000 US-Dollar zu den Einkommensschwächsten. Die Kinder aus diesen Familien hatten eine Cortex-Oberfläche, die um etwa sechs Prozent kleiner war als bei Kindern von Eltern mit einem Einkommen von mehr als 150.000 US-Dollar im Jahr. Bildung und Einkommen der Eltern hatten ebenfalls einen deutlichen Einfluss auf die Hirnentwicklung ihrer Kinder. Hatten die Eltern

einen niedrigen Abschluss (in den USA High School oder weniger), war die Oberfläche des Großhirns um drei Prozent kleiner als bei Kindern von Akademiker-Eltern.

Ethnische Herkunft unerheblich

Die ethnische Herkunft hat dagegen keinen Einfluss auf die Entwicklung der Hirnoberfläche, zeigte die Studie. Die Gehirne von schwarzen und weißen Amerikanern, Latinos und Asiaten entwickeln sich gleich – vorausgesetzt, sie kommen

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).



Die sozialpädiatrische Stufenversorgung bei Entwicklungsstörungen in Deutschland von Prof. Dr. Ronald Schmid, KiJuA (2015), Heft 3, S. 80 ff.

die Diagnostik kausaler Erkrankungen, wie beispielsweise das Gebiet der Hörstörungen. Die Implementierung des Neugeborenen-Hörscreenings 2009 hat zwar bereits einen Großteil angeborener kindlicher Hörstörungen aufdecken können, so dass diese Kinder seit dem Säuglingsalter bereits mit Hörgeräten versorgt sind. Nicht berücksichtigt wurden jedoch Hörstörungen, die als late-onset Schwerhörigkeiten, progrediente Schwerhörigkeiten oder auch als längerfristige Schallleitungsschwerhörigkeiten erst in der Kleinkindphase klinisch manifest werden und somit einen großen Einfluss auf die Phase des Spracherwerbs nehmen können.

Eine Überprüfung des Hörstatus ist daher bei jedem Kind mit einer Sprachentwicklungsstörung unabdingbar und muss in das Konzept einer Stufendiagnostik bei sprachentwicklungsauffälligen Kindern unbedingt mitaufgenommen werden, ansonsten ist die Diagnostik unvollständig.

Wir bitten die Verfasser dieses Artikels, die Schnittstelle zur fachärztlichen Hördiagnostik in ihrem Konzept zu ergänzen, im Sinne unserer gemeinsamen kleinen Patienten.

Die Abklärung von Hör- und Sprachstörungen bei Kindern gehört in die Hand der Phoniater und Pädaudiologen, da diese über die notwendige fachärztliche Qualifikation verfügen. Nach erfolgter Screeninguntersuchung durch den Kinder- und Jugendarzt ist eine weitere Abklärung bei einem Phoniater- und Pädaudiologen geboten, nicht zuletzt, da eine zeitnahe Sprachabklärung durch die noch nicht flächendeckend vorhandenen sozialpädiatrischen Zentren nicht immer möglich ist.

An einer engen Kooperation mit allen Kinder- und Jugendärzten ist uns Phoniatern und Pädaudiologen sehr gelegen.

Hochachtungsvoll

*Dr. med. Christine Schmitz-Salve
Dr. med. Barbara Arnold
Dr. med. Jan Baade*

*Deutscher Berufsverband der
Fachärzte für Phoniatrie und
Pädaudiologie*

Red.: ReH

Sehr geehrte Redaktion, die Verfasser des obengenannten Artikels haben sich umfassende Gedanken zur Umsetzung eines Stufenkonzeptes zur Diagnostik entwicklungsauffälliger Kinder mit neuropädiatrischen Erkrankungen, Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderungen, Sinnes- und Sprachstörungen, ADHS und sozial-emotionalen Störungen gemacht. Ziel dieses Konzeptes ist sicher auf die Dauer für die pädiatrischen Praxen eine Entlastung und gleichzeitig eine geeignete Diagnostik und Therapie für die betroffenen Kinder- und Jugendlichen zu etablieren.

Aus unserer Sicht nicht ausreichend berücksichtigt wurde jedoch

KINDER- UND JUGENDARZT im Internet

Alle Beiträge finden Sie vier Wochen nach Erscheinen der Printausgabe im Internet unter
www.kinder-undjugendarzt.de



Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.



**Der 100.000 Euro
Masernfall von
Dr. Christoph Kupferschmid,
KiJuA (2015) Heft 4, S. 152**

arztes in Erinnerung gerufen. Eine Seite weiter erfuh man dann von einem Dr. Stefan Lanka (Diplombiologe), der behauptet, dass es keine Viren und insbesondere keine Masernviren gibt.

Die einen basteln mit heiligem Eifer Bomben im Keller, um wahllos Menschen umzubringen, andere, wie Herr Dr. Lanka, zimmern sich ein eigenes naturwissenschaftliches Weltbild, in dem es keine Viren gibt und nehmen billigend in Kauf, dass Menschen durch die Verbreitung dieser hausgemachten Ansichten evtl. zu Tode kommen, weil Impfungen unterlassen werden.

Wer bei uns den Holocaust leugnet, wird (mit Recht!) bestraft. Wer

die Existenz von Masernviren leugnet, darf jedoch ungestraft derartige geistige Mordwerkzeuge in Umlauf bringen.

Wenn ein solcher Erleuchteter wenigstens nur behaupten würde, dass die Erde eine Scheibe sei – das mit der Kugel hat die Großindustrie erfunden, um irgendeinen Profit zu machen –, dann würde er in die Reihe der Spinner eingeordnet werden und wenigstens keine Menschenleben gefährden. Fazit: dort, wo das Wissen durch Glauben ersetzt wird und Eifer hinzukommt, kann es gefährlich werden. Das sollte man eigentlich einmal aus allen Kriegen, die meistens Glaubens- und Religionskriege waren, gelernt haben. Hippocrates hilf!

Dr. med. Klaus Müller
Kinder- und Jugendarzt
Rothofleite 15, 96094 Bamberg

Red.: Kup

Jedes Kind hat das Recht auf Impfungen gegen verhütbare Krankheiten“ stellte eine UN - Sondertagung für Kinder im Mai 2002 fest. Der Präsident des BVKJ hat dies in seinem Editorial zum Heft 4/15 des Kinder- und Jugend-

Deutschlands dicke Kinder – Konventionelle Behandlung und Diäten kaum Erfolg versprechend

Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas ist ein gesundheitspolitisch hoch relevantes Thema. Eine Untersuchung im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Kompetenznetzes Adipositas hat aktuelle Forschungsbefunde rund um die Behandlungsmethoden für Kinder und Jugendliche mit Adipositas zusammengefasst und einer qualitativen Analyse unterzogen – mit interessantem Ergebnis: Im Rahmen der untersuchten Lebensstiltherapien, die über einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren angelegt waren, konnte eine Gewichtsnormalisierung von Kindern und Jugendlichen mit Adipositas nur sehr beschränkt bis gar nicht erreicht werden.

Red.: ReH



Foto: © kwanchainchaitindom - fotolia.com

In Irland und England leben die dicksten Kinder Europas



sind laut WHO rund 42 Millionen Kleinkinder übergewichtig oder gar fettleibig.

Donald O'Shea, einer der führenden Experten Irlands auf dem Gebiet, sagte, Adipositas sei in seinem Land mittlerweile ein größerer Anlass zur Besorgnis „als Cholera im 19. Jahrhundert oder HIV/Aids in den 1980er Jahren“. Noch in den 40er und 50er Jahren des vergangenen Jahrhunderts hätten die Bewohner der Insel zu den untergewichtigen in ganz Europa gehört.

Gesundheitsorganisationen des Landes dringen angesichts der vielen Dicken auf Steuern auf zuckerhaltige Getränke sowie Verbote von Snackautomaten in Schulen und von Lebensmittelwerbung für Kinder.

Übergewicht und schlechte Schulnoten

Eine weitere in Prag vorgestellte Studie legte einen Zusammenhang zwischen Übergewicht und unterdurchschnittlichen schulischen Leistungen nahe. Wissenschaftler des schwedischen Karolinska Instituts fanden heraus, dass nur 56 Prozent der Kinder des Landes, die wegen Fettleibigkeit in Behandlung waren, mindestens zwölf Jahre zur Schule gingen. Bei normalgewichtigen Gleichaltrigen seien dies 76 Prozent. Die Gründe dafür seien schwierig herauszufinden, sagte eine der Autorinnen der Studie, Emilia Hagman.

Bei den 9.000 untersuchten Kindern hätten Geschlecht, ethnischer Hintergrund oder soziökonomischer Status keine Rolle gespielt. Möglicherweise hingen die schlechteren Leistungen mit Ausgrenzung der Betroffenen zusammen.

Quelle
Who.int, aerzteblatt.de

Red.: ReH

Kleinkinder in Irland und Großbritannien sind europaweit die übergewichtigsten. Nach einer beim Europäischen Adipositas-Kongress in Prag vorgestellten Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) besetzt Irland mit einem Anteil von 27,5 Prozent den ersten Platz auf der Rangliste der übergewichtigen oder fettleibigen Kinder unter fünf Jahren, gefolgt vom Vereinigten Königreich

mit 23,1 Prozent und Albanien mit 22 Prozent.

Die Studie der WHO verglich Daten zum „Ernährungszustand“ von Kleinkindern in 32 Ländern. Die positiven Ausnahmen sind ehemalige Ostblockländer: Am Ende der Liste fanden sich Kasachstan, wo gerade einmal 0,6 Prozent übergewichtige Kinder leben, Litauen mit 5,1 Prozent sowie Tschechien mit 5,5 Prozent. Weltweit

Foto: © Alessandro Capuzzo – Fotolia.com

● Personalien

Experte Peter Hoyer als Vorstandsvorsitzender der Gesellschaft für pädiatrische Nephrologie (GPN) wiedergewählt

Seine Expertise ist hoch angesehen: Prof. Dr. med. Peter Hoyer vom Universitätsklinikum Essen (UK Essen) der Universität Duisburg-Essen (UDE) wurde für weitere drei Jahre als Vorsitzender des Vorstandes der Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (GPN) bestätigt.



Die Gesellschaft fördert die ärztliche und wissenschaftliche Arbeit; sie unterstützt die Einrichtung von Abteilungen und Spezialeinheiten.

Professor Hoyer ist einer der versiertesten Kinder-Nephrologen

Deutschlands. Seit 1998 leitet er als Direktor am Universitätsklinikum die Kinderklinik II für pädiatrische Nephrologie. Ambulant als auch stationär werden hier u.a. Erkrankungen der Nieren, des Harntraktes, der Leber sowie Hormonstö-

rungen im Kindes- und Jugendalter behandelt. Das Spektrum umfasst insbesondere Fehlbildungen, entzündliche Nierenerkrankungen, bis hin zur chronischen Niereninsuffizienz und arteriellen Hypertonie.

Red.: ReH

Kinder- und Jugendmediziner Boris Zernikow erhält Communicator Preis 2015 der Deutschen Forschungsgemeinschaft

Der Kinderschmerztherapeut und pädiatrische Palliativmediziner Prof. Dr. Boris Zernikow wird für seine engagierte und vielfältige öffentliche Vermittlung der Themen Schmerz, Schmerztherapie und Palliativversorgung bei Kindern ausgezeichnet. Erstmals geht der renommierte Communicator-Preis an einen Mediziner. Die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin gehörte zu den Unterstützern der Bewerbung.



Prof. Dr. Boris Zernikow leitet das Deutsche Kinderschmerzszentrum und das europaweit einmalige Kinderpalliativzentrum Datteln an der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln – Universität Witten/Herdecke. Seit 2008 hat er den Lehrstuhl für Kinderschmerztherapie und Pädiatrische Palliativmedizin an der Universität Witten/Herdecke inne.

Der „Communicator-Preis – Wissenschaftspreis des Stifterverbandes“ ist mit 50.000 Euro dotiert und gilt als die wichtigste Auszeichnung seiner Art in Deutschland.

Der Preis wird seit 2000 an Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler verliehen, die ihre Forschungsergebnisse und die ihres Faches einem breiten Publikum außerhalb der Wissenschaft nahebringen. Mit der Auszeichnung wollen DFG und Stifterverband den immer wichtigeren Dialog zwischen Wissenschaft und Öffentlichkeit stärken und zugleich dafür werben, dass die Vermittlung von Wissenschaft in der Wissenschaft selbst einen höheren Stellenwert erhält.

Die Auszeichnung des Communicator Preises 2015 verschaffte

Prof. Zernikow und seinem Team Rückenwind bei einem neuen großen Projekt: dem Ausbau des Deutschen Kinderschmerzszentrums.

„Wir wollen weiter daran arbeiten, schmerzkranken Kinder und Jugendlicher und solchen mit lebenslimitierenden Erkrankungen unnötiges Leid zu ersparen. Dazu braucht es mehr klinisch orientierte Forschung, bessere Versorgungsstrukturen, eine flächendeckende Vernetzung von Fachleuten und einen Austausch von Informationen“, so Prof. Zernikow.

Red.: ReH



Gemeinsam klapp't's noch besser

Teilnehmer-Rekord:

600 Sportler beim Down-Sportlerfestival in Frankfurt am Main

Mit einem neuen Teilnehmer-Rekord ging das Deutsche Down-Sportlerfestival in Frankfurt am Main in seine 13. Runde. 600 Sportler und 2.700 Zuschauern waren aus ganz Deutschland angereist und sorgten für Hochstimmung beim weltweit einzigartigen Sportfest für Menschen mit Down-Syndrom.

Nach dem hohen Zuspruch der vergangenen Jahre konnte damit in diesem Jahr erneut ein Rekord aufgestellt werden. Mit neuen Ideen waren die Sportler und ihre Familien auch beim diesjährigen Festival gefordert: So wurde erstmalig ein Talentwettbewerb ausgerufen. Unter dem Motto „Zeig uns dein Talent“ konnten Menschen mit Down-Syndrom bereits vor dem Festival kreative Beiträge oder besondere Begabungen per Foto oder Video einsenden. 2.500 Leute haben online für ihr Talent 2015 gestimmt.

Sieger ist der siebenjährige Paul-Lukas aus Rheinland-Pfalz. Er hat für sein Ju-Jutsu-Video 508 Stimmen bekommen, das sind 20 Prozent von allen abgegebenen Stimmen.

Das Deutsche Down-Sportlerfestival, das seit 2003 von Hexal unterstützt wird, ist weltweit die größte und wichtigste Sportveranstaltung für Menschen mit Down-Syndrom. Sportlicher Ehrgeiz konnte beim Sprinten, Werfen oder Springen, beim Torwandschießen, Tennis oder Judo gezeigt werden. Seit Jahren schon bereichern Workshops das klassische Sportprogramm: Ob Modenschau, Tanz- und Musical-Workshops, Golf, Kung Fu oder der Trommel-Workshop „Drums alive“ – der Ansturm auf diese Angebote ist Jahr für Jahr riesengroß. Alle waren ausgebucht.

Doch vor allem stand der Spaß am Sport im Vordergrund. Egal wer wie weit geworfen hat oder ge-

sprungen ist, wer wann durchs Ziel lief – das Publikum war begeistert und feuerte die Sportler an.

Stiftung „FamilienBande“ führte zum zweiten Mal die Geschwisterolympiade durch

Als Fest für die ganze Familie gab es ein Programm für die Geschwisterkinder. 125 Geschwisterpaare haben bei der Geschwisterolympiade, die die Novartis Stiftung Familienbande bereits zum zweiten Mal im Rahmen des Down-Sportlerfestivals unterstützte, mitgemacht.

Highlight: Modenschau mit Peyman Amin

Der Run auf die Modenschau mit Peyman Amin war enorm. Voller Stolz und Selbstbewusstsein präsentierten die Teilnehmer ihre Lieblingskleider und Accessoires auf dem Cat-Walk – unter dem Applaus der vielen Zuschauer.

390 freiwillige Helfer betreuen die Sportler

In diesem Jahr waren 390 ehrenamtliche Helfer – viele davon Mitarbeiter von Unternehmen, die das Festival sponsern – dabei, um Sportler und Gäste persönlich zu betreuen und für einen reibungslosen Ablauf zu sorgen.

Red.: ReH

Psychomotorische Entwicklung des Säuglings (Wandtafel)

Wandtafel (dt./engl.) für die Praxis. Tabellarische Übersicht nach der Münchener Funktionellen Entwicklungsdiagnostik, zusammengestellt von Prof. Dr. Theodor Hellbrügge.

Dargestellt wird die Entwicklung vom Neugeborenen bis zum Ende des 12. Monats.

Format: 57 x 83,5 cm, zum Aufhängen
EUR 20,50



Hansisches Verlagskontor GmbH,
Lübeck
vertrieb@schmidt-roemhild.com
Tel.: 04 51 / 70 31 267

Auch für herzkrankte Kinder gilt:

So viel Sport wie möglich – Sportattest beugt ungesunder Überbehütung vor

Aktionsbündnis Angeborene Herzfehler (ABAHF) rät Eltern herzkranker Kinder zu Sporttauglichkeitsattest beim Kinderkardiologen

Wer einen angeborenen Herzfehler hat, kann Sport treiben – mit wenigen Ausnahmen. Darin sind sich Kinderherzspezialisten aufgrund der Studienlage einig. Noch vor etwa 15 Jahren war Schonung durch Sportverzicht bei herzkranken Kindern üblich, denn damals ließ sich die Frage nach der Belastbarkeit herzkranker Kinder in Sport- und Freizeitaktivitäten noch nicht so gut beantworten. Heute weiß man: Sportverzicht belastet nicht nur die Seele eines herzkranken Kindes, sondern ist auf Dauer mit schwerwiegenden Folgen für die körperliche Entwicklung verbunden; die Leistungsfähigkeit nimmt ab, die motorische Geschicklichkeit verringert sich, Kreislaufbeschwerden und Haltungsfehler sind zu erwarten. Allerdings stellt sich für das Umfeld des herzkranken Kindes (Familie, Schule, Verein etc.) die berechtigte Frage, wie weit ein Kind oder Jugendlicher mit einem bestimmten angeborenen Herzfehler belastbar ist, ohne dass Beschwerden oder Komplikationen auftreten.

„Wir raten deshalb Eltern zu einem Sporttauglichkeitsattest, in dem der behandelnde Kinderkardiologe die Belastbarkeit des Kindes genau dokumentiert. Das bringt Eltern, Lehrern oder Trainern mehr Klarheit und beugt einer Überbehütung vor“, so Kai Ruenbrink, Sprecher des ABAHF. Das Aktionsbündnis folgt in seiner Empfehlung der Expertise der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie (DGPK). „Es gibt zum Glück nur ganz wenige Herzfehler, bei denen die Kinder akut gefährdet sind, wenn sie sich belasten. Welche sportlichen Ak-

tivitäten für ein herzkrankes Kind oder Jugendlichen in Frage kommen und welche Risiken zu berücksichtigen sind, ist immer im Einzelfall vom Kinderkardiologen zu beurteilen“, unterstreicht Prof. Dr. med. Alfred Hager, Kinderkardiologe der Klinik für Kinderkardiologie und angeborene Herzfehler am Deutschen Herzzentrum München (DHM) und Autor der DGPK-Leitlinie „Sport mit angeborenen Herzerkrankungen“.

Praktische Hilfe für Kinderärzte: Das Programm „Sportattest“ (DGPK)

Kinderherzspezialisten wie Prof. Hager empfehlen (niedergelassenen) Kinderkardiologen das Computerprogramm „Sportattest“ der DGPK als praktische Hilfe. Das Programm steht zum kostenfreien Download auf der DGPK-Homepage zur Verfügung (**siehe Infokasten**) und ist leicht zu installieren. Es ermöglicht dem behandelnden Kinderkardiologen, für jedes herzkranken Kind unter geringem Zeitaufwand eine ausführliche Beurteilung der Sporttauglichkeit abzugeben. Das Attest wird dann den Eltern zur Weitergabe an den Kinder- und Jugendarzt und der Schule bzw. dem Schularzt gegeben. Das Programm mit einem begleitenden Handbuch liefert dem Nutzer in Tabellen wichtige Übersichten zu funktionellem Status der zu behandelnden Herzfehler, zu (Rest-) Befunden und deren Einordnung in Schweregradgruppen. „Jedes Kind, das sich in kinder-kardiologischer Betreuung befindet, sollte bereits vor der Einschulungsuntersuchung ein Sportattest ausgestellt bekommen, damit vom ersten Schultag an

Das Programm „Sportattest“ der DGPK

Das Programm „Sportattest“ richtet sich insbesondere an behandelnde Kinderkardiologen und soll diese in die Lage versetzen, für jedes Kind unter geringem Zeitaufwand eine ausführliche Beurteilung der Sporttauglichkeit abzugeben. Den kostenfreien Download des Programms mit Installationssoftware und Handbuch bietet die DGPK auf ihrer Homepage unter http://www.kinderkardiologie.org/Download/Handbuch_Sportattest_30112011.pdf an. Das Programm wurde in der Arbeitsgemeinschaft psychosoziale Belange und Rehabilitation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern (PS-AG) in der DGPK entwickelt und mit der Arbeitsgemeinschaft „Belastungsuntersuchungen“ abgesprochen. (Quelle: DGPK).

Informationen:

Aktionsbündnis Angeborene Herzfehler (ABAHF)
c/o Deutsche Herzstiftung e.V.
Pressestelle:
Michael Wichert/Pierre König
Tel. 069/955128-114/-140
Fax: 069/955128-345
E-Mail: wichert@herzstiftung.de/
koenig@herzstiftung.de
www.herzstiftung.de

Klarheit besteht und das Kind nicht unnötig aus dem Klassenverband ausgeschlossen wird.“

Red.: ReH

Frankreich: Rotavirus-Impfung nicht mehr empfohlen nach Darminvaginationen

Am 07. Mai 2015 hat der „Haut Conseil de la Santé Publique“ die Empfehlung zur Impfung gegen Rotavirus-Gastroenteritis im Rahmen der Grundimmunisierung von Kindern zurückgenommen. Der Grund: Es waren Verdachtsfälle von Darminvagination nach der Impfung auf der Website der französischen Zulassungsbehörde (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, ANSM) gemeldet worden.

Daten aus Beobachtungsstudien zur Sicherheit, die in mehreren Ländern durchgeführt wurden, zeigen, dass Rotavirus-Impfstoffe mit einem erhöhtem Risiko für eine Invagination hauptsächlich innerhalb von sieben Tagen nach der Impfung verbunden sind. In den USA und Australien wurden bis zu sechs zusätzliche Fälle pro 100.000 Säuglingen pro Jahr bei einer Hintergrundinzidenz von 33 bis 101 Fällen pro 100.000 Säuglingen (unter einem Alter von einem Jahr) pro Jahr beobachtet. Es gibt nur begrenzte Hinweise darauf, dass es ein gering erhöhtes Risiko nach der zweiten Dosis gibt. Es bleibt unklar, ob Rotavirus-Impfstoffe die Gesamtinzidenz der Invagination basierend auf längeren Nachbeobachtungszeiten beeinflussen.

Dem Paul-Ehrlich-Institut sind bis heute aus Deutschland 82 Meldungen einer bestätigten Invagination in unterschiedlichen zeitlichen Zusammenhang mit einer Rotavirusimpfung berichtet worden. In 68 Fällen konnte der Gesundheitszustand wiederhergestellt werden.

Bei 12 Kindern (neun männlich, drei weiblich) musste im Rahmen einer Operation eine partielle Darmresektion vorgenommen werden (ein Stück des Darms operativ entfernt werden). Bei fünf dieser Kinder lagen neben der vorausgegangenen Rotavirus-Impfung Risikofaktoren für eine Invagination vor: zweimal ein Meckel-Divertikel, einmal eine kongenitale mesenteriale Lücke, einmal ein Lymphom und einmal ein Tumor an der Bauhinschen Klappe. Sieben Patienten entwickelten typische Zeichen und Symptome einer Invagination innerhalb von sieben Tagen nach der Impfung, zwei Kinder zwischen dem 8. und dem 14. Tag nach der Impfung und je ein Kind 29, 37 und 48 Tage nach der Impfung.

In zwei weiteren Fällen war zum Zeitpunkt der Meldung der Gesundheitszustand noch nicht wiederhergestellt bzw. lagen keine Informationen über den Ausgang vor. Eine Invagination mit tödlichem Ausgang wurde nicht berichtet.

Die Häufigkeit von Invaginationen erreicht in einem Alter von

6,4 bis 12,5 Monaten einen Gipfel. Um das Risiko für eine Invagination gering zu halten, sollte daher das in den jeweiligen Fachinformationen empfohlene Alter für die Impfungen unbedingt eingehalten werden.

Darüber hinaus sollten Kinder- und Jugendärzte Eltern unbedingt darüber aufklären, dass eine Invagination im zeitlichen Zusammenhang mit einer Rotavirus-Impfung auftreten kann und wie man diese frühzeitig erkennt. Zu den Symptomen einer Invagination gehören krampfartige Bauchschmerzen, Nahrungsverweigerung, Erbrechen, ungewöhnliches Schreien und vor allem Absetzen von blutigem Stuhl. Schwere Verläufe können durch eine möglichst frühzeitige Behandlung vermieden werden.

Das Paul-Ehrlich-Institut initiiert eine deutschlandweite epidemiologische Studie, um die Risikofaktoren einer Darminvagination weiter zu erforschen.

Quelle
www.pei.de

Red.: ReH

Newsletter **bVKJ.**

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

aktuell ● ● ●

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Anfang Juni hat die Geschäftsstelle den BVKJ-Newsletter mit aktuellen Informationen aus dem BVKJ an alle Mitglieder versandt, deren E-Mail-Adresse uns vorliegt. Sie können den Newsletter auch in PädIn-

form im Ordner „BVKJ-Aktuell“ herunterladen. Ein Postversand ist aus Kostengründen nicht vorgesehen.

Mit freundlichen
kollegialen Grüßen

Dr. Wolfram Hartmann, Präsident BVKJ

Indikationen zur Gastroskopie und Koloskopie im Kindes- und Jugendalter

Durch technische Fortschritte sind Endoskopien als komplikationsarme Eingriffe auch bei kleinen Kindern und Säuglingen möglich. Die Kenntnis der Krankheitsbilder in der pädiatrischen Gastroenterologie, die sich bezüglich Art und Häufigkeit stark von denen bei Erwachsenen unterscheiden, ist für eine gut überlegte Indikationsstellung von großer Bedeutung um nötige Eingriffe nicht zu versäumen aber auch unnötige zu vermeiden. In dem Artikel werden Indikationen zur Gastroskopie und Koloskopie unter Berücksichtigung anderer diagnostischer Maßnahmen dargestellt.

Einleitung

Durch die Entwicklung sehr schmaler Endoskope und zunehmende Erfahrung auch für komplizierte Eingriffe in der Endoskopie ist es inzwischen technisch machbar nahezu alle in der internistischen Medizin möglichen endoskopischen Eingriffe auch bei kleinsten Kindern und Säuglingen durchzuführen. Dies hat in den letzten 20 Jahren zu einer starken Zunahme von Endoskopien bei Kindern geführt. In der Universitätskinderklinik Philadelphia stieg die Anzahl der Gastroskopien zwischen 1985 und 2005 um das 12-fache, dabei stieg signifikant der Anteil von Endoskopien mit Biopsien aus allen Abschnitten. Es wurden zwar absolut mehr Patienten mit pathologischen Befunden diagnostiziert aber der Anteil der Endoskopien mit pathologischen Befunden fiel von 48 % auf 22 % (2). Zwar sind schwere Komplikationen nach Endoskopien selten, aber fast jede Endoskopie bei Kindern erfordert eine Analgosedierung oder eine Narkose. Bei einer Analgosedierung mit Propofol muss ein zweiter Arzt mit intensivmedizinischer Erfahrung sowie ein anästhesiologisches Notfallteam in Rufbereitschaft oder ein Anästhesist anwesend sein. Wenn keine Aspiration zu befürchten ist, sind die Eingriffe risikoarm auch ohne Intubation möglich. Bei Aspirationsrisiko muss immer eine Intubationsnarkose mit geblocktem Tubus durchgeführt werden. Nach einer Gastroskopie gaben 42 % der Untersuchten Beschwerden an, vor allem vorübergehende Heiserkeit und Halsschmerzen, aber auch Husten, Bauchschmerzen, Übelkeit und andere, weswegen zum Teil erneut ein Arztkontakt notwendig war (7). Im Vergleich zu nichtinvasiven Untersuchungen sind Endoskopien teuer.

Untersuchungsmöglichkeiten des Magen-Darm-Trakts

Je nach Beschwerdebild werden verschiedene Untersuchungen in der Kindergastroenterologie eingesetzt: Labordiagnostik in Blut und Stuhl, seltener im Urin, Atemtests, Funktionsuntersuchungen wie pH-Metrie, Impedanzmessungen, Manometrien und bildgebende

Endoskopie	Andere Bildgebung des Magen-Darm-Trakts (Sonographie, Röntgen mit Kontrastmittelfüllung, MRT, CT)
Was sieht man <ul style="list-style-type: none"> • Anatomie (Fehlbildung, Stenosen, Dilatationen) • Schleimhautoberfläche • Blutung • Fremdkörper • (Motilität) 	Was sieht man <ul style="list-style-type: none"> • Anatomie (Fehlbildung, Stenosen, Dilatationen) • Fremdkörper • Transport, (Motilität) • Tiefere Strukturen, Wandschichten (Sono, MRT, CT)
Was sieht man nicht <ul style="list-style-type: none"> • Transport • Tiefer gelegene Strukturen • Mittlerer Dünndarmbereich (außer Doppelballonendoskopie) 	Was sieht man nicht <ul style="list-style-type: none"> • Schleimhautoberfläche • Blutung • Nicht bildgebende Fremdkörper
Mögliche Interventionen <ul style="list-style-type: none"> • Schleimhautbiopsien • Dilatationen • Abtragungen von Polypen • Blutstillung • Varizenbehandlung • Anlage Ernährungs sonden 	Mögliche Interventionen <ul style="list-style-type: none"> • Dilatationen unter Durchleuchtung

Tab. 1: Möglichkeiten verschiedener bildgebender Untersuchungen des Magen-Darm-Trakts



Dr. Antje Ballauff

Diagnostik, wozu auch die Endoskopie gehört. Um die Diagnostik sinnvoll und gezielt einzusetzen, müssen Differenzialdiagnosen diskutiert werden und überlegt werden, welche Diagnostik die aufkommenden Fragen klären kann. Tabelle 1 stellt Möglichkeiten der endoskopischen Diagnostik anderen bildgebenden Verfahren gegenüber.

- Symptome: Dysphagie, Übelkeit, Erbrechen, Dyspepsie, Bauchschmerzen, Hämatinerbrechen, Sodbrennen
- Notfall: Fremdkörperingestion, Säure- oder Laugeningestion, akute schwere gastrointestinale Blutung
- Abklärung auffälliger Laborwerte: Eisenmangelanämie, positive Zöliakieserologie, positive nichtinvasive Helicobacter pylori-Diagnostik
- Kontrolluntersuchung bei bekannter Erkrankung
- geplante Interventionen (z. B. PEG Anlage, Dilatationen, Varizenbehandlung)

Tab. 2: Mögliche Indikationen für eine Gastroskopie

Indikation zur Gastroskopie	N	Häufigkeit pathologischer Befunde
Bauchschmerzen	287	29 % (histologisch 35 %)
Reflux	117	24 %
Erbrechen	86	31 %
Epigastr. Schmerzen	85	35 %
Dysphagie	73	56 %
Gedeihstörung	95	20 % (histologisch 34 %)

Tab. 3: Häufigkeit pathologischer Gastroskopiebefunde bei Kindern mit verschiedenen Symptomen in einem tertiären Zentrum in Colorado (Sheiko et al., 2013)

Genese	Befund	Risikopatienten
Refluxösophagitis	Rötung, Erosionen, Blutung im distalen Ösophagus	Cerebralparese, Ösophagusatresie, Große Hiatushernie
Eosinophile Ösophagitis	Weißliche Beläge, Ringbildung, Längsrillen	Allergiker
M. Crohn	Aphthen, Ulcera auf unauffälliger Schleimhaut	
Virale Ösophagitis (HSV, CMV)	Ausgestanzte Defekte, Aphthen	Immunsuppression
Soorösophagitis	Weißer Stippchen und Beläge	Immunsuppression

Tab. 4: Ösophagitiden im Kindesalter

Gastroskopie

Mögliche Indikationen für eine Gastroskopie sind in Tabelle 2 zusammengefasst.

Gastroskopie bei verschiedenen Symptomen

In zwei amerikanischen Studien in großen kindergastroenterologischen Abteilungen, die schon ein ausgewähltes Patientengut zugewiesen bekamen, wurde die diagnostische Ausbeute von Gastroskopien untersucht. In einer prospektiven Studie in Texas wurde in 2,6 Jahren bei 290 Kindern und Jugendlichen mit gastrointestinalen Symptomen die Indikation zur Gastroskopie gestellt, davon litten 40 % unter dyspeptischen Symptomen (Oberbauchschmerzen, Völlegfühl, Übelkeit nach Mahlzeiten), 75 % hatten ein Alarmsymptom. In diesem Kollektiv ergab die Gastroskopie nur bei 109 Patienten (38 %) einen pathologischen Befund (21 % Refluxösophagitis (z. T. nur histologisch), 4,5 % eosinophile Ösophagitis, 4,1 % eosinophile Gastroenteritis, 2,8 % Helicobacter pylori-Infektion, 0,6 % Ulcus) (10). In einer großen Studie in Colorado (8) ergab die Gastroskopie am häufigsten pathologische Befunde bei dem Symptom Dysphagie, während sich bei Bauchschmerzen nur in etwa 30 % Auffälligkeiten fanden, davon häufig sogenannte Minimalbefunde (Tabelle 3).

Dysphagie

Bei Beschwerden beim Schlucken wie retrosternalen Schmerzen oder Steckenbleiben von Nahrung kann eine Röntgenaufnahme des Mediastinums einen röntgendichten Fremdkörper in der Speiseröhre oder ein Breischluck, anatomische Auffälligkeiten wie eine Dilatation bei Achalasie oder Stenosen zeigen, die Schleimhaut der Speiseröhre lässt sich aber nur durch eine Endoskopie untersuchen.

Ösophagitiden (Tabelle 4 und Abbildung 1a-d) haben verschiedene Ursachen, die meist schon makroskopisch erkennbar sind, zum Teil aber nur histologisch, sodass immer Biopsien empfohlen werden. Ste-



Abb. 1a: Blick in den unteren Ösophagus: Entzündung mit circular konfluierenden Rötungen und Erosionen bei gastroösophagealer Refluxerkrankung



Abb. 1b: Blick rückwärts im Magen auf Ösophaguseingang. Man erkennt, dass die Kardia klappt und der Magen sich in den Thoraxraum stülpt: axiale Hiatushernie als mögliche Ursache für eine gastroösophageale Refluxerkrankung



Abb. 1d: Die weißlichen, nicht wegsplübbaren Schleimhautauflagerungen im Ösophagus sind auch typisch für eine Soorösophagitis. Histologisch oder im Bürstenabstrich kann man bei Unklarheit die Hyphen erkennen.



Abb. 1c: Blick in den mittleren Ösophagus. Man erkennt Längsrillen der Schleimhaut, Ringbildung und weißliche Auflagerungen als typische Zeichen der eosinophilen Ösophagitis. Histologisch findet sich eine eosinophile Infiltration.



nosen müssen ebenfalls endoskopisch abgeklärt und dann auch durch Dilatationen behandelt werden.

Eine Achalasie kann bei typischem radiologischen Befund durch eine Manometrie bestätigt werden. Wenn bei Verdacht auf Achalasie eine Endoskopie durchgeführt wird, muss besonders auf die Verhinderung einer Aspiration bei der meist gefüllten Speiseröhre (durch Intubation oder durch vorheriges Absaugen) geachtet werden!

Fremdkörper müssen rasch (Notfall!) aus der Speiseröhre entfernt werden, da es schnell zu Drucknekrosen und Perforationen kommen kann.

Bei dysphagischen Beschwerden sollte die Indikation zur Gastroskopie großzügig gestellt und auch bei unauffälligem Befund biopsiert werden, um nicht z. B. eine eosinophile Ösophagitis zu übersehen.

Übelkeit und Erbrechen

Häufigste Ursache für Übelkeit und Erbrechen sind Infekte. Vor allem bei morgendlichem Nüchternerebrechen muss eine cerebrale Ursache ausgeschlossen werden. Postprandiale Übelkeit kann durch eine Magenentleerungsstörung, eine Passagestörung und selten durch eine Gastritis bedingt sein. Eine Gastroskopie ist nach guter differenzialdiagnostischer Abwägung bei schwerer Symptomatik, anhaltenden Symptomen über 2-4 Wochen oder bei zusätzlichen epigastrischen Schmerzen indiziert.

Rezidivierende Bauchschmerzen

Bauchschmerzen im Kindesalter haben eine sehr große Anzahl von Differenzialdiagnosen, weswegen eine gute Anamnese und körperliche Untersuchung unerlässlich sind zur näheren Eingrenzung. Erst ab dem Alter von 10-12 Jahren sind Angaben zur Lokalisation der Beschwerden ausreichend verlässlich. Zuerst sollte nach Warnsymptomen (Tabelle 5) gefahndet werden (1), wenn diese nicht vorliegen kann je nach Ausprägung der Beschwerden eine Basisdiagnostik erfolgen (Blutbild, Leber-, Pankreaswerte, CRP, Blutsenkung, IgA, Anti Transglutaminase IgA, Urinstatus, Entzündungsmarker im Stuhl, diätetische Austestung oder Atemtests für Fruktose- und Laktosemalabsorption, Ultraschalluntersuchung). Selbst bei so selektieren Patienten ist nur bei etwa 30 % ein pathologisches Ergebnis bei einer Gastroskopie zu erwarten (8, 10). Wir stellen die Indikation zur Gastroskopie bei Kindern, wenn anhaltende oder rezidivierende Bauchschmerzen epigastrisch lokalisiert werden oder weitere Symptome vorliegen (Tabelle 6) oder wenn Patienten ein erhöhtes Risiko für eine Erkrankung des Ösophagus oder Magen haben (z. B. Kinder mit Cerebralparese, Ösophagusatresie, schwerer Immunsuppression, positiver Familienanamnese für Ulcera, *Helicobacter pylori* Infektion). Eine Gastroskopie „nur zur Beruhigung“ von Patient und Eltern halten wir nicht für sinnvoll, sondern stellen

Anamnestische und klinische Warnhinweise für eine organische Ursache bei chronischen Bauchschmerzen im Kindes- und Jugendalter („red flag signs“)¹

- anhaltende Beschwerden im oberen und unteren rechten Quadranten
- Schluckbeschwerden, Sodbrennen
- unbeabsichtigter Gewichtsverlust > 10 %
- eingeschränktes Körperwachstum
- rezidivierendes Erbrechen
- chronischer und vor allem nächtlicher Durchfall
- Hinweise auf gastrointestinalen Blutverlust (Hämokkultest, sichtbares Blut)
- unklares Fieber
- auffälliger Untersuchungsbefund (zum Beispiel pathologische Resistenz, Hepatomegalie, Splenomegalie, Abwehrspannung)
- positive Familienanamnese, unter anderem bezüglich chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen, Zöliakie, peptischem Magengeschwür
- Arthritis
- Auffälligkeiten beim Wasserlassen
- verzögerte Pubertät
- gynäkologische Auffälligkeiten (Dysmenorrhö, ausbleibende Menstruation)
- nächtliche Schmerzen, die den Patienten wecken

¹ Warnhinweise sollten Anlass für weiterführende diagnostische Untersuchungen zum Ausschluss einer organischen Ursache sein; modifiziert nach (3, 6).

Tab. 5 : Warnsymptome bei chronischen Bauchschmerzen, die zu einer weiterführenden Abklärung führen sollten (aus Dtsch Arztebl Int 2011; 108(17): 295-304; DOI: 10.3238/arztebl.2011.0295)

Dysphagie

Refluxsymptome (Aufstoßen, Sodbrennen, Eisenmangelanämie)

Hämatinerbrechen

Starke epigastrische Schmerzen (V. a. Ulcus)

Übelkeit, Erbrechen

Tab. 6: Zusätzliche Symptome, die bei Kindern mit Bauchschmerzen zur Indikation Gastroskopie führen

bei entsprechender Konstellation die Diagnose „funktionelle Bauchschmerzen“ und schulen die Familie bezüglich Genese und Behandlungsmöglichkeiten.

Notfallgastroskopie

Eine Notfallendoskopie ist bei Bluterbrechen oder Teerstuhl mit Hb-Abfall indiziert, Blutungsquellen können (neben verschlucktem Blut nach starkem Nasenbluten) Ulcera, Varizen, seltener eine Mallory Weiß Läsion (Schleimhautfissur an der Kardia nach heftigem Erbrechen) oder andere seltene Ursachen sein. Bei Teerstuhl kann die Blutungsquelle auch im Dünn- oder proximalen Dickdarm liegen. Kinder mit einer schweren intestinalen Blutung müssen primär intensivmedizinisch versorgt werden. Eine Endoskopie sollte dort erfolgen, wo auch eine endoskopische Behandlung und Blutstillung möglich ist. Vor allem jüngere Kinder sollten hierfür intubiert werden, um Aspirationen zu vermeiden.

Bei Laugen- oder Säureingestion muss sofort die periorale Hautregion und die Mundhöhle mit Wasser gespült werden (schlucken vermeiden!, kein Wasser trinken lassen!, kein Erbrechen auslösen! zur Vermeidung einer weiteren Verteilung der ätzenden Substanz). Bei oralen Läsionen oder bei Ingestion starker Laugen (pH > 11; v. a. professionelle Reinigungsmittel) oder starker Säuren (pH < 2) wird die Endoskopie frühestens nach 6-24 Std empfohlen, da erst dann das volle Ausmaß der Läsionen erkennbar ist. Eine sofortige Endoskopie kann bei Granulat zum Bergen mit einer Zange sinnvoll sein.

Jeder nachgewiesene Fremdkörper in der Speiseröhre (Abbildung 2) muss unabhängig von Symptomen so schnell wie möglich entfernt werden, da es rasch zu Drucknekrosen mit der Gefahr einer Perforation kommen kann (bei distal sitzenden Fremdkörpern kann ggf. versucht werden, den Fremdkörper mit einer Magensonde in den Magen vorzuschieben). Fremdkörper im Magen sollten sofort entfernt werden wenn sie spitz



Abb. 2: Blick in den distalen Ösophagus: Vor dem unteren Ösophagussphinkter ist ein Fremdkörper eingeklemmt

oder lang (> 6-10 cm je nach Alter, da sie das duodenale C nicht passieren) sind, oder ätzend (lithiumhaltige Batterien), und spätestens am nächsten Morgen, wenn sie zu groß sind, um den Pylorus zu passieren (Durchmesser > 1,5-2 cm bei Kindern, > 2-2,5 cm bei Jdl./Erw.).

Gastroskopie zur Abklärung auffälliger Laborwerte

Eisenmangelanämie

Eine unzureichende Eisenzufuhr ist die häufigste Ursache für Eisenmangelanämien bei Kindern. Bei schwerer Anämie oder fehlender Besserung unter Eisensubstitution sollte an eine Malabsorption oder einen intestinalen occulten Blutverlust gedacht werden. Es sollte serologisch eine Zöliakie ausgeschlossen werden. Man kann zunächst eine Testung auf occultes Blut im Stuhl durchführen, aber gerade bei Kindern mit Cerebralparese oder auch Säuglingen kann eine Eisenmangelanämie hinweisend sein für eine unerkannte Refluxösophagitis, die nur durch eine Gastroskopie diagnostiziert werden kann.

Zöliakie

Bei einer positiven Zöliakieserologie (Transglutaminase-IgA Antikörper erhöht) oder bei klinischem Verdacht auf eine Zöliakie bei IgA-Mangel und/oder positiven deaminierten Gliadinpeptid-IgG oder Transglutaminase-IgG Antikörpern ist zur Sicherung der lebenslang bestehenden Diagnose **vor Beginn einer glutenfreien Diät** eine Dünndarmbiopsie notwendig. Diese wird heute in der Regel im Rahmen einer Endoskopie gewonnen, wobei mindestens 4 Zangenbiopsien im Duodenum descendens distal der Papille und mindestens eine Biopsie aus dem Bulbus entnommen werden soll, die spezifisch bezüglich einer Zöliakie untersucht werden müssen. Entsprechend den neuen Leitlinien der europäischen Gesellschaft für Kindergastroenterologie (ESPGHAN) kann

man dann auf die Biopsie verzichten, wenn ein Kind älter als 2 Jahre ist, typische Symptome für eine Malabsorption hat, wenn die Transglutaminase-IgA Antikörper um mehr als das 10-fache der Norm erhöht sind, zusätzlich mittels Immunfluoreszenztest stark erhöhte Endomysium-IgA Antikörper nachgewiesen werden und bei dem Kind HLA DQ2 oder HLA DQ8 nachweisbar ist (3).

Helicobacter pylori Infektion

Wenn durch einen nicht invasiven Test (Antikörpertest im Blut, Antigentest im Stuhlgang, C13-Harnstoff-Atemtest) Hinweise für eine Helicobacter pylori Infektion bestehen, dann sollte bei Kindern erst eine Gastroskopie durchgeführt werden, um einen zweiten Nachweis für die Infektion zu bekommen, um den Keim zu kultivieren und eine Resistenztestung durchzuführen und um einen endoskopischen Ausgangsbefund zu ermitteln. Die Resistenztestung ist wichtig, da inzwischen häufig Clarithromycin und/oder Metronidazol resistente Keime gefunden werden. Eine gezielte Therapie ist sinnvoll um den Eradikationserfolg zu verbessern und weitere Resistenzbildungen zu vermeiden. Zwar haben mehr als 90 % aller Patienten mit Ulcera eine Helicobacterinfektion aber weniger als 1 % der Infizierten entwickeln ein Ulcus und extrem viel weniger einen Magentumor. Da die Infektion zu einer Hypoazidität des Magens führt wird umgekehrt ein gewisser Schutz vor Ösophaguskarzinomen diskutiert (5). Eine absolute Therapieindikation besteht, wenn ein Ulcus nachgewiesen wird oder wenn Familienmitglieder Magen- oder Duodenalulcera oder Magenkarzinome hatten. Die noduläre Antrumgastritis (Abbildung 3), die man bei den meisten Helicobacter pylori-infizierten Kindern und Jugendlichen findet, ist eine normale Abwehrreaktion des Körpers auf den Keim. Ein Zusammenhang mit rezidivierenden Bauchschmerzen konnte nicht bewiesen werden, auch wenn viele Einzelfälle mit Beschwerdebesserung nach Eradikation beschrieben sind (4).

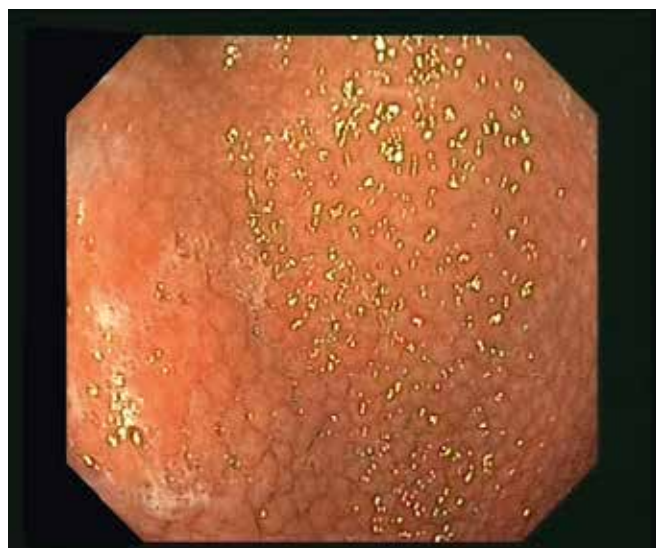


Abb. 3: Blick ins Antrum: Die noduläre Schleimhaut ist typisch für eine Helicobacter pylori Gastritis



Abb. 4a: Koloskopie: Man erkennt neben unauffälligen Abschnitten entzündete Areale mit Ulcera. Diese diskontinuierliche, ulcerierende Entzündung ist typisch für einen Morbus Crohn.



Abb. 4b: Koloskopie: Man erkennt eine flächige, kontinuierliche Rötung mit samtartigen Fibrinbelägen ohne tiefere Ulcera, die Blutgefäße in der sonst blassen Schleimhaut sind nicht mehr erkennbar. Auch wenn letztlich die Histologie Unterscheidungsmerkmale zum Morbus Crohn ergibt ist dieser makroskopische Befund typisch für eine Colitis ulcerosa

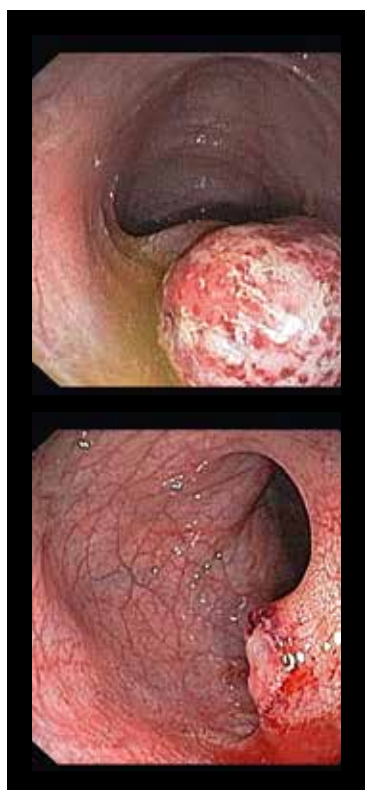


Abb. 4c: Koloskopie: Als häufige Ursache für sonst symptomlose rezidivierende Blutauflagerungen auf dem Stuhlgang zeigt die Abbildung einen gestielten Polyp im Rektum, der histologisch als Granulationspolyp beurteilt wird. Typisch ist die erdbeerartige, leicht arrodierete Oberfläche.

Koloskopie

Eine Koloskopie ist wegen der dafür notwendigen Vorbereitung des Darms eine wesentlich belastendere Untersuchung als eine Gastroskopie. Umgekehrt ist nur nach guter Darmreinigung eine risikoarme und aussagekräftige Untersuchung möglich, weswegen wir die Untersuchung in der Regel nur unter stationären Bedingungen durchführen. Bei jüngeren Kindern und Kindern, die keine Vorbereitungslösungen trinken wollen oder können, bieten wir die retrograde Darmirrigation an (9).

Während bei Erwachsenen die Früherkennung eines Kolonkarzinoms die häufigste Indikation darstellt, sollte bei Kindern und Jugendlichen nur bei wegweisenden Symptomen oder Befunden für eine Dickdarmerkrankung eine Darmspiegelung erfolgen. Die Indikation sollte durch einen Kindergastroenterologen gestellt werden. Bei guter Auswahl der Patienten finden sich seltener unauffällige Befunde als bei der Gastroskopie (6).

Koloskopie bei verschiedenen Symptomen

Rezidivierende Bauchschmerzen

Bei Bauchschmerzen ohne Warnsymptome ist keine Koloskopie indiziert. Allerdings nimmt die Häufigkeit chronisch entzündlicher Darmerkrankungen im Kindes- und Jugendalter zu und bei fehlenden Durchfällen wird die Diagnose oft verzögert gestellt. Hinweisend sind chronische Durchfälle, Gewichtsabnahme, Fieber, Leistungsknick, Blut im Stuhlgang. Im Labor sind häufig Entzündungswerte erhöht, z. T. aber nur die Blutsenkung bei normalem C-reaktiven Protein, wegweisend sind ferner eine Anämie oder Hypalbuminämie.

Bei unauffälligen Blutwerten ist die zusätzliche Messung eines Entzündungsmarkers im Stuhl, z. B. Calprotectin hilfreich. Dieser Wert differenziert gut zwischen funktionellen Beschwerden und entzündlichen Darmerkrankungen. Allerdings ist er auch bei Darminfektionen erhöht und bei Säuglingen und Kleinkindern ist der Normwert höher als bei Schulkindern. Die Indikation zur Koloskopie bei leichten Erhöhungen muss im Gesamtkontext gestellt werden.

Chronische Durchfälle

Bei Durchfällen ohne Blutbeimengungen sollten verschiedenste Differenzialdiagnosen ausgeschlossen werden bevor eine Koloskopie indiziert ist. Welche Vordiagnostik (Tabelle 7) sinnvoll ist hängt von anamnestischen Angaben, Art der Durchfälle, Hinweisen für eine Gedeihstörung und klinischem Untersuchungsbefund ab.

Bei blutigen Durchfällen ist eine entzündliche Genese sehr wahrscheinlich und nach Ausschluss einer Darminfektion (Viren, bakterielle Erreger, Clostridium difficile) ist die Koloskopie zur weiterführenden Abklärung indiziert.

Rektale Untersuchung	Ausschluß Überlaufenkopresis, -diarrhoe
Stuhldiagnostik	Bakterien incl. Clostridium difficile, Parasiten, Pankreaselastase, fäkaler Entzündungsmarker Bei wässrigen Stühlen: pH, Clinitest, Elektrolyte
Bluttests	Blutbild, Differenzialblutbild, CRP, Blutsenkung, Zöliakieserologie, Albumin, IgG, IgA, IgE, Nahrungsmittel-RAST, TSH, fT4
Diätetische Austestung	Laktose-, Fruktoseverträglichkeit
H2-Atemtests	Laktose, Fruktose, Saccharose (evtl. Laktulose zur Testung der H2-Bildung)

Tab. 7: Mögliche Diagnostik bei chronischen Durchfällen zur Eingrenzung von Differenzialdiagnosen vor einer Koloskopie

Hämatochezie, perianale Blutung

Wenn bei Patienten mit rezidivierender perianaler Blutung eine Analfissur oder eine perianale Dermatitis mit Fissuren ausgeschlossen wurde, muss endoskopisch weiter nach der Blutungsquelle gefahndet werden. Differenzialdiagnostisch kommen vor allem Polypen oder eine Entzündung in Frage (Abb. 4 a-c), selten Gefäßmalformationen. Darmkrebs kommt im Kindes- und Jugendalter praktisch nicht vor, sodass man Eltern diesbezüglich beruhigen kann. Bei Säuglingen im ersten Lebenshalbjahr ist die allergische Proktokolitis die häufigste Ursache. Hier reicht in der Regel die Eliminationsdiät. Nur bei atypischen Befunden (Anämie, erhöhte Entzündungswerte, krank wirkender Säugling, persistierende Blutung unter Eliminationsdiät) ist eine Koloskopie indiziert.

Fazit für die Praxis

Durch technische Fortschritte sind Endoskopien als komplikationsarme Eingriffe auch bei kleinen Kindern

und Säuglingen möglich. Die besondere ärztliche Herausforderung besteht nicht in der Durchführung der Eingriffe sondern in einer gut überlegten Indikationsstellung um nötige Eingriffe nicht zu versäumen aber vor allem auch unnötige zu vermeiden. Hierfür ist die Kenntnis der Krankheitsbilder in der pädiatrischen Gastroenterologie, die sich bezüglich Art und Häufigkeit stark von denen bei Erwachsenen unterscheiden, von großer Bedeutung.

Literatur bei der Verfasserin.

Die Autorin erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Dr. Antje Ballauff
Helios Klinikum Krefeld
Zentrum für Kinder- und Jugendheilkunde
Lutherplatz 40
47795 Krefeld
E-Mail: antje.ballauff@helios-kliniken.de

Red.: Huppertz

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

Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:

eine Vertretung

einen Weiterbildungsassistenten

einen Nachfolger

einen Praxispartner

oder suchen Sie als angehender bzw. ausgebildeter Pädiater:

eine Vertretungsmöglichkeit

eine Weiterbildungsstelle

eine Praxis/Gemeinschaftspraxis
bzw. ein Jobsharingangebot

dann wenden Sie sich bitte an die

Geschäftsstelle des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.,
 Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. (02 21) 68 90 90, Tfx. 02 21 / 68 32 04
 E-Mail: bvkg.buero@uminfo.de

Aufnahme in den „Zentralen Vertretungsnachweis“ – Bitte nehmen Sie mich als Mitglied mit folgenden Angaben auf:

Ich suche einen Praxisnachfolger/Partner

Ich suche eine Vertretung

Ich suche einen Kollegen zur Mitarbeit/Jobsharing

Ich nehme eine/n Weiterbildungsassistenten/in auf

Zeitraum: von _____ bis _____

Unterkunft kann gestellt werden: ja nein

Ich möchte in eine Praxis/Gemeinschaftspraxis einsteigen

Ich möchte in einer Praxis mitarbeiten/Jobsharing

Ich möchte in einer Praxis vertreten

Ich suche eine Weiterbildungsstelle

Zeitraum: von _____ bis _____ in folgendem Raum _____

Sonstiges: _____

Persönliche Daten:

Vorname

Nachname

Straße

PLZ / Ort

E-Mail

Tel. / mobil

Datum

Unterschrift

Stempel

Determinanten der psychischen Gesundheit im Einschulungsalter – Ergebnisse einer populationsbezogenen Untersuchung in Dresden



Prof. Dr. med.
Jochen Schmitt^{1,2}

Karsten Rossa¹

Mario Rüdiger³

Jörg Reichert³

Michaela
Schirutschke¹

Heike Frank⁴

Veit Roessner⁵

Reinhard Berner⁶

Elke Siegert⁴

Hintergrund

Die Kenntnis relevanter Determinanten der psychischen Gesundheit im Einschulungsalter ist Voraussetzung für die Entwicklung frühzeitiger, evidenzgeleiteter Präventions- und Interventionsmaßnahmen.

Methode

Im Rahmen der gesetzlichen Schulaufnahmeuntersuchung wurden bei allen Einschulkindern des Schuljahres 2013/14 im Stadtgebiet Dresden freiwillig und anonym psychische Auffälligkeiten (Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) P4-16), soziodemographische Charakteristika, Geburtsgewicht und Alter bei Betreuungsbeginn in einer Kindertageseinrichtung erfasst. Im SDQ-Gesamtpunktwert als grenzwertig oder auffällig eingestufte Kinder wurden als Risikogruppe für psychische Störungen klassifiziert.

Ergebnisse

Von den insgesamt 5190 vorstelligen Kindern nahmen 3945 (76%) an der Studie teil (49% weiblich). 16,5% der Jungen und 10,3% der Mädchen wurden der Risikogruppe für psychische Störungen zugeordnet. Anhand multivariater Regressionsanalysen (Odds Ratio [95%-Konfidenzintervall]) wurden neben dem Geschlecht (männlich vs. weiblich 1,62 [1,30-2,03]) geringes Geburtsgewicht <1500g vs. >2500g 3,65 [1,38-9,66], später Betreuungsbeginn (>36.Lebensmonat vs. ≤12. Lebensmonat 1,82 [1,16-2,84], alleinerziehende Eltern (1,63 [1,24-2,15]) und niedriger elterlicher Bildungsstand (Hauptschulabschluss vs. Abitur 4,27 [2,94-6,20]) als unabhängige Risikofaktoren psychischer Auffälligkeiten identifiziert. Vergleichbare Zusammenhänge bestanden für die SDQ-Subskalen „emotionale Probleme“, „Hyperaktivität“, „Verhaltensprobleme“ und „Probleme mit Gleichaltrigen“.

Schlussfolgerung

Psychische Auffälligkeiten im Einschulungsalter folgen einem sehr deutlichen sozialen Gradienten. Frühzeitiger Betreuungsbeginn in einer Kindertageseinrich-

tung scheint mit einem geringeren Risiko für psychische Störungen assoziiert zu sein. Frühgeborene Kinder sind im Einschulungsalter häufiger psychisch auffällig.

Kernaussagen

- Rund 14% der Kinder im Einschulungsalter in Dresden können der Risikogruppe für psychische Störungen zugeordnet werden.
- Jungen zeigen häufiger psychische Auffälligkeiten als Mädchen (16,5% vs. 10,3%).
- Als wesentliche soziodemographische Determinanten psychischer Auffälligkeiten bei Einschulkindern wurden ein niedriger elterlicher Bildungsstand und Aufwachsen mit nur einem Elternteil identifiziert.
- Frühgeborene Kinder mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1500 g zeigen rund viermal häufiger psychische Auffälligkeiten als Einschulkindern mit Geburtsgewicht über 2500 g.
- Je früher Kinder eine Kindertageseinrichtung besuchen, desto niedriger ist die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten zum Zeitpunkt der Einschuluntersuchung.
- Der vergleichsweise hohe Bildungsstand der Dresdner Bevölkerung und der hohe Anteil an Kindern, die vor dem 2. Geburtstag eine Kindertageseinrichtung besuchen, kann möglicherweise die im Vergleich zum Bundesdurchschnitt in Dresden deutlich niedrigere Prävalenz psychischer Auffälligkeiten im Einschulungsalter erklären.

Einleitung

Psychische Erkrankungen sind in allen Altersgruppen häufig und inzwischen die weltweit wichtigste Ursache für Einschränkungen der Lebensqualität (1). Die Krankheitslast psychischer Erkrankungen ist in der Altersgruppe der 10- bis 29-Jährigen am größten (1). Psychische Belastungen und Auffälligkeiten im Kindesalter persistieren häufig bis ins Erwachsenenalter und stellen eine wichtige Ursache für die psychische Morbidität im Jugendlichen- und jungen Erwachsenenalter dar (2-4). Psychische Auffälligkeiten führen bei Kindern und Jugendlichen häufig zu deutlichen Einschränkungen der Lebensqualität, können die körperliche Entwicklung beeinträchtigen und weitreichende Probleme in der Familie, im sozialen Umfeld und in der Schule bedingen (5,6). Umgekehrt können Belastungssituationen im familiären oder erweiterten sozialen Umfeld zur Entwicklung beziehungsweise

¹ TU Dresden, Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin

² TU Dresden, Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung

³ TU Dresden, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Fachbereich Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin

⁴ Gesundheitsamt der Landeshauptstadt Dresden, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst

⁵ TU Dresden, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

⁶ TU Dresden, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin

Chronifizierung psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen beitragen (7,8).

Die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) ermittelte in beiden Erhebungen 2003-2006 und 2009-2012 eine konstant hohe Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei 3- bis 17-Jährigen von rund 20% (9,10). Der hohe Anteil an Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten hat eine außerordentlich hohe medizinische und auch gesellschaftliche Relevanz, sodass zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen und effektive Versorgungsstrukturen gefordert sind (10). Die Entwicklung frühzeitiger, wirksamer Präventions- und Interventionsmaßnahmen erfordert jedoch eine präzise Kenntnis der demographischen, sozialen und medizinischen Determinanten psychischer Auffälligkeiten im Kindesalter. Ziel der vorliegenden Studie war es, einen möglichst großen Anteil der Kinder im Einschulungsalter im Stadtgebiet Dresden bezüglich ihrer psychischen Gesundheit zu untersuchen und relevante Determinanten psychischer Auffälligkeiten zu erfassen.

Methode

Studientyp und Datenbasis

Die Studie wurde im Anschluss an die Schulaufnahmeuntersuchung bei allen Einschulkindern des Schuljahres 2013/14 im Stadtgebiet Dresden zusätzlich, freiwillig und anonym angeboten. Die Schulaufnahmeuntersuchung ist eine gesetzliche Pflichtuntersuchung für alle Kinder vor Schulaufnahme (§ 26a Sächs. Schulgesetz). Im Anschluss an die Schulaufnahmeuntersuchung wurden die Eltern durch die jeweilige Ärztin des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes Dresden über die Zusatzerhebung zur psychischen Gesundheit aufgeklärt und gebeten, einen anonymisierten 2-seitigen Fragebogen auszufüllen. Die Studie erfolgte im Einklang mit der Deklaration von Helsinki und mit allen rechtlichen Vorgaben. Die Studie wurde anonym durchgeführt, um eine möglichst hohe Einschussrate und damit verallgemeinerbare Ergebnisse zu erzielen, sodass keine Vorlage bei der Ethikkommission notwendig war.

Zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten wurde die deutsche Version des Strengths and Difficulties Questionnaire (11) (SDQ; Version P4-16 für Eltern von 4- bis 16-Jährigen) eingesetzt. Der SDQ ist international etabliert, valide, reliabel und praktikabel einsetzbar (12-14). Validierte Übersetzungen liegen für Deutsch und viele andere Sprachen vor (www.sdq-info.org). Der SDQ besteht aus 25 Fragen, die sich den vier Problemskalen „emotionale Probleme“, „Verhaltensauffälligkeiten“, „Hyperaktivität“ und „Probleme mit Gleichaltrigen“ sowie der Stärkeskala „prosoziales Verhalten“ zuordnen lassen. Die Summe der vier Problemskalen ergibt den Gesamtproblemwert. Anhand einer deutschen Normstichprobe (15) wurden Cut-off-Werte festgelegt, nach denen die Teilnehmer für die fünf Subskalen sowie den Gesamtproblemwert als

„unauffällig“, „grenzwertig auffällig“ und „auffällig“ klassifiziert werden.

Als mutmaßliche Determinanten psychischer Auffälligkeiten wurden männliches Geschlecht, niedriger Bildungsstand der Eltern, alleinerziehende Eltern, belastende Lebensereignisse, niedriges Geburtsgewicht und ärztlich diagnostizierte Neurodermitis vermutet. Weiterhin mutmaßten wir, dass ein später Betreuungsbeginn in einer Kindertageseinrichtung insbesondere in Familien mit niedrigerem sozialem Status mit einem erhöhten Risiko psychischer Auffälligkeiten bei Einschulung assoziiert ist. Als weitere mögliche Determinanten wurden die Anzahl an Geschwistern und Migrationshintergrund erfasst. Zur Erfassung des Migrationshintergrundes wurden die Teilnehmer gefragt, welche Sprachen im Haushalt des Schulanfängers gesprochen werden. Belastende Lebensereignisse wurden definiert als einschneidendes, sehr belastendes Ereignis, wie z. B. eigene schwere Krankheit oder schwere Krankheit, Trennung oder Tod einer wichtigen Bezugsperson des Kindes. Zusätzlich wurde das Geschlecht des ausfüllenden Erziehungsberechtigten und dessen höchster Schulabschluss erfasst. Der Erhebungsbogen wurde in den Sprachen Deutsch, Russisch, Englisch, Vietnamesisch und Türkisch eingesetzt und vor dem eigentlichen Einsatz in der Studie auf Verständlichkeit geprüft.

Statistische Analyse

Zunächst wurde anhand von deskriptiven Analysen die Verteilung der erhobenen Charakteristika der eingeschlossenen Kinder, insgesamt und stratifiziert nach dem SDQ-Gesamtproblemwert (Kategorien unauffällig, grenzwertig, auffällig), dargestellt. In Übereinstimmung mit der KiGGS-Studie wurden für die folgenden Regressionsanalysen Kinder mit grenzwertig auffälligem oder auffälligem SDQ-Gesamtproblemwert als Risikogruppe für psychische Störungen klassifiziert (9,10). Neben bivariaten logistischen Regressionsmodellen für die oben genannten hypothetisierten Determinanten psychischer Auffälligkeit wurden multivariat adjustierte Regressionsmodelle eingesetzt, um unabhängige Zusammenhänge abzubilden. Die Darstellung der Risikofaktoren erfolgte anhand von Odds Ratios (OR) und 95%-Konfidenzintervallen (95%-KI). Zur Detektion möglicher Interaktionen wurden stratifizierte Analysen durchgeführt. Zusätzlich zum Gesamtproblemwert wurden die Regressionsanalysen auch für jede der vier SDQ-Problemskalen sowie die -Stärkeskala berechnet.

Ergebnisse

Deskriptive Analysen

Von den insgesamt 5190 zur Schulaufnahmeuntersuchung vorstelligen Kindern nahmen 3945 (76%) an der Studie teil. Tabelle 1 fasst die soziodemographischen Charakteristika der Teilnehmer zusammen. Rund die Hälfte der teilnehmenden Kinder (49,3%) war weiblich. Rund 15% der Kinder lebten nur mit einem Erwachsenen

	Alle Teilnehmer n=3.945	SDQ Gesamtproblemwert n=3.923		
		Unauffällig n=3.386 (86,3%)	Grenzwertig n=289 (7,4%)	Auffällig n=248 (6,3%)
Alter (Jahre) n=3.819 Mittelwert (\pm SD)	5,9 (\pm 0,4)	5,9 (\pm 0,4)	6,0 (\pm 0,4)	5,9 (\pm 0,4)
Geschlecht n=3.461				
- Männlich	1.756 (50,7%)	1.462 (49,0%)	148 (59,9%)	141 (64,7%)
- Weiblich	1.705 (49,3%)	1.524 (51,0%)	99 (40,1%)	77 (35,3%)
Geschwister n=3.746				
- 0	930 (24,8%)	778 (24,1%)	73 (26,8%)	73 (32,7%)
- 1	1.989 (53,1%)	1.746 (54,0%)	145 (53,3%)	93 (41,7%)
- 2	643 (17,2%)	558 (17,3%)	38 (14,0%)	43 (19,3%)
- \geq 3	184 (4,9%)	153 (4,7%)	16 (5,9%)	14 (6,3%)
Erwachsene im Haushalt n=3.794				
- 1 (Alleinerziehend)	564 (14,9%)	433 (13,2%)	68 (25,2%)	58 (25,2%)
- \geq 2	3.230 (82,7%)	2.845 (86,8%)	202 (74,8%)	172 (74,8%)
Betreuung Kita / Krippe / Tagesmutter seit n=3.805				
- 2. - 12. Lebensmonat	898 (23,6%)	811 (24,8%)	48 (17,5%)	35 (14,9%)
- 13. - 24. Lebensmonat	1.529 (40,3%)	1.359 (41,5%)	99 (36,1%)	64 (27,2%)
- 25. - 36. Lebensmonat	1.110 (29,3%)	898 (27,4%)	102 (37,2%)	108 (46,0%)
- > 36. Lebensmonat	260 (6,8%)	204 (6,2%)	25 (9,1%)	28 (11,9%)
- nie	8 (0,2%)	7 (0,2%)	1 (0,4%)	0 (0%)
zu Hause gesprochene Sprachen n=3.823				
- nur Deutsch	3.446 (90,1%)	2.983 (90,5%)	242 (87,7%)	207 (88,1%)
- nur andere Sprache	54 (1,4%)	40 (1,2%)	7 (2,5%)	6 (2,6%)
- Deutsch und andere Sprache	323 (8,5%)	272 (8,3%)	27 (9,8%)	22 (9,4%)
Ärztliche Diagnose Neurodermitis n=3.795				
- nein	3.155 (83,1%)	2.738 (83,6%)	226 (83,1%)	176 (76,2%)
- ja	610 (16,1%)	517 (15,8%)	44 (16,2%)	47 (20,4%)
- unklar	30 (0,8%)	20 (0,6%)	2 (0,7%)	8 (3,5%)
Geburtsgewicht n=3.662				
- < 1.500 Gramm	30 (0,8%)	20 (0,6%)	6 (2,3%)	3 (1,4%)
- 1.500 bis 2.000 Gramm	36 (1,0%)	28 (0,9%)	1 (0,4%)	7 (3,1%)
- 2.001 bis 2.500 Gramm	142 (3,9%)	118 (3,7%)	14 (5,2%)	10 (4,5%)
- > 2.500 Gramm	3.454 (94,3%)	2.991 (94,7%)	246 (92,1%)	203 (91,0%)
Belastendes Lebensereignis n=3.786				
- nein	2.693 (71,1%)	2.416 (73,9%)	158 (58,1%)	107 (46,9%)
- ja	1.041 (27,5%)	818 (25,0%)	107 (39,3%)	111 (48,7%)
- unklar	52 (1,4%)	35 (1,1%)	7 (2,6%)	10 (4,4%)
Geschlecht ausfüllende Person n=3.794				
- Männlich	895 (23,6%)	777 (23,7%)	69 (25,2%)	44 (19,1%)
- Weiblich	2.899 (76,4%)	2.497 (76,3%)	205 (74,8%)	187 (81,0%)
Höchster Schulabschluss ausf. Person n=3.763				
- Abitur / Fachabitur	2.029 (53,9%)	1.856 (57,0%)	98 (36,7%)	70 (31,0%)
- Realschule / Polytechnische Ober- schule	1.421 (37,8%)	1.191 (36,6%)	120 (44,9%)	104 (46,0%)
- Hauptschule / Volksschule	234 (6,2%)	150 (4,6%)	40 (15,0%)	41 (18,1%)
- Kein Schulabschluss	33 (0,9%)	21 (0,7%)	4 (1,5%)	7 (3,1%)
- anderer Abschluss, z.B. im Ausland	46 (1,2%)	36 (1,1%)	5 (1,9%)	4 (1,8%)

Tab. 1: Charakteristika der Studienteilnehmer n=3.945

	Gesamt n=3.461	Mädchen n=1.705	Jungen n=1.756
Gesamtproblemwert n=3.923			
– unauffällig	3.386 (86,3%)	1.524 (89,7%)	1.462 (83,5%)
– grenzwertig	289 (7,4%)	99 (5,8%)	148 (8,5%)
– auffällig	248 (6,3%)	77 (4,5%)	141 (8,1%)
Emotionale Probleme n=3.924			
– unauffällig	3.404 (86,8%)	1.474 (86,7%)	1.516 (86,6%)
– grenzwertig	248 (6,3%)	104 (6,1%)	116 (6,6%)
– auffällig	272 (6,9%)	122 (7,2%)	119 (6,8%)
Verhaltensauffälligkeiten n=3.925			
– unauffällig	3.478 (88,6%)	1.555 (91,5%)	1.520 (86,6%)
– grenzwertig	278 (7,1%)	98 (5,8%)	134 (7,7%)
– auffällig	169 (4,3%)	47 (2,8%)	98 (5,6%)
Hyperaktivität n=3.923			
– unauffällig	3.441 (87,7%)	1.553 (91,4%)	1.486 (84,9%)
– grenzwertig	195 (5,0%)	62 (3,7%)	98 (5,6%)
– auffällig	287 (7,3%)	85 (5,0%)	167 (9,5%)
Probleme mit Gleichaltrigen n=3.923			
– unauffällig	3.678 (93,8%)	1.616 (95,1%)	1.621 (86,6%)
– grenzwertig	138 (3,5%)	49 (2,9%)	71 (4,1%)
– auffällig	107 (2,7%)	35 (2,1%)	59 (3,8%)
Prosoziales Verhalten n=3.926			
– unauffällig	3.677 (93,7%)	1.628 (95,8%)	1.609 (91,8%)
– grenzwertig	154 (3,9%)	44 (2,6%)	90 (5,1%)
– auffällig	95 (2,4%)	28 (1,7%)	54 (3,1%)

Tab. 2: Psychische Auffälligkeiten nach Geschlecht (Elternfragebogen SDQ)

zusammen im Haushalt. Bei einem Viertel der Kinder (23,6%) lag der Betreuungsbeginn in einer Kindertageseinrichtung zwischen dem 2. und 12. Lebensmonat, die Mehrzahl der Kinder (40,3%) wurde seit dem 13. bis 24. Lebensmonat in einer Kindertageseinrichtung betreut. Ein Geburtsgewicht unter 2500 Gramm hatten 208 Kinder (5,7%), darunter 30 Kinder (0,8%) ein Geburtsgewicht unter 1500 Gramm. Als höchster Schulabschluss wurde von der Mehrzahl der erziehungsberechtigten Begleitpersonen (53,9%) Abitur oder Fachabitur angegeben, 1421 Begleitperson (37,8%) hatten einen Realschulabschluss oder Abschluss einer Polytechnischen Oberschule, 6,2% (n=234) einen Hauptschulabschluss, 0,9% (n=33) keinen Schulabschluss und 1,2% (n=46) einen anderen Schulabschluss (Tabelle 1).

Insgesamt wurden 7,4% bzw. 6,3% der teilnehmenden Kinder anhand des SDQ-Gesamtproblemwerts als „grenzwertig auffällig“ bzw. „auffällig“ eingestuft. Im Gesamtproblemwert sowie in den SDQ-Subskalen „Verhaltensauffälligkeiten“, „Hyperaktivität“, „Probleme

mit Gleichaltrigen“ aber auch in der Dimension „prosoziales Verhalten“ zeigten Jungen deutlich häufiger Anzeichen für psychische Auffälligkeiten als Mädchen. In der SDQ-Subskala „emotionale Probleme“ bestand hingegen kein Unterschied zwischen Mädchen und Jungen (Tabelle 2).

Kinder alleinerziehender Eltern wurden deutlich häufiger der Risikogruppe für psychische Auffälligkeiten zugeordnet, als Kinder die mit mehreren Erwachsenen im Haushalt leben (22,5% vs. 11,6%; $p < 0,001$). Je später der Beginn der Betreuung in einer Kindertageseinrichtung war, desto häufiger fanden sich Anzeichen für psychische Auffälligkeiten ($p < 0,001$). So wurden nur 9,3% der Kinder mit Betreuungsbeginn bis zum 12. Lebensmonat jedoch 20,6% der Kinder mit Betreuungsbeginn nach dem 36. Lebensmonat der Risikogruppe für psychische Auffälligkeiten zugeordnet (Abbildung 1). Die stärksten Assoziationen mit psychischen Auffälligkeiten bestanden mit dem elterlichen Bildungsstand und dem Geburtsgewicht. Kinder von Eltern mit Hauptschulabschluss bzw. ohne Schulabschluss wurden in 35,0% bzw. 34,4% der Fälle als psychisch auffällig klassifiziert, während nur 8,3% der Kinder von Eltern mit Abitur psychisch auffällig waren ($p < 0,001$). Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von unter 1500g waren zu 31% psychisch auffällig, Kinder mit einem Geburtsgewicht über 2500g hingegen nur zu 13,1% ($p < 0,001$) (Abbildung 1).

Regressionsanalysen

Die bivariaten Regressionsanalysen bestätigten die in Abbildung 1 dargestellten signifikanten Zusammenhänge von männlichem Geschlecht, alleinerziehenden Eltern, spätem Betreuungsbeginn, niedrigem Geburtsgewicht und niedrigem elterlichen Bildungsstand mit einem erhöhten Risiko für psychische Auffälligkeiten (Tabelle 3). Auch Kinder aus Haushalten, in denen kein Deutsch gesprochen wird, Kinder, die mindestens ein belastendes Lebensereignis angaben, sowie Kinder, die am Stichtag 30.6.2013 jünger als 6 Jahre oder älter als 7 Jahre waren, hatten ein signifikant erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten.

Nach Adjustierung für mögliche Confounder hatte ein niedriger elterlicher Bildungsstand von allen untersuchten Variablen den größten Einfluss auf das Risiko für psychische Auffälligkeiten (OR [95%-KI]) Hauptschulabschluss vs. Abitur 4,27 [2,94-6,20]; Hauptschulabschluss vs. kein Abschluss 4,64 [2,06-10,44]. Einschulkinder von Eltern mit Realschulabschluss hatten ein annähernd doppelt so hohes Risiko für psychische Auffälligkeiten als Einschulkinder von Eltern mit Abitur (OR 1,80 [1,41-2,30]) (Tabelle 3).

Kinder mit einem Geburtsgewicht von unter 1500g hatten ein über 3-fach erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten verglichen mit Kindern mit einem Geburtsgewicht $> 2500g$ (OR 3,65 [1,38-9,66]). Auch späterer Betreuungsbeginn in einer Kindertageseinrichtung war ein unabhängiger Risikofaktor psychischer Auffälligkeiten der untersuchten Einschulkinder (25.-36. Lebensmonat vs. 2.-12. Lebensmonat OR 1,56 [1,13-2,15];

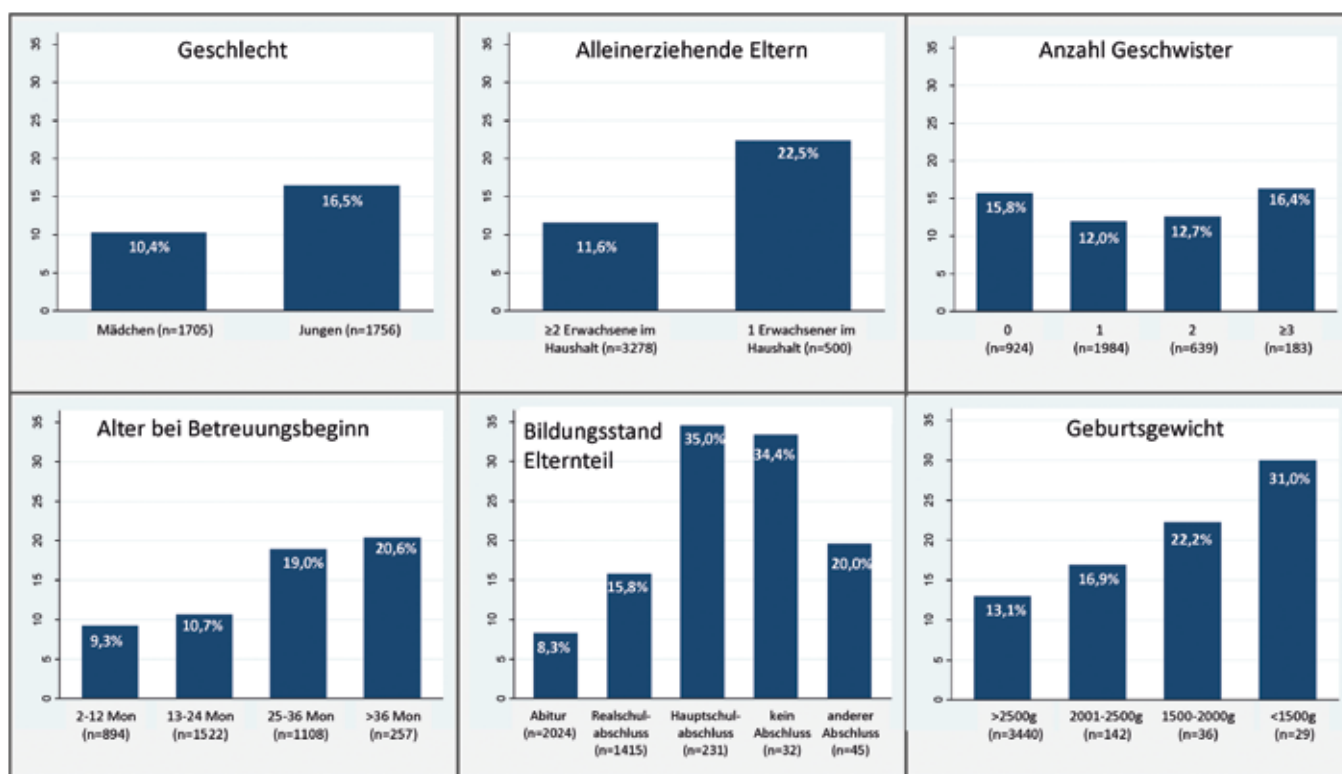


Abb. 1: Psychische Gesundheit der Dresdner Einschüler 2013: Anteil (%) mit grenzwertigem oder auffälligem Gesamtproblemwert (SDQ) nach soziodemographischen Charakteristika

nach 36. Lebensmonat vs. 2.-12. Lebensmonat OR 1,82 [1,16-2,84]). Weitere unabhängige Risikofaktoren für psychische Auffälligkeiten waren männliches Geschlecht (OR 1,62 [1,30-2,03]), alleinerziehende Eltern (OR 1,63 [1,24-2,15]) und belastende Lebensereignisse (OR 2,19 [1,78-2,70]) (Tabelle 3).

Anhand von stratifizierten Regressionsanalysen wurde der Einfluss des Betreuungsbeginns in der Kindertageseinrichtung in Abhängigkeit des elterlichen Bildungsstands, des Geschlechts, des Status alleinerziehende Eltern sowie dem Geburtsgewicht untersucht. (Tabelle 4) Später Betreuungsbeginn war bei beiden Geschlechtern, bei Kindern alleinerziehender und nicht alleinerziehender Eltern mit einem höheren Risiko für psychische Auffälligkeiten assoziiert. Bei Kindern von Eltern mit Abitur war später Betreuungsbeginn tendenziell ebenfalls mit einem erhöhten Risiko psychischer Auffälligkeiten assoziiert, jedoch war der Zusammenhang nicht linear; er war signifikant für Kinder mit Betreuungsbeginn im 25. bis 36. Lebensmonat vs. 2. bis 12. Lebensmonat (OR 2,66 [1,77-4,22]). Eine Effektmodifikation bestand zwischen Betreuungsbeginn und Frühgeburtlichkeit: Bei Kindern mit einem Geburtsgewicht unter 2500g war selbst ein Betreuungsbeginn nach dem 12. Lebensmonat, verglichen mit einem Betreuungsbeginn im ersten Lebensjahr, mit einem deutlich erhöhten Risiko für psychische Auffälligkeiten assoziiert, was die Notwendigkeit einer besonderen frühen Förderung dieser Hochrisikopopulation unterstreicht (16). Weitere Hinweise für eine Effektmodifikation fanden sich nicht.

Die Einflussfaktoren auf die vier SDQ-Problemskalen sind in Tabellen S1 bis S4 zusammengefasst. Die Auffäl-

igkeiten in allen Subskalen „emotionale Probleme“, „Hyperaktivität“, „Verhaltensprobleme“ und „Probleme mit Gleichaltrigen“ folgten ebenfalls einem sozialen Gradienten: Je höher der elterliche Bildungsstand, desto geringer ist der Anteil an psychischen Auffälligkeiten bei Einschulkindern. Wie in unseren früheren Untersuchungen (17,18) war Neurodermitis insbesondere mit Hyperaktivität (OR 1,67 [1,26-2,20]) und emotionalen Problemen (OR 1,47 [1,13-1,92]) assoziiert. Später Betreuungsbeginn in einer Kindertageseinrichtung war insbesondere mit Auffälligkeiten in den SDQ-Subskalen „emotionale Probleme“ und „Probleme mit Gleichaltrigen“ verbunden.

Diskussion

Diese Untersuchung von rund 4000 Einschulkindern aus dem Stadtgebiet Dresden bestätigt den unter anderem durch die KiGGS-Studie (9;10;19) gezeigten sozialen Gradienten bezüglich des Risikos psychischer Auffälligkeiten.

Ein wichtiges neues Ergebnis unserer Untersuchung ist der möglicherweise präventive Effekt von frühem Betreuungsbeginn in einer Kindertageseinrichtung bezüglich des Risikos psychischer Auffälligkeiten im Einschulungsalter. Unsere Studie legt nahe, dass Kinder während der ersten zwei Lebensjahre vom Besuch einer Kindertageseinrichtung profitieren können. Ein späterer Betreuungsbeginn war in unserem Studienkollektiv mit einem über 50% erhöhten Risiko für psychische Auffälligkeiten im Einschulungsalter assoziiert. In unserer Studienpopulation ist der Anteil an Kindern mit frühem Betreuungsbeginn bis zum 24. Lebensmonat mit 64% vergleichswei-

Unabhängige Variable	Bivariate Regression		Multivariate Regression*	
	Odds Ratio [95%KI]	p-Wert	Odds Ratio [95%KI]	p-Wert
Alter am 30.6.2013 (Ref: 6 Jahre) n=3.143				
– 5 Jahre n=538	1,36 [1,06-1,75]	0,017	1,30 [0,97-1,76]	0,082
– 7 Jahre n=129	2,76 [1,85-4,11]	<0,001	1,98 [1,19-3,29]	0,008
Geschlecht männlich	1,71 [1,40-2,09]	<0,001	1,62 [1,30-2,03]	<0,001
Geschwister (Ref: 0)				
– 1	0,73 [0,58-0,91]	0,005	0,83 [0,64-1,08]	0,166
– 2	0,77 [0,58-1,04]	0,085	0,92 [0,65-1,29]	0,622
– ≥3	1,04 [0,68-1,61]	0,841	0,91 [0,54-1,53]	0,724
Alleinerziehende Eltern**	2,21 [1,77-2,77]	<0,001	1,63 [1,24-2,15]	<0,001
Betreuungsbeginn (Ref: 2.-12. Lebensmonat)				
– 13. - 24. Lebensmonat	1,17 [0,89-1,55]	0,264	1,14 [0,83-1,56]	0,406
– 25. - 36. Lebensmonat	2,28 [1,74-3,00]	<0,001	1,56 [1,13-2,15]	0,007
– > 36. Lebensmonat	2,54 [1,74-3,70]	<0,001	1,82 [1,16-2,84]	0,009
Sprachen (Ref: nur Deutsch)				
– nur andere Sprache	2,16 [1,15-4,07]	0,017	***	***
– Deutsch und andere Sprache	1,20 [0,87-1,65]	0,271	1,16 [0,77-1,71]	0,473
Neurodermitis	1,20 [0,94-1,53]	0,149	1,20 [0,90-1,60]	0,205
Geburtsgewicht (Ref: > 2.500 Gramm)				
– 2.001 bis 2.500 Gramm	1,35 [0,86-2,12]	0,186	1,38 [0,82-2,33]	0,223
– 1.500 bis 2.000 Gramm	1,90 [0,86-4,20]	0,111	1,48 [0,57-3,84]	0,417
– < 1.500 Gramm	3,00 [1,36-6,62]	0,007	3,65 [1,38-9,66]	0,009
Belastendes Lebensereignis **	2,43 [2,00-2,96]	<0,001	2,19 [1,78-2,70]	<0,001
Schulabschluss Erziehungsberechtigter (Ref: Abitur)				
– Realschule / Polytechnische Oberschule	2,08 [1,68-2,57]	<0,001	1,80 [1,41-2,30]	<0,001
– Hauptschule / Volksschule	5,97 [4,36-8,16]	<0,001	4,27 [2,94-6,20]	<0,001
– kein Abschluss	5,79 [2,74-12,21]	<0,001	4,64 [2,06-10,44]	<0,001
– anderer Abschluss, z. B. im Ausland	2,76 [1,31-5,83]	0,008	1,98 [0,80-4,90]	0,138

* adjustiert für Geschlecht, allein erziehende Eltern, Anzahl Geschwister, Betreuungsbeginn, Geburtsgewicht, Schulabschluss Erziehungsberechtigter; n=3.088

** Belastendes Ereignis und allein erziehende Eltern kollinear;

*** fehlende Werte bei 21 / 54 Teilnehmern (39%)

Tab. 3: Einflussfaktoren auf Gesamtproblemwert (Elternfragebogen SDQ) (Logistische Regressionsanalyse)

Unabhängige Variable	Einfluss von Betreuungsbeginn auf Gesamtproblemwert (Bivariate Regression) Odds Ratio [95%KI]; Referenz: 2.-12. Lebensmonat					
	13. - 24. Lebensmonat	p-Wert	25. - 36. Lebensmonat	p-Wert	> 36. Lebensmonat	p-Wert
Schulabschluss Erziehungsberechtigter						
– Abitur / Fachabitur n=2.015	1,22 [0,80-1,86]	0,365	2,66 (1,72-4,11)	<0,001	1,50 [0,67-3,34]	0,321
– Kein Abitur / Fachabitur n=1.766	1,00 [0,69-1,46]	0,994	1,48 (1,03-2,11)	0,033	1,99 [1,26-3,16]	0,003
Geschlecht						
– Männlich n=1.686	1,14 [0,79-1,66]	0,484	1,94 [1,34-2,81]	<0,001	2,20 [1,31-3,67]	0,003
– Weiblich n=1.645	1,38 [0,84-2,26]	0,198	2,49 [1,53-4,04]	<0,001	3,21 [1,68-6,12]	<0,001
Allein erziehende Eltern						
– Nein n=3.193	1,18 [0,86-1,61]	0,311	2,30 [1,69-3,14]	<0,001	2,41 [1,53-3,79]	<0,001
– Ja n=554	1,05 [0,55-2,00]	0,874	1,70 [0,93-3,12]	0,086	1,92 [0,91-4,06]	0,088
Geburtsgewicht						
– > 2.500 Gramm n=3.415	1,08 [0,81-1,45]	0,598	2,18 [1,64-2,90]	<0,001	2,78 [1,88-4,13]	<0,001
– ≤ 2.500 Gramm n=203	3,20 [0,88-11,59]	0,078	3,85 [1,05-14,17]	0,042	2,43 [0,44-13,52]	0,311

Tab. 4: Stratifizierte Analysen zu Einflussfaktoren auf Gesamtproblemwert (Elternfragebogen SDQ) (Logistische Regressionsanalyse)

Unabhängige Variable	Bivariate Regression		Multivariate Regression*	
	Odds Ratio [95%KI]	p-Wert	Odds Ratio [95%KI]	p-Wert
Alter am 30.6.2013 (Ref: 6 Jahre) n=3.143 – 5 Jahre n=538 – 7 Jahre n=129	0,98 [0,75-1,30] 1,81 [1,17-2,81]	0,908 0,008	0,95 [0,70-1,29] 1,46 [0,86-2,47]	0,728 0,166
Geschlecht männlich	1,01 [0,83-1,23]	0,913	1,00 [0,81-1,23]	0,987
Geschwister (Ref: 0) – 1 – 2 – ≥3	1,16 [0,91-1,46] 1,01 [0,74-1,37] 1,37 [0,88-2,13]	0,225 0,969 0,169	1,34 [1,02-1,76] 1,16 [0,82-1,65] 1,15 [0,67-1,95]	0,033 0,406 0,614
Allein erziehende Eltern**	1,63 [1,29-2,07]	<0,001	1,65 [1,25-2,18]	<0,001
Betreuungsbeginn (Ref: 2.-12. Lebensmonat) – 13. - 24. Lebensmonat – 25. - 36. Lebensmonat – > 36. Lebensmonat	1,23 [0,94-1,61] 1,91 [1,45-2,50] 2,16 [1,47-3,17]	0,138 <0,001 <0,001	1,22 [0,91-1,64] 1,53 [1,12-2,08] 1,91 [1,24-2,96]	0,193 0,008 0,004
Sprachen (Ref: nur Deutsch) – nur andere Sprache – Deutsch und andere Sprache	1,76 [0,90-3,45] 1,07 [0,77-1,49]	0,098 0,693	*** 1,65 [0,70-3,88]	0,250
Neurodermitis	1,43 [1,12-1,81]	0,004	1,47 [1,13-1,92]	0,004
Geburtsgewicht (Ref: > 2.500 Gramm) – 2.001 bis 2.500 Gramm – 1.500 bis 2.000 Gramm – < 1.500 Gramm	1,03 [0,63-1,69] 1,91 [0,87-4,22] 1,75 [0,71-4,31]	0,893 0,108 0,227	1,05 [0,61-1,80] 1,91 [0,80-4,55] 2,06 [0,73-5,84]	0,871 0,146 0,175
Belastendes Lebensereignis **	2,19 [1,79-2,67]	<0,001	1,88 [1,54-2,31]	<0,001
Schulabschluss Erziehungsberechtigter (Ref: Abitur) – Realschule / Polytechnische Oberschule – Hauptschule / Volksschule – kein Abschluss – anderer Abschluss, z. B. im Ausland	1,15 [0,94-1,42] 2,34 [1,68-3,27] 3,02 [1,38-6,61] 2,21 [1,08-4,52]	0,173 <0,001 0,006 0,030	1,06 [0,84-1,34] 1,78 [1,19-2,64] 2,50 [1,09-5,75] 2,67 [1,25-5,68]	0,644 0,005 0,031 0,011

* adjustiert für Geschlecht, allein erziehende Eltern, Anzahl Geschwister, Betreuungsbeginn, Geburtsgewicht, Schulabschluss Erziehungsberechtigter; n=3.088

** Belastendes Lebensereignis und allein erziehende Eltern kollinear; *** fehlende Werte bei 21 / 54 Teilnehmern (39%)

Tab. S1: Einflussfaktoren auf Emotionale Probleme (Elternfragebogen SDQ) (Logistische Regressionsanalyse)

se hoch. Im Jahr 2012 wies Dresden bundesweit mit 67% die höchste Betreuungsquote der 0- bis 2-Jährigen auf (Bundesdurchschnitt 42%). Dies erklärt möglicherweise den in unserer Studienpopulation im Vergleich zu bundesweiten Daten aus der KiGGs-Studie (9,10) geringeren Anteil an Kindern, die der Risikogruppe für psychische Auffälligkeiten zuzuordnen sind (16,6% vs. 20,4% bei Jungen; 10,3% vs. 13,9% bei Mädchen).

Wichtig für die Interpretation der Ergebnisse ist, dass die hier verwandte Version des SDQ ein von den Erziehungsberechtigten ausgefülltes Screeninginstrument darstellt, mit dem valide und reliabel eine Risikogruppe für psychische Auffälligkeiten abgrenzbar wird (11,14). Der durchschnittliche SDQ-Gesamtwert ist ein sehr guter Indikator für die Prävalenz psychischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen (20). Es konnte auch gezeigt werden, dass Einschulkinder mit auffälligen

oder grenzwertig auffälligem Wert in der SDQ-Dimension Hyperaktivität ein um den Faktor 20 erhöhtes Risiko haben, im Schulalter an einer klinisch diagnostizierten Aufmerksamkeits-Defizit/Hyperaktivitäts-Störung zu leiden (21). Dennoch eignet sich der SDQ nicht, psychische Erkrankungen zu diagnostizieren (11,22).

Frühgeborene Kinder haben im Einschulungsalter eine deutlich erhöhte Prävalenz psychischer Auffälligkeiten. Dieses Ergebnis ist gut vereinbar mit einer kürzlich publizierten Untersuchung von Berliner Einschulkindern, für die ein inverser Zusammenhang zwischen Geburtsgewicht und sonderpädagogischem Förderbedarf aufgezeigt wurde (16). In der Entwicklung des Sozialverhaltens im Vorschulalter dominieren entweder internalisierende (Angst, sozialer Rückzug) oder aber externalisierende (Impulsivität, antisoziales Verhalten) Verhaltensmuster mit einer Prävalenz von bis zu 60%

Unabhängige Variable	Bivariate Regression		Multivariate Regression*	
	Odds Ratio [95%KI]	p-Wert	Odds Ratio [95%KI]	p-Wert
Alter am 30.6.2013 (Ref: 6 Jahre) n=3.143				
– 5 Jahre n=538	1,14 [0,86-1,51]	0,372	1,19 [0,86-1,64]	0,288
– 7 Jahre n=129	1,91 [1,21-3,01]	0,006	1,18 [0,63-2,20]	0,607
Geschlecht männlich	1,64 [1,31-2,04]	<0,001	1,51 [1,19-1,91]	0,001
Geschwister (Ref: 0)				
– 1	1,02 [0,79-1,32]	0,895	1,26 [0,93-1,70]	0,137
– 2	1,39 [1,02-1,90]	0,038	1,74 [1,21-2,50]	0,003
– ≥3	1,27 [0,78-2,06]	0,337	0,97 [0,52-1,80]	0,920
Allein erziehende Eltern**	1,84 [1,44-2,36]	<0,001	1,81 [1,35-2,44]	<0,001
Betreuungsbeginn (Ref: 2.-12. Lebensmonat)				
– 13. - 24. Lebensmonat	1,01 [0,76-1,34]	0,958	1,07 [0,78-1,48]	0,658
– 25. - 36. Lebensmonat	1,69 [1,28-2,23]	<0,001	1,33 [0,95-1,86]	0,094
– > 36. Lebensmonat	1,37 [0,89-2,11]	0,153	1,11 [0,67-1,85]	0,689
Sprachen (Ref: nur Deutsch)				
– nur andere Sprache	1,02 [0,43-2,40]	0,964	***	***
– Deutsch und andere Sprache	1,10 [0,78-1,57]	0,578	1,14 [0,75-1,73]	0,553
Neurodermitis	1,32 [1,02-1,72]	0,034	1,37 [1,02-1,83]	0,037
Geburtsgewicht (Ref: > 2.500 Gramm)				
– 2.001 bis 2.500 Gramm	1,34 [0,83-2,18]	0,237	1,56 [0,91-2,68]	0,104
– 1.500 bis 2.000 Gramm	2,34 [1,06-5,16]	0,036	2,01 [0,79-5,13]	0,142
– < 1.500 Gramm	1,31 [0,45-3,78]	0,620	1,49 [0,42-5,25]	0,536
Belastendes Lebensereignis **	1,80 [1,45-2,22]	<0,001	1,43 [1,13-1,80]	0,002
Schulabschluss Erziehungsberechtigter (Ref: Abitur)				
– Realschule / Polytechnische Oberschule	1,43 [1,15-1,79]	0,002	1,32 [1,02-1,71]	0,034
– Hauptschule / Volksschule	3,36 [2,40-4,72]	<0,001	2,52 [1,67-3,79]	<0,001
– kein Abschluss	2,96 [1,26-6,94]	0,013	2,79 [1,13-6,89]	0,026
– anderer Abschluss, z.B.im Ausland	2,29 [1,05-4,99]	0,038	1,59 [0,60-4,21]	0,353

* adjustiert für Geschlecht, allein erziehende Eltern, Anzahl Geschwister, Betreuungsbeginn, Geburtsgewicht, Schulabschluss Erziehungsberechtigter; n=3.088

** Belastendes Lebensereignis und allein erziehende Eltern kollinear; *** fehlende Werte bei 21 / 54 Teilnehmern (39%)

Tab. S2: Einflussfaktoren auf Verhaltensauffälligkeiten (Elternfragebogen SDQ) (Logistische Regressionsanalyse)

für Kinder mit einem Geburtsgewicht unter 2500g (24). Dabei haben psychopathologische Auffälligkeiten wie zum Beispiel Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung oder Autismus-Spektrum-Störungen eine hohe Stabilität bis in das Schuljugendalter hinein (25). Zusätzlich zu den biologischen werden für Auftreten und Ausmaß von Störungen im Bereich der kognitiven oder sozial-emotionalen Entwicklung vor allem soziale Risikofaktoren wie z. B. „alleinerziehend“, oder „geringes Familieneinkommen“ diskutiert (26). Eine protektive Wirkung scheint von familienentlastenden Maßnahmen auszugehen, wie sie beispielsweise der Besuch einer Kindertagesstätte darstellen kann.

Stärken und Limitationen der Studie

Eine Stärke der Untersuchung ist die Erfassung sämtlicher Einschulkinder einer Region, die hohe Ein-

schlussrate und damit verbunden die große Fallzahl, sodass unsere Ergebnisse einer Vollerhebung der Einschulkinder im Stadtgebiet Dresden nahe kommen. Verzerrungen durch selektive Nichtteilnahme können jedoch als gering beurteilt werden. Hinweise auf die Generalisierbarkeit unserer Ergebnisse geben Vergleiche der soziodemographischen Charakteristika der eingeschlossenen Familien mit der Dresdner Bevölkerung. Für eine hohe Generalisierbarkeit unserer Ergebnisse spricht, dass der Anteil an Eltern mit (Fach-)Abitur, der Anteil an Kindern mit Betreuungsbeginn innerhalb der ersten beiden Lebensjahren und der Anteil alleinerziehender Eltern in unserer Studie weitgehend den Angaben der Kommunalen Bürgerumfrage 2012 der Stadt Dresden (http://www.dresden.de/de/02/06/c_07.php) entspricht. Unsere Ergebnisse bestätigen auch die Stellung Sachsens unter den Bundes-

Unabhängige Variable	Bivariate Regression		Multivariate Regression*	
	Odds Ratio [95%KI]	p-Wert	Odds Ratio [95%KI]	p-Wert
Alter am 30.6.2013 (Ref: 6 Jahre) n=3.143				
– 5 Jahre n=538	1,42 [1,09-1,84]	0,009	1,37 [1,01-1,86]	0,042
– 7 Jahre n=129	2,45 [1,60-3,74]	<0,001	1,95 [1,15-3,32]	0,013
Geschlecht männlich	1,88 [1,52-2,33]	<0,001	1,98 [1,57-2,50]	<0,001
Geschwister (Ref: 0)				
– 1	0,69 [0,55-0,86]	0,001	0,83 [0,64-1,09]	0,176
– 2	0,51 [0,36-0,70]	<0,001	0,65 [0,45-0,95]	0,024
– ≥3	0,73 [0,45-1,19]	0,206	0,67 [0,37-1,21]	0,182
Allein erziehende Eltern**	1,83 [1,44-2,33]	<0,001	1,38 [1,03-1,85]	0,031
Betreuungsbeginn (Ref: 2.-12. Lebensmonat)				
– 13. - 24. Lebensmonat	0,97 [0,74-1,26]	0,795	0,91 [0,67-1,23]	0,527
– 25. - 36. Lebensmonat	1,43 [1,09-1,87]	0,009	1,06 [0,77-1,47]	0,701
– > 36. Lebensmonat	1,47 [0,98-2,19]	0,060	1,15 [0,71-1,85]	0,575
Sprachen (Ref: nur Deutsch)				
– nur andere Sprache	1,69 [0,84-3,39]	0,139	***	***
– Deutsch und andere Sprache	0,92 [0,64-1,32]	0,644	0,83 [0,53-1,31]	0,434
Neurodermitis	1,46 [1,14-1,87]	0,002	1,67 [1,26-2,20]	<0,001
Geburtsgewicht (Ref: > 2.500 Gramm)				
– 2.001 bis 2.500 Gramm	1,48 [0,93-2,34]	0,095	1,47 [0,86-2,50]	0,157
– 1.500 bis 2.000 Gramm	2,18 [0,99-4,82]	0,053	2,11 [0,86-5,16]	0,101
– < 1.500 Gramm	4,67 [2,19-9,96]	<0,001	5,32 [2,06-13,74]	0,001
Belastendes Lebensereignis **	1,97 [1,61-2,43]	<0,001	1,69 [1,36-2,10]	<0,001
Schulabschluss Erziehungsberechtigter (Ref: Abitur)				
– Realschule / Polytechnische Oberschule	2,07 [1,66-2,57]	<0,001	1,88 [1,46-2,42]	<0,001
– Hauptschule / Volksschule	4,21 [3,01-5,88]	<0,001	3,87 [2,60-5,77]	<0,001
– kein Abschluss	5,33 [2,48-11,46]	<0,001	5,14 [2,24-11,82]	<0,001
– anderer Abschluss, z.B.im Ausland	2,54 [1,16-5,54]	0,020	2,37 [0,96-5,85]	0,062

* adjustiert für Geschlecht, allein erziehende Eltern, Anzahl Geschwister, Betreuungsbeginn, Geburtsgewicht, Schulabschluss Erziehungsberechtigter; n=3.088

** Belastendes Lebensereignis und allein erziehende Eltern kollinear; *** fehlende Werte bei 21 / 54 Teilnehmern (39%)

Tab. S3: Einflussfaktoren auf Hyperaktivität (Elternfragebogen SDQ) (Logistische Regressionsanalyse)

ländern mit den niedrigsten Anteilen frühgeborener Kinder. Dieser betrug in Sachsen bei Kindern mit einem Geburtsgewicht unter 2500g in den Jahren 2008-2012 etwa 6,2% (unter 1500g: 1,0%); das Saarland zählt mit 8,2% (bzw. 1,5%) zu den Bundesländern mit den höchsten Anteilen (27).

Unsere mit den Befunden der KiGGS-Studie direkt vergleichbaren Ergebnisse sind jedoch sehr plausibel, da keine größeren Abweichungen erkennbar sind (9,10,19). Eine Stärke der Studie ist die Validität und Reliabilität des SDQ mit Vorliegen von Referenzwerten aus einer deutschen Normstichprobe (12-15). Um Verzerrungen durch sozial erwünschtes Antwortverhalten (social desirability bias) vorzubeugen, haben wir uns für eine anonymisierte Studie entschieden. Doch gilt es zu bedenken, dass Selbstangaben von Erziehungsberechtigten generell eine mögliche Biasquelle sind. Eine

Limitation ist auch der Querschnittscharakter der Studie, sodass keine kausalen oder temporalen Schlussfolgerungen gezogen werden können. Zusammengefasst bleibt offen, wie sicher aus den Selbstangaben von Erziehungsberechtigten Hinweise auf psychische Probleme bzw. gar auf das Vorliegen psychiatrischer Störungen gezogen werden können, zumal die Wechselwirkung von genetischen, psychosozialen und störungsbedingten Faktoren unbeantwortet bleibt.

Fazit für die Praxis

Entsprechend unserer Hypothesen waren männliches Geschlecht, niedriger Bildungsstand der Eltern, alleinerziehende Eltern, belastende Lebensereignisse und niedriges Geburtsgewicht mit einem erhöhten Risiko für psychische Auffälligkeiten von Einschul-

Unabhängige Variable	Bivariate Regression		Multivariate Regression*	
	Odds Ratio [95%KI]	p-Wert	Odds Ratio [95%KI]	p-Wert
Alter am 30.6.2013 (Ref: 6 Jahre) n=3.143				
– 5 Jahre n=538	0,95 [0,64-1,42]	0,811	0,98 [0,63-1,54]	0,943
– 7 Jahre n=129	2,63 [1,57-4,43]	<0,001	2,20 [1,15-4,20]	0,017
Geschlecht männlich	1,54 [1,16-2,05]	0,003	1,46 [1,07-2,00]	0,016
Geschwister (Ref: 0)				
– 1	0,58 [0,42-0,81]	0,001	0,53 [0,36-0,77]	0,001
– 2	1,16 [0,79-1,68]	0,447	1,04 [0,68-1,60]	0,862
– ≥3	1,23 [0,69-2,17]	0,484	0,67 [0,33-1,42]	0,315
Allein erziehende Eltern**	1,34 [0,95-1,90]	0,099	0,97 [0,63-1,49]	0,887
Betreuungsbeginn (Ref: 2.-12. Lebensmonat)				
– 13. - 24. Lebensmonat	1,01 [0,68-1,49]	0,971	1,13 [0,72-1,75]	0,600
– 25. - 36. Lebensmonat	1,47 [1,00-2,17]	0,051	1,29 [0,82-2,05]	0,276
– > 36. Lebensmonat	3,63 [2,29-5,75]	<0,001	2,88 [1,65-5,05]	<0,001
Sprachen (Ref: nur Deutsch)				
– nur andere Sprache	2,97 [1,38-6,38]	0,005	***	***
– Deutsch und andere Sprache	1,53 [1,01-2,33]	0,046	1,10 [0,64-1,89]	0,740
Neurodermitis	1,32 [0,94-1,86]	0,110	1,22 [0,82-1,82]	0,331
Geburtsgewicht (Ref: > 2.500 Gramm)				
– 2.001 bis 2.500 Gramm	1,23 [0,64-2,37]	0,542	1,50 [0,74-3,06]	0,260
– 1.500 bis 2.000 Gramm	3,24 [1,33-7,87]	0,009	3,07 [1,12-8,41]	0,029
– < 1.500 Gramm	0,58 [0,08-4,27]	0,592	0,83 [0,11-6,37]	0,860
Belastendes Lebensereignis **	1,31 [0,97-1,75]	0,075	1,40 [1,03-1,90]	0,029
Schulabschluss Erziehungsberechtigter (Ref: Abitur)				
– Realschule / Polytechnische Oberschule	1,35 [1,00-1,82]	0,053	1,23 [0,87-1,74]	0,235
– Hauptschule / Volksschule	3,06 [1,98-4,74]	<0,001	2,48 [1,46-4,20]	0,001
– kein Abschluss	2,93 [1,01-8,53]	0,048	2,34 [0,75-7,32]	0,143
– anderer Abschluss, z.B.im Ausland	3,78 [1,65-8,69]	0,002	2,39 [0,81-7,04]	0,115

* adjustiert für Geschlecht, allein erziehende Eltern, Anzahl Geschwister, Betreuungsbeginn, Geburtsgewicht, Schulabschluss Erziehungsberechtigter; n=3.088

** Belastendes Lebensereignis und allein erziehende Eltern kollinear; *** fehlende Werte bei 21 / 54 Teilnehmern (39%)

Tab. S4: Einflussfaktoren auf Probleme mit Gleichaltrigen (Elternfragebogen SDQ) (Logistische Regressionsanalyse)

kindern assoziiert. Für niedriges Geburtsgewicht und niedrigen elterlichen Bildungsstand fanden sich sehr starke Zusammenhänge, die in zukünftigen Präventions- und Interventionsprogrammen zu berücksichtigen sind. Konform mit früheren Studien war eine aktuell oder früher bestehende Neurodermitis ein unabhängiger Risikofaktor für Auffälligkeiten in den Bereichen emotionale Probleme und Hyperaktivität (28). Ein früher Betreuungsbeginn in einer Kindertageseinrichtung war in der untersuchten Kohorte mit einem niedrigeren Risiko für psychische Auffälligkeiten assoziiert.

Danksagung

Die Autoren danken allen Kindern und Eltern für die Teilnahme an der Untersuchung und den MitarbeiterInnen des Kinder- und Jugendärztlichen

Dienstes des Gesundheitsamts Dresden für die Unterstützung bei der Studiendurchführung.

Literatur bei den Verfassern

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Jochen Schmitt, MPH
 Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin, Technische Universität Dresden
 Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
 Telefon: 03514586495; Fax: 03514587238
 E-Mail: Jochen.Schmitt@uniklinikum-dresden.de

Red.: Huppertz

Highlights aus Bad Orb ●●●

„Schmutzige Schokolade“



Friedel Hütz-Adams

Schokolade, früher ein Luxusartikel, ist heute ein billiges Massenprodukt. Kakao, die Grundlage für die süße Versuchung, wird entlang des Äquators weltweit von rund 5,5 Mio. Kleinbauern angebaut. Der größte Teil von ihnen lebt unterhalb der Armutsgrenze, nicht zuletzt weil der Kakaopreis in den vergangenen Jahrzehnten inflationsbereinigt massiv gesunken ist. Während in den Industrienationen der hohe Schokoladenkonsum zum Übergewicht von Kindern und Jugendlichen beitragen kann, ist ein erheblicher Teil der Kinder der Kakaobauern mangelernährt. Zur Verbesserung der Situation sind umfassende Maßnahmen notwendig, angefangen von einer Erhöhung der Kakaopreise über eine Verbesserung der Produktivität der Bauern bis hin zu einer Diversifizierung des Anbaus. Darüber hinaus benötigen die Bäuerinnen und Bauern mehr Unterstützung ihrer Regierungen.

Symptom für die Armut: Kinderarbeit im Kakaosektor Westafrikas

Kakao diente seit etwa 1500 v. Chr. verschiedenen Hochkulturen Mittel- und Südamerikas als Nahrungsmittel. Die Kakaobohnen wurden Zahlungsmittel und bei religiösen Zeremonien verwendet, zudem dienten sie in der Medizin beispielsweise als Mittel gegen Fieber und Vergiftungen. Spanische Eroberer brachten die Frucht nach Europa und die Nachfrage steigerte sich schnell. Da der Kakaobaum äußerst anspruchsvoll ist, kommen nur wenige Anbauregionen entlang des Äquators infrage.

Aus dem früheren Luxus- ist inzwischen ein Massenprodukt geworden.

Die Deutschen essen jährlich rund neun Kilogramm Schokolade und zwei Kilogramm anderer Produkte, die Kakao enthalten. Damit verzehren sie 12,4 % des weltweit angebauten Kakaos - mitsamt der durch die darin enthaltenen großen Mengen Zucker und Fett.

Während Kakao in den Industrienationen die Grundlage für eine kleine Zwischenmahlzeit bildet, ist er für rund 5,5 Mio. Kleinbauern und deren Familien die wichtigste Einnahmequelle: 90 % der weltweiten Ernte stammen von wenige Hektar großen Plantagen.

Hauptanbauländer sind die Elfenbeinküste, von wo ein Drittel der Welternte stammt, gefolgt von Ghana, Indonesien, Nigeria, Brasilien, Ecuador und Kambodscha.

Früher war der Anbau von Kakao für viele Bauern eine Quelle des Wohlstands. Doch der inflationsbereinigte Preis sank zwischen 1980 und 2000 von 5.000 US-Dollar auf 1.200 US-Dollar je Tonne. Bis heute hat sich der Preis zwar wieder auf 2.700 US-Dollar erholt, liegt damit jedoch weit unter den Werten früherer Tage.

Der sinkende Kakaopreis führte zur Verarmung von Millionen Bauern.

Da viele Bauern während der mehrmonatigen Erntephase keine Erntehelfer mehr bezahlen konnten, setzten sie ihre eigenen Kinder oder auch angeheuerte Kinder ein. Einer Studie aus dem Jahr 2009 zufolge arbeiten alleine auf den ghanaischen Plantagen rund



Foto: © Infozentrum Schokolade

	2013/14	2014/15 (Prognose)
Elfenbeinküste	1.7346	1.720
Ghana	897	81
Indonesien	375	380
Nigeria	248	235
Ecuador	220	230
Brasilien	228	215
Kamerun	211	205
Welt gesamt	4.355	4.232

Tab.1: Produktion von Kakao (Erntesaison 2013/14 in 1000 Tonnen). Angaben zur Ernte beziehen sich jeweils auf den Zeitraum zwischen dem 1. Oktober (Beginn der Haupternte) und dem 30. September (Ende der Nebenernte).

	Preis in US-Dollar je Tonne	inflationbereinigter Preis in US-Dollar (1)
1980/81	2.098	5.265
1985/86	2.149	4.388
1990/91	1.193	1.969
1995/96	1.438	2.062
2000/01	990	1.253
2005/06	1.557	1.732
2010/11	3.105	3.105
10/2011 - 03/2012	2.405	2.342

Tab. 2: Kakaoangebot und Preisentwicklung (1) berechnet auf der Basis des Jahres 2010/11

Wertschöpfungskette von Schokoladenprodukten	
Anteile:	
Einkommen Bauern	6,60%
Inlandstransport	0,50%
Steuern	4,20%
Internationaler Transport	1,40%
Händler	0,20%
Verarbeiter	7,60%
Schokoladenhersteller	35,20%
Einzelhandel und Steuern	44,20%

Aufteilung der Kosten eines Schokoladenproduktes

Elfenbeinküste:
270.000 Kinder arbeiten im Kakaoanbau
58,7 % der Kinder besuchten die Schule
50,6 % der Kinder verletzten sich den letzten 12 Monaten
79,8 % klagten über Tragen schwerer Lasten
93,9 % arbeiteten mit Werkzeugen, darunter Macheten
1,4 % waren am Ausbringen von Pestiziden oder Insektiziden beteiligt

Daten zur Situation der arbeitenden Kinder im Kakaoanbau der Elfenbeinküste (Stand 2009)

Quelle: International Cocoa Organization

Quelle: ICCO 2012, Tabelle 1

Quelle: Cocoa Barometer 2015

Quelle: Payson Center 2009

270 000 Kinder in einem Maße, das gegen verbindliche Konventionen der Arbeitsorganisation der Vereinten Nationen sowie nationale Gesetze verstößt. D.h., dass bei der Arbeit Gesundheitsschäden drohen sowie häufig der Schulbesuch nicht fortgesetzt werden kann. 54 Prozent dieser Kinder klagten über Verletzungen bei der Arbeit innerhalb der vergangenen zwölf Monate. Dazu gehörten offene Wunden durch Macheten, Insektenbisse, Muskel- und Rückenschmerzen; 68 Prozent klagten, dass sie zu schwere Lasten tragen müssten.

In der Elfenbeinküste ist die Situation ähnlich. Am schlechtesten ist die Situation für die Kinder, die nicht in der eigenen Familie leben, sondern für Fremde arbeiten. Immer wieder gibt es zudem Berichte, dass aus den Nachbarländern Mali und Burkina Faso Kinder an Kakaobauern in der Elfenbeinküste verkauft werden. Genaue Zahlen liegen nicht vor, doch **vermutlich arbeiten viele Tausend Kinder unter sklavenähnlichen Bedingungen auf den Kakaoplantagen.**

Ein weiteres Problem vieler westafrikanischer Kakaobauern ist die einseitige Abhängigkeit von den Einnahmen aus dem Kakaoverkauf.

Sinkende Preise oder wetterbedingte Ernteaussfälle führen oft dazu, dass der Einkauf von Nahrungsmitteln eingeschränkt werden muss. Dies und eine teilweise zu einseitige Ernährung sind die Hauptursache dafür, dass sowohl in Ghana als auch in der Elfenbeinküste rund 30 % der Kinder in den Kakaoanbaugebieten deutlich kleiner sind, als es ihrem Alter entspricht, ein eindeutiger Hinweis auf eine Mangelernährung. Zudem ist die Kindersterblichkeitsrate relativ hoch.

Ansätze zur Verbesserung der Situation der Kakaobauern

Verbessert werden kann die Situation der Kakaobauern nur, wenn ihre Einnahmen steigen. Ein Ansatz dabei wäre eine Steigerung der Kakaopreise. Der Spielraum dafür ist da: Eine durchschnittliche Tafel Vollmilchschokolade enthält lediglich Kakao im Wert von rund 7 Cent, Schokolade bliebe also auch bei einem höheren Kakaopreis erschwinglich.

Neben einer Steigerung der Preise müssen Programme vorangetrieben werden, die zu höheren Erträgen je Hektar sowie einer Diversifizierung des Anbaus führen. Dabei sollte großer Wert darauf gelegt werden, dass die Bauern dabei unterstützt werden, mehr Nahrungsmittel anzubauen. Die Regierungen der Anbauländer müssen darüber hinaus erhebliche Summen in das Bildungs- und das Gesundheitswesen investieren.

Um die Koordination bestehender Projekte zu verbessern, wurde in Deutschland im Sommer 2012 das „Forum Nachhaltiger Kakao“ gegründet. Zu den mehr als 60 Mitgliedern gehören Unternehmen aus der gesamten Wertschöpfungskette sowie Vertreter und Vertreterinnen aus Politik, Gewerkschaften und Nichtre-

gierungsorganisationen. Doch der Weg hin zu einem Kakaosektor, in dem die Einkommen der Familien so hoch sind, dass sie ihre Kinder zur Schule schicken und ausreichend ernähren können, ist noch weit.

Literatur:

GAIN et al. (Global Alliance for Improved Nutrition - GAIN / Centre for Development Innovation / Wageningen University & Research Centre) 2012: Increasing cocoa productivity through improved nutrition. A call to action

<http://www.gainhealth.org/wp-content/uploads/2014/04/67.-Increasing-cocoa-productivity-through-improved-nutrition.-A-call-to-action..pdf>

Fountain, Antonie / Hütz-Adams, Friedel 2015: Cocoa Barometer, Herausgeber: VOICE Network et al.

http://www.suedwind-institut.de/fileadmin/fuerSuedwind/Publikationen/2015/2015-04_Cocoa_Barometer_2015.pdf

Hütz-Adams, Friedel 2012: Vom Kakaobaum bis zum Konsumenten. Die Wertschöpfungskette von Schokolade.

http://www.suedwind-institut.de/fileadmin/fuerSuedwind/Publikationen/2012/2012-18_Vom_Kakaobaum_zum_Konsumenten._Die_Wertschoepfungskette_von_Schokolade_download.pdf

Payson Center for International Development and Technology Transfer - Tulane University 2009: Oversight of Public and Private Initiatives to Eliminate the Worst Forms of Child Labor in the Cocoa Sector in Côte d'Ivoire, Third Annual Report, September 2009.

<http://www.childlabor-payson.org/Third%20Annual%20Report.pdf>

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.



Foto: © Infozentrum Schokolade

Korrespondenzadresse:

Friedel Hütz-Adams

Wissenschaftlicher Mitarbeiter

SÜDWIND e.V. - Institut für Ökonomie und Ökumene

Kaiserstraße 201, 53113 Bonn

Tel.: +49 (0)228-763698-15

Fax: +49 (0)228-763698-22

E-Mail: huetz-adams@suedwind-institut.de

Website: www.suedwind-institut.de

Red.: Keller

Management von Kuhpocken und Durchführung von Lebendimpfungen

CONSILIUM

Prof. Dr. med.
Reinhard Berner

Frage:

Ich betreue ein 1-jähriges Kind, das aus der Klinik mit Fehldiagnose Windpocken entlassen wurde. Tatsächlich stellte sich heraus, dass es sich um Kuhpocken handelte. Das Kind soll in ca. 6 Wochen bei der U6 eine Lebendimpfung erhalten.

1. Wie sieht das weitere Vorgehen hinsichtlich Hygienemaßnahmen und Isolierung aus?
2. Wie ist der zeitliche Abstand zum Lebendimpfstoff zu setzen?

Antwort:

Kuhpockenviren gehören zum Genus der Orthopockenviren, zu denen auch das Menschenpockenvirus (Variolavirus), das Vacciniavirus sowie das Affenpockenvirus, Kamelpockenvirus und das Mäusepockenvirus zählen. Das Erregerreservoir für das Kuhpockenvirus bilden Nagetiere, von denen die Infektion meist auf Katzen und auf den Menschen übertragen wird. Aber auch von der Katze kann die Infektion auf den Menschen übertragen werden (1). Eintrittspforten sind Haut- und Schleimhautläsionen, die Mehrzahl der Infektionen entsteht durch engen direkten Kontakt zu infizierten Tieren. Eine direkte Übertragung von Mensch zu Mensch ist grundsätzlich möglich, aber selten. Die Inkubationszeit beträgt 7 – 12 Tage (1). Klinisch verläuft die Erkrankung meist mit grippeähnlichen Symptomen. Hinzu kommt ein lokalisiertes Exanthem, welches die typischen Stadien Papel, Vesikel und Pustel durchläuft und nach 3 – 6 Wochen unter Krustenbildung und Vernarbung abheilt. Typisch ist eine ausgeprägte Lymphadenitis in den regionalen Lymphknoten. Die Infektion ist bei Immungesunden selbstlimitierend und lokal begrenzt; sie tritt meist an Extremitäten oder im Gesicht auf (2). Die Infektion bzw. Erkrankung ist in Deutschland wahrscheinlich gar nicht so selten, wird aber oft nicht bzw. fehldiagnostiziert.

Zu 1.:

Das Robert Koch-Institut empfiehlt das Tragen von Handschuhen im Umgang mit infizierten Patienten. Wenn die Symptome sprich Hauteffloreszenzen abgeklingen sind, sind keine weiteren Hygienemaßnahmen erforderlich. Eine Meldung an das Gesundheitsamt ist nach IfSG nur dann erforderlich, wenn ein bedrohlicher Krankheitsverlauf oder eine Erkrankungshäufung vorliegt und dies auf eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit hinweist (2).

Zu 2.:

Die STIKO empfiehlt als Mindestabstand zwischen 2 Impfungen mit Lebendimpfstoffen eine Frist von 4 Wochen. Es ist sicherlich sinnvoll, eine solche Frist auch einzuhalten, wenn eine spezifische virale Infektionskrankheit durchgemacht wurde. Natürlich sollte sich der Patient – davon unabhängig – klinisch vollständig erholt haben. Angesichts des gelegentlich längeren Krankheitsverlaufs der Kuhpocken, sollte dieser Abstand vielleicht vom Abklingen bzw. Verkrusten der Effloreszenzen an gerechnet werden. Danach kann risikolos eine Lebendimpfung erfolgen.

Literatur:

- 1 RKI. Infektionen mit Kuhpockenviren in Deutschland – eine Übersicht. *Epidemiol Bulletin* 10/2007, 79-81.
- 2 RKI. Orthopockenviren-Erkrankungen. In: Steckbrief seltener und importierter Infektionskrankheiten 2011, 33-34.

Prof. Dr. Reinhard Berner
Universitätsklinikum Dresden Carl Gustav Carus
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin
Fetscherstr. 74
01307 Dresden

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.

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).



Das Dr. Fox-Experiment und das „Wer und Was“ in der Medizin, von Dr. Jürgen Hower, KiJuA Heft 2/2015, S. 34

Rasch schon glaubt er's – wird gesagt –
beim „bewährten Mann“,
welcher überzeugen kann,
da er überragt.

Doch auch hier, so sehr man glaubt,
selbst gewitzt zu sein,
kann sich der „Experte“ freun,
der Kritik beraubt.

Selbst wo scheinbar alles stimmt,
„evidenzbasiert“,
ist der Mensch doch leicht verführt,
der's für Wahrheit nimmt.

Immer noch bestimmt das „wer“:
Wer hat's ausgesagt?
Dass man's nicht zu glauben wagt,
fällt den Vielen schwer.

Wird's mit Pathos nur erklärt,
EBM-verbrämt,
folgt, dass keiner sich mehr schämt,
wenn auch Trug ihn nährt.

Mister Fox ist der Beweis:
Mancher war dabei,
glaubte seiner Lügnerie
im Expertenkreis.

Lasst es euch zur Lehre sein!
Haltet mit Kritik
nie und nimmer euch zurück!
Leicht trägt ja der Schein.

Denn der Mensch, er neigt dazu,
dass er alles glaubt,
und selbst Lüge ihm nicht raubt
die gewohnte Ruh.

Dr. Jürgen Schwarz
Elfriede-Scholz-Str. 15
49078 Osnabrück
E-Mail: juergen.schwarz@osnanet.de

Die Evidenz-Basierte-Medizin (oder: wie wir uns doch so leicht betrügen lassen)

„EBM“ – ein stolzes Wort,
das man gern vernimmt.
Es bezeugt, dass alles stimmt,
alles, hier und dort.

Evidenz, darauf basiert
in der Medizin,
was auch durch der Ärzte Mühn
an Erfolg passiert.

Darauf hat allein zu sehn
der, der forscht und lehrt,
und der unser Wissen mehrt
dass wir's recht verstehn.

So nur sei man endlich frei
von dem „Gott in Weiß“.
Sichere es doch – sagt man leis' –
was zu wissen sei.

Allzu oft – man weiß es ja –
wurd' der Mensch verführt,
als er, sichtlich angerührt,
sonst „Experten“ sah.

Red.: Huppertz

Welche Diagnose wird gestellt?

Dörte Petersen

Anamnese

Ein 13-jähriger Patient stellt sich mit einer netzartigen Hautveränderung am linken Oberschenkel vor. Der schmerzlose, nicht juckende Hautbefund war vor ca. 6 Monaten aufgetreten und hatte sich seitdem nicht verändert. Die weitere Eigen- und Familienanamnese ist leer.

Untersuchungsbefund

13-jähriger Junge in gutem Allgemeinbefund. Am Oberschenkel links ventral findet sich eine etwa 15cm x 10cm große, relativ scharf begrenzte, unregelmäßige Netzzeichnung rötlich-livider Farbe. Die Hautoberfläche des Areals ist unverändert. Bei Palpation ist keine Konsistenzvermehrung tastbar. Das restliche Integument ist unauffällig.



Auf beiden Oberschenkel-Vorderseiten, links deutlich betont, ist eine netzartige, rötlich-livide Gefäßzeichnung zu erkennen.

Welche Diagnose wird gestellt ?

Diagnose

Laptop-induziertes Erythema ab igne

Auf Nachfrage gab der Schüler an, täglich für mindestens ein bis zwei Stunden ein Laptop zu benutzen, das er meistens auf den Oberschenkeln abstellen würde. In Anbetracht des charakteristischen Hautbefunds wurde die Diagnose eines durch Laptopgebrauch induzierten Erythema ab igne gestellt.

Die lividen, netzartigen Farbveränderungen sind eine Reaktion der Haut auf Wärmeeinwirkungen. Pathogenetisch wird eine Lähmung des tiefen Gefäßplexus vermutet. In akuten Fällen hält die schmerzlose Rötung über Stunden an. Bei länger dauernden, regelmäßigen oder chronisch-intermittierenden Schädigungen mischen sich zunehmend Braunverfärbungen in die blaurote Farbe. Im Spätstadium zeigen sich dann nur noch netzartige Hyperpigmentierungen. Die auslösenden Temperaturen liegen dabei unterhalb der Schmerzgrenze (<45°C) und führen nicht zu Verbrennungen.

Mit der Entwicklung von Lebensstil und Technik haben sich auch die Auslöser des Erythema ab igne geändert. Die klassische Form des Erythems wurde ursprünglich bei Menschen beobachtet, die vor offenen Feuern und Kohleöfen arbeiteten. Lange Jahre waren dann Überwärmungen durch Heizkissen und Wärmflaschen Hauptursache der Erkrankung. Als moderne Version der klassischen Erkrankung wurden zuletzt Auto-Sitzheizungen und immer öfter auch Laptop Computer verantwortlich gemacht (1). Diese führen zu Wärmeschäden „on top of the lap“ (lap, engl. Schoß), dort, wo das Laptop abgestellt wird. Die bei Kindern ursprünglich seltene Erkrankung wird durch die Verbreitung des Laptop-Gebrauchs nun auch in jüngeren Altersgruppe häufiger beobachtet.

Pathognomonisch sind – wie in unserem Fall – Hautveränderungen ausschließlich auf dem linken Oberschenkel. Da das wärmeproduzierende Laufwerk auf der linken Seite des Geräts lokalisiert ist, kommt es dementsprechend v. a. linksseitig zu einer Überwärmung der Haut (2). Um das Livedobild hervorzurufen, scheint bei jugendlicher (hitzesensibler) Haut zudem eine zeitlich limitierte Computernutzung (1-2 Stunden/Tag) auszureichen(3).

Diagnostik

Die Diagnose wird klinisch gestellt.

Differenzialdiagnosen

Bei der idiopathischen **Livedo reticularis** treten die bläulichen Hautverfärbungen in geschlossenen Netzen auf, deren „Maschen“ einen Durchmesser von <3cm aufweisen. Von diesem physiologischen Phänomen können große Areale des Körpers betroffen sein. Ursächlich ist ein Vasospasmus kleiner Arteriolen. Wärme lindert das Erscheinungsbild.

Der sekundären, symptomatischen **Livedo racemosa** hingegen liegen Obstruktionen der Arteriolen, eine erhöhte Blutviskosität oder venöse Abflußstörungen zugrunde. Sie tritt im Rahmen von Autoimmunerkrankungen und Vaskulitiden auf. Typischerweise bilden die bläulichen, symmetrisch verteilten Farbnetze durch ihre offene Maschenstruktur Ranken oder Blitzfiguren.

Therapie und Prognose

Für das Erythema ab igne existiert keine spezifische Therapie. Selbstverständlich ist die Beendigung der artefiziellen Wärmeexposition zur Vermeidung der Chronifizierung mit permanenter Dilatation des Gefäßsystems hilfreich. Bei jahrzehntelangen Verläufen sind als Komplikationen Plattenepithel- und Merkelzellkarzinome beobachtet worden (4,5). In Anbetracht dieses (allerdings vermutlich äußerst geringen) Entartungsrisikos wird deshalb empfohlen, die Haut erwachsener Patienten mit einem langjährig persistierendem Erythema ab igne regelmäßig zu kontrollieren.

Literaturangaben

- 1 Kesty K, Feldman SR. Erythema ab igne: evolving technology, evolving presentation. *Dermatol Online J*. 2014 Nov 15;20(11)
- 2 Gauglitz T. et al. Erythema a computatro. *Case Rep Dermatol* 2013; 11-113
- 3 Arnold A., Itin P. Laptop Computer-Induced Erythema ab igne in a child and Review of the Literature. *Pediatrics* 2010; 126:e1227-e1230
- 4 Hewitt JB et al. Merkel cell and squamous cell carcinomas arising in erythema ab igne. *Br J Dermatol* 1993; 128: 591-592
- 5 Arrington JH 3rd, Lockman DS. Thermal keratoses and squamous cell carcinoma in situ associated with erythema ab igne. *Arch Dermatol* 1979;115:1226-1228

Dr. med. Dörte Petersen

Abt. Pädiatrische Dermatologie und Allergologie

Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift

Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg

Red.: Höger

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.





Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Der diagnostische Wert von CRP, Procalcitonin (PCT) und eines Labor-Score zur Erkennung schwerer Bakterieller Infektionen (SBI) bei fiebernden Kindern in der Notfall-Aufnahme. – Eine prospektive Beobachtungsstudie.

**C-reactive Protein, Procalcitonin and the Lab-Score for Detecting Serious Bacterial Infections in Febrile Children at the Emergency Department
A Prospective Observational Study**

Nijman RG, Moll HA, Smit FJ et al. Pediatr Infect Dis J 33 (11): e273–e279, November 2014

Die Autorengruppe aus den Niederlanden (Rotterdam) überprüfte von Februar 2009 – Mai 2012 in einer prospektiven Beobachtungsstudie bei bis dahin gesunden akut fiebernden (rektal $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ begonnen innerhalb 24 Stunden vor der Vorstellung) Kindern im Alter von 1 Monat – 16 Jahren den diagnostischen Wert von CRP, PCT und einem Laborwerte-Score (0-9) unter Zuhilfenahme der Urinuntersuchung, der klinischen Befunde und Symptome für die Differenzierung selbstlimitierter (viraler) Infektionen von schweren bakteriellen Infektionen (SBI). Von einer Gesamtzahl von 4714 erfassten Kindern wurden 3630 ausgeschlossen: Kinder mit chronischen Erkrankungen und Kinder in gutem Zustand mit einem deutlichen Luftwegsinfekt, allein 1609 Kinder wegen fehlendem PCT und 458 (28 %) wegen Blutentnahme-Problemen.

Von 2703 Kindern, die die Einschlusskriterien erfüllten, verblieben schließlich 1084 Kinder mit einem medianen Alter von 1.6 Jahren, die analysiert wurden. 170 dieser Kinder (16 %) hatten eine SBI.

Sowohl CRP als auch PCT hatten einen hohen Voraussage-Wert. Der Laborwerte-Score war ebenfalls von gutem diagnostischem Wert, Grenzwerte waren aber weniger hilfreich. Die Dauer des Fiebers hatte keinen zusätzlichen diagnostischen Wert neben CRP und PCT. Ein aktualisierter Laborwerte-Score war nur von geringem zusätzlichen Wert. PCT erhöhte die Diagnose-

Wahrscheinlichkeit bei CRP-Werten <20 mg/L oder ≥ 100 mg/L nur unwesentlich.

Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass CRP oder PCT genügen, um die Wahrscheinlichkeit einer SBI bei fiebernden Kindern zu diagnostizieren, bzw. auszuschließen.

Kommentar

Die vorliegende Studie unterstützt das auch hierzulande übliche Procedere, dass der aktuell erhöhte CRP- (oder PCT) Wert im Rahmen der Gesamtsymptomatik akut fiebernder Kinder die Wahrscheinlichkeit einer schweren bakteriellen Infektion erhöht. Wie bei vielen publizierten Studien fällt jedoch die große – „Ausfallquote“ – Zahl von Nicht-Teilnehmern auf, so dass man sich fragen muss, wäre das Ergebnis anders ausgefallen, wenn alle analysiert worden wären. Die Studie ist ein lehrreiches Beispiel vieler aktueller Diagnostik- und Therapie- Studien, bei denen von einem großen Patienten-Kollektiv, das die Einschlusskriterien erfüllt, aus den verschiedensten Gründen schließlich nur ein Bruchteil zur Auswertung gelangt. Dies mindert die Aussagekraft der Studien und macht ihre Anwendung auf die tägliche Arbeit problematisch.

(Helmut Helwig, Freiburg)

Wirksamkeit einer tetravalenten Dengue-Vakzine bei Kindern in Latein-Amerika

Efficacy of a Tetravalent Dengue Vaccine in Children in Latin America

Villar L, Dayan G H, Arredondo-García J L, et al., N Engl J Med; 372: 113 – 123, Januar 2015

In Anbetracht der steigenden Zahl von Dengue Infektionen weltweit, trotz aller Infektions-Verhütungsmaßnahmen, befinden sich verschiedene Dengue Impfstoffe in der Entwicklung.

Die Autorengruppe aus den Studienländern, unterstützt von Mitarbeitern der Fa. Sanofi Pasteur, führte in 22 Zentren in 5 lateinamerikanischen Ländern (Kolumbien 9 Zentren, Brasilien 5 Zentren, Mexiko 5 Zentren, Puerto Rico 2 Zentren, Honduras 1 Zentrum), in denen das Dengue Fieber endemisch ist, eine Wirksamkeits-Studie mit einer tetravalenten Dengue Vakzine bei Kindern im Alter von 9-16 Jahren durch. Der Impfstoff besteht aus 4 rekombinanten Dengue-Vakzine-Viren (CYD 1-4); jedes Virus wurde hergestellt durch Substitution der Gen-Kodierung der Praemembran- und Umhüllungs-Proteine des Gelbfieber-17D-Vakzine-Virus durch das des jeweiligen Dengue Wild-Typ Virus. Diese Formulierungen wurden in einer Präparation, die $5.0 \log_{10}$ mediane Zell-Kultur Infektions-Dosen (CCID₅₀) je Serotyp im Pulver enthält, mit Lösungsmittel (0,4% NaCl) als Suspension unmittelbar vor der Verabreichung rekonstituiert. Die jeweilige Vakzine- oder Placebo-Dosis wurde subkutan oberhalb des M.deltoideus injiziert.

Von Juni 2011-März 2012 wurden 20.869 gesunde Kinder randomisiert entweder die rekombinante, tetravalente, attenuierte Lebend-Vakzine (CYD-TDV) oder Placebo in einem Verhältnis von 2:1 zum Zeitpunkt 0, 6 und 12 Monate unter verblindeten Konditionen zu erhalten. Das benutzte Verfahren der Impfung war in dieser Studie dem vergleichbar, das in einer Asien-Studie verwen-

det wurde. Hauptunterschiede waren das Alter und die Zahl der Impflinge. Eltern oder Betreuer unterschrieben vor Studienbeginn eine Zustimmung nach schriftlicher Aufklärung. Die Impflinge unterschrieben ein Zustimmungsprotokoll vor Aufnahme in die Studie. Der Sponsor der Studie, Sanofi Pasteur, konzipierte die Studie, führte die Probenanalyse durch und analysierte die Daten. Sponsor und Untersucher waren für die Daten-Interpretation und die Berichts-Erstellung verantwortlich. Die Untersucher waren verantwortlich für die Daten-Sammlung. Die Sanofi Pasteur Mitarbeiter hatten uneingeschränkten Zugang zu den Studien-Daten, sie garantieren auch die Vollständigkeit und Korrektheit der Daten und der Analysen. Die anderen Autoren hatten Zugang zu den statistischen Analysen, aber nicht zu den Daten der einzelnen Patienten, da die verblindete Hospital-Phase der Studie noch nicht abgeschlossen ist. Das Manuskript wurde von einer bei MediCom Consult beschäftigten und vom Sponsor bezahlten medizinischen Autorin erstellt und von allen Autoren mit kritischen Beiträgen unterstützt und die eingereichte Version genehmigt.

Die Randomisierung erfolgte nach einem geschichteten, ausgefeilten System für die verschiedenen Sub-Altersgruppen (9-11 und 12-16 Jahre) im Verhältnis 1:1.

Die Kinder wurden über 25 Monate nachkontrolliert. Das primäre Studienziel war die Wirksamkeit des Impfstoffes gegen symptomatisches, virologisch bestätigtes Dengue Fieber (VCD), unabhängig von der Schwere der Erkrankung oder des Serotyps im Abstand von mehr als 28 Tagen nach der 3. Injektion.

Vor Studienbeginn waren 79,4 % von 1.944 Kindern seropositiv für ein oder mehrere Dengue Serotypen. In der Per-Protokoll-Population erkrankten 176 (von 11.793) Kinder in der Vakzine-Gruppe an VCD und 221 (von 5.809) in der Placebo-Gruppe. Daraus ergab sich eine Vakzine-Wirksamkeit von 60,8 % (95% CI, 52.0 – 68.0). In der Intention-to-treat Population (Probanden, die wenigstens 1 Injektion erhielten) betrug die Effektivität 64,7 % (95% CI, 58.7 – 69.8). Die serotypen-spezifische Vakzine-Wirksamkeit betrug 50,3% für Serotyp 1, 42,3 % für Serotype 2, 74.0 % für Serotyp 3 und 77,7 % für Serotyp 4. Von den schweren VCD-Fällen war 1 von 12 in der Vakzine-Gruppe entsprechend einer intention-to-treat Vakzine-Wirksamkeit von 95,5 %. Die Vakzine-Wirksamkeit, gemessen an der Hospitalisierungs-Häufigkeit wegen VCD, betrug 80,3 %. Das Sicherheitsprofil der CYD-TDV Vakzine war dem für Placebo ähnlich, mit keinen erkennbaren Unterschieden in der Häufigkeit unerwünschter Ereignisse.

Die Autoren der Studie kommen zu dem Schluss, dass die geprüfte CYD-TTDV Vakzine wirksam gegen VCD und schwere VCD ist und zu einer Verringerung der Hospitalisierungs-Häufigkeit wegen Dengue in 5 lateinamerikanischen Ländern führte, in denen Dengue endemisch ist.

Kommentar

Die Studie, die gemeinsam von lokalen Forschern und Mitarbeitern des Sponsors und Impfstoff-Herstellers konzipiert, durchgeführt und analysiert wurde, belegt eine mäßige Dengue-Fieber-Verhütende Wirksamkeit der geprüften Vakzine in dem verwendeten Dosierungs-Profil mit 60,8%. Weitere Studien (bei Säuglingen und Kleinkindern, sowie Erwachsenen) mit verschiedenen Vakzinen und Dosierungsprofilen, sowie Langzeit-Kontrollen der Wirksamkeit und Antikörper-Titer sind wünschenswert bzw. erforderlich, bevor einer generellen Verwendung eines Dengue-Fieber-Impfstoffes zugestimmt werden kann.

(Helmut Helwig, Freiburg)

BVKJ mit 1. Kooperationspartnertag in Berlin

Grenzen überwinden und Netzwerke bauen

Der Kooperationspartner-Tag war für unser Unternehmen eine gute Gelegenheit, bestehende Kontakte zu vertiefen und neue Kontakte zu knüpfen.

Denn das „netzwerken“ war noch nie so wichtig wie heute!

Auch der direkte Kontakt zu Industrie und Organisationen in familiärer Atmosphäre schafft Nähe, Vertrauen und wahrscheinlich zukünftigen Umsatz.

Danke an die Veranstalter (im Besonderen Frau Schierbaum!) für eine zukunftsweisende Veranstaltung.

Wir kommen gerne wieder!

Ganz liebe Grüße

Ihr

Christian Lindenau

CEO/Geschäftsführer Direct-to-Patient media gmbh

Kindergesundheit ist eine Gemeinschaftsaufgabe, an der nicht nur Kinder- und Jugendärzte mitwirken, sondern auch Ärzte anderer Fachrichtungen, Pharmaunternehmen und Politiker. Sie alle arbeiten daran, dass Kinder und Jugendliche in Deutschland möglichst gesund aufwachsen und ihre individuellen Entwicklungschancen wahrnehmen können. Um den Erfolg dieser Arbeit zu optimieren, ist es wichtig, dass sich die unterschiedlichen Professionen besser als bisher miteinander vernetzen. Aus diesem Grunde veranstaltete der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte nun am 8. Mai in Berlin den



Als Medienratgeber für Familien hat die Initiative „SCHAU HIN! Was dein Kind mit Medien macht“ gern am Kooperationspartnertag des BVKJ teilgenommen. Ein guter konzeptioneller Ansatz, sich auch einmal abseits des Tagesgeschäfts mit anderen Initiativen und Institutionen auszutauschen, die mit dem BVKJ kooperieren und mögliche gemeinsame Projekte zu besprechen.

Karsten Neumann
Leitung Projektbüro SCHAU HIN!

ersten Kooperationspartnertag. „Die Idee dazu hatten wir bereits länger, denn wir haben als Berufsverband zahlreiche Kontakte zu Gesundheitspolitikern, Kammern und KVen, anderen Ärzte- und nicht-ärztlichen Verbänden, Agenturen und auch Industrievertretern, Gesundheitspolitikern etc. Wir sehen, dass überall hervorragende Arbeit zum Wohle von Kindern und Jugendlichen geleistet wird, dass aber oft auch jeder nur „sein eigenes Süppchen“ kocht. Das wollten wir verändern. Wir wollten die unterschiedlichen Professionen zusammenführen, auch Plattform für ganz neue Verbindungen sein, sie ins Gespräch miteinander bringen, um zu schauen, an welchen Stellen man bestehende Kooperationen ausbauen oder Neue errichten könnte und um gemeinsam Ideen für neue Strategien und Projekte zu entwickeln,“ so BVKJ-Geschäftsführerin Christel Schierbaum.

Ich gratuliere dem BVKJ zur Idee und Durchführung dieser gelungenen Veranstaltung, mit Blick über den Tellerrand, bei der für mich die entscheidenden Kriterien im interdisziplinären Austausch und der Vernetzung lagen. Die Bedeutung der Prävention durch bindungs- und bildungsfördernde Maßnahmen gehörte für mich zu den wichtigsten Aspekten dieses Treffens. Kinder und Eltern stärken durch ein gezieltes Miteinander, nicht nebeneinander agieren und das von Beginn an führt zu einer verbesserten Versorgung der Familien in Deutschland.

Stillen und Bindung stehen in einem engen Zusammenhang, womit der Austausch unseres Verbandes mit den anwesenden Institutionen an diesem Kooperationsstag eine wertvolle Bereicherung zum Wohle der Kinder darstellte.

Monika Jahnke, IBCLC
1. Vorsitzende BDL – Berufsverband Deutscher LaktationsberaterInnen IBCLC e.V.

Fontanestrasse 2, 49406 Barnstorf
05442/913175, 0172/9663113



Kommt die Einladung zu den nächsten Partner-
tagen,
werden wir bestimmt nicht nein sagen.
Gute Atmo, gute Gespräche, feine Idee.

Andreas Horn Marketing- und Vertriebsleiter
Verlagsgruppe Beltz



„Für das Netzwerk Gesund ins Leben eine tolle und innovative Ge-
legenheit sich mit vielen Initiativen im Bereich der Kindergesundheit
zu vernetzen.“

Für das nächste Mal könnte man bei den Partnern im Vorfeld wichtige
Themen erfragen, die dann bestimmten Themen-Tischen diskutiert
werden.“

Maria Flothkötter Projektleitung: Gesund ins Leben - Netzwerk Jun-
ge Familie aid infodienst Ernährung, Landwirtschaft, Verbraucher-
schutz e.V., Heilsbachstraße 16, 53123 Bonn

Der Kooperationspartnertag gab den Personen hinter den vielen
Mails und Telefonaten endlich ein Gesicht. Ein tolle Veranstaltung
die es ermöglichte, auf mögliche Partner zu zugehen und neue Ideen
zu besprechen. Vielen Dank an den BVKJ – von der Einladung bis zur
Durchführung ein toll organisiertes Event.

Ginette Pfingsten
Brand Manager Vaccines, Pfizer Pharma GmbH

Mit dem Kooperationspartnertag ist dieses Ziel nun ein großes Stück näher gerückt. 120 Teilnehmerinnen und Teilnehmer – weitaus mehr als erwartet – fanden sich in Berlin ein. Angelegt wurde der Kooperationspartnertag als interdisziplinäres Forum mit dem Schwerpunkt auf sozialpädiatrischen Themen. Workshops behandelten das Thema Kinderrechte, Soziale Prävention und die Lage der Pädiatrie in Europa. Sehr spannend: Es gab spontane „Thementische“, an denen sich die Teilnehmer je nach Interesse einfanden. Im Mittelpunkt der Veranstaltung stand jedoch der infor-

melle Austausch der Ärzte, Gesundheitspolitiker und Industrievertreter. Viele von ihnen kannten sich per Mail oder vom Telefon. Beim Kooperationspartnertag begegneten sie sich häufig zum ersten Mal „live“. Und so konnte man dutzendfach den erfreuten Ausruf hören: „Oh, Sie sind das also!“ Was dann folgte, waren angeregte Gespräche, Austausch von Kontaktdaten und die Bitte an die Veranstalter „Auf jeden Fall wieder im nächsten Jahr!“

Regine Hauch



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

ERGEBNIS

Wahl im Landesverband Rheinland-Pfalz des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V. für die Legislaturperiode 2015-2019

Landesverbandsvorsitzender und 1. Delegierter:	Dr. Lothar Maurer, Frankenthal
1. Stellv. Landesverbandsvorsitzender und 2. Delegierter:	Dr. Hans Werner Wolf, Mainz
3. Delegierter:	Christian Wantzen, Bernkastel-Kues
1. Ersatzdelegierter:	Dr. Stephan Buchner, Mainz
2. Ersatzdelegierter:	Dr. Stephan Güntzer, Trier
3. Ersatzdelegierte:	Dr. Andrea Loechelt-Göksu, Ludwigshafen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



Schwerpunktthema 2015:
Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

bvkJ.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e. V.

seit vier Jahren stellt der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (bvKJ) jedes Kalenderjahr unter eine übergeordnete Themengruppe, die das Fortbildungsjahr als Leit-Motto begleiten soll.

Wir haben mit den bisherigen Schwerpunktthemen (in den Broschüren und als Referate in den Kongressen) große Beachtung und Resonanz in Politik, Gesellschaft und beim Fachpublikum erfahren.

Das Jahr 2015 ist dem anspruchsvollen Schwerpunkt ‚Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen‘ gewidmet.

Das Heft ist - gemessen an seinen Vorgängern - ein umfangreiches Werk mit über achtzig Seiten geworden.

Bei allen spektakulären großen Fortschritten in der somatischen Medizin der jüngeren Vergangenheit, die sich durch rasante Forschungsentwicklungen in der Gentechnik, Molekularbiologie, Transplantation und Stammzellforschung erklären lassen, dürfen wir die in einen förderlichen oder gefährdenden psychosozialen Entwicklungskontext hineingeborenen Kinder und Jugendlichen als seelische Wesen nicht vergessen. Gesundheit ist allein als körperliche Unversehrtheit, die wir uns alle wünschen, nicht hinreichend definiert (WHO: „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“).

Pathogenese und Salutogenese hängen von vielen Faktoren und Wechselwirkungen in den verschiedenen Lebenswelten ab, die wir nur teilweise verstehen. Gerade bei Kindern und Jugendlichen können Vernachlässigung, Verwahrlosung, körperliche und seelische Gewaltausübung, Missbrauch, von Armut und Not geprägtes Aufwachsen und anderes schwere seelische Narben hinterlassen. Neben der Ursachensuche und Analyse der Umstände des schon in den Brunnen gefallenen Kindes sollten uns aber auch realistische primär-, sekundär- und tertiärpräventive Ansätze und Überlegungen interessieren.

In der Broschüre haben dreiundzwanzig Autoren, jeder ein Hochkaräter in seinem Fach, einen großen Bogen mit vielen Perspektiven gespannt.

Ein literarisches und ein politisches Vorwort leiten die vier Kapitel ein: Kindeswohl und Kinderrechte, Frühe Hilfen, Inklusion und Integration, Bindungsforschung und Gewalterfahrung, Epidemiologie und besondere Hintergründe.

Wir erleben in unseren Praxen jeden Tag die vielfältigen Schattierungen der Thematik. Wer sich die Zeit für die Lektüre nimmt, lernt, über den Tellerrand der täglichen Praxis zu blicken.

Wir würden uns freuen, wenn wir Ihr Interesse geweckt hätten und glauben, dass es sich für alle lohnt, in dieser Jahresbroschüre zu stöbern.

Im Namen der Redaktion

Klaus Rodens



Redaktionsteam: Karin Geitmann, Uli Fegeler, Christian Fricke, Wolfram Hartmann, Klaus Rodens, Harald Tegtmeyer-Metzdorf, Nikolaus Weissenrieder

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhauseinweisungs-Richtlinie/KE-RL)

Im Januar 2015 hat der G-BA die neue Krankenhauseinweisungsrichtlinie beschlossen, die dann nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft treten wird. Diese Richtlinie wurde auch vom zuständigen Ministerium nicht beanstandet.

Sie regelt die Verordnung von stationärer Krankenhausbehandlung. Hier sind folgende Behandlungsformen definiert:

Eine vollstationäre Behandlung setzt voraus, dass andere Behandlungsformen nicht zum Ziel führen.

Eine vorstationäre Krankenhausbehandlung (max. drei Behandlungstage) ist zulässig, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder diese vorzubereiten.

Die nachstationäre Behandlung (max. sieben Tage) soll den Behandlungserfolg sichern. Beide Behandlungsformen sind aber nicht für ambulante Behandlungen gedacht und sind kein Ersatz für fehlende Ambulanzzulassungen bzw. Ermächtigungen.

Die Vertragsärztin bzw. der Vertragsarzt muss, falls sie oder er nicht selbst die Behandlung fortsetzen kann, abwägen, ob die ambulante Weiterbehandlung auf Überweisung möglich ist. Die Richtlinie nennt hier beispielsweise die Überweisung an eine Schwerpunktpraxis oder eine Ärztin oder einen Arzt mit Zusatzqualifikation bzw. an einen ermächtigten Arzt. Genannt werden auch Krankenhäuser mit der Möglichkeit ambulanter Operationen, Hochschulambulanzen und sozialpädiatrische Zentren bzw. Kinderspezialambulanzen.

Ärzte haften für Einweisung

An diesen Punkten hat sich die meiste Kritik entzündet, da die Ärzte jetzt dafür haften, falls sie eine Einwei-

sung veranlasst haben, obwohl eine Alternative bestanden hätte. Es ist ja nicht immer gewährleistet, dass der Einweisende alle alternativen Möglichkeiten kennt und damit berücksichtigen kann. Andererseits werden bei Nichtbeachtung dieser Vorgaben Regresse befürchtet.

Eine Informationspflicht über die Behandlungsalternativen gegenüber den einweisenden Ärztinnen und Ärzten durch die Krankenkassen wurde aber abgelehnt.

Eine Verordnung zur stationären Behandlung darf nur erfolgen, wenn die Weiterbehandlung mit den Mitteln eines Krankenhauses aus medizinischen Gründen notwendig ist und der behandelnde Arzt sich vorher vom Zustand des Patienten überzeugt hat und die Notwendigkeit einer stationären Behandlung festgestellt hat. Dies schließt eine nachträgliche Verordnung aus. Ist die Weiterbehandlung ambulant möglich, schließt dies ebenfalls zwingend eine Krankenhauseinweisung aus. Der Einweisung sind hierfür notwendige Behandlungsunterlagen und bisherige Untersuchungsergebnisse beizufügen.

Aufgrund der verschärften Beratungspflichten, aber auch aufgrund der zunehmenden Forderungen der Krankenhäuser nach Einweisungen, auch zur vorstationären Behandlung, teils sogar zu ambulanten Behandlungen ist es für jeden Pädiater notwendig, diese Vorgaben zu kennen, um späteren Regressen durch die Krankenkassen vorzubeugen.

Dr. Roland Ulmer

91207 Lauf

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

Red.: Kup

Masern: Die Kollateralschäden der immunologischen Amnesie sind groß

Masern sind gesund, weil die Kinder einen Entwicklungsfortschritt machen, wenn sie die Krankheit durchgemacht haben.“ „Masern sind gefährlich, weil nach der Erkrankung eine latente Tuberkulose wieder ausbricht.“ Das sind alles Mythen. Es gibt sicher weitere über die seinerzeit häufige „Kinderkrankheit“, die bereits im letzten Jahrhundert wi-

derlegt worden sind. Fakt ist, dass die Masern weltweit immer noch etwa 140.000 Todesopfer jährlich fordern.

Vernichtung von Gedächtniszellen

Das renommierte Fachblatt ‚Science‘ lässt mit einem Artikel aufhorchen, dass die Masernimpfung ge-

gen andere tödliche Erkrankungen schütze (1). Es ist ein indirekter Schutz, weil offenbar Kinder, die Masern durchgemacht haben, wenigstens zwei Jahre lang empfänglicher sind gegen schwere Krankheiten. Es ist also doch etwas dran an der Hypothese, dass das Masernvirus das immunologische Gedächtnis nachhaltig beeinträchtigt. Bereits 2012 hat Rick de Swart an einem Tiermodell erklärt, wie das Virus über die Infektion von Memory T-Lymphozyten und von B-Lymphozyten das immunologische Gedächtnis langfristig schädigt. Letztendlich wird eine große Anzahl von Gedächtniszellen vernichtet. Die Wissenschaftler bezeichnen dies als eine „immunologische Amnesie“, die verhindert, dass die Körperabwehr früher einmal erkannte Infektionen rechtzeitig erkennt und bekämpft. Auch die bekannte vorübergehende Tuberkulinanergie ist eine Folge dieses immunologischen Desasters.

Studien in Entwicklungsländern haben bereits gezeigt, dass Masernimpfungen dort die Sterblichkeit an Infektionen insgesamt – also auch durch andere Erreger – bis zu fünf Jahre lang vermindert. So entstand die Hypothese, dass die Impfung auf irgend einem Weg auch einen Schutz gegen andere Krankheiten bieten könnte. Das Forscherteam analysierte Masernfälle und die Sterblichkeit an anderen Infektionen aus den USA, Dänemark und Teilen Großbritanniens vor und nach der Einführung der Masernimpfung. Diese wurde in den 1960er Jahren in England und den USA und in den 1980er Jahren in Dänemark begonnen. Ziel war es, einen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Masern und den Todesfällen an anderen Infektionskrankheiten zu ermitteln. Dies gelang in allen drei Ländern mit hohem Einkommen und guter medizinischer Versorgung in gleichem Maße. Durchschnittlich waren die Kinder nach der Masernerkrankung 2 ½ Jahre lang einem erhöhten Risiko ausgesetzt, an anderen Infektionen zu sterben. Waren die Kinder an Keuchhusten erkrankt, was zu Kontrollzwecken mit getestet wurde, bestand dieses Risiko nicht.

Impfung schützt vor Immunschaden

Die Beweisführung ist indirekt. Aber sie ist durch immunologische Studien untermauert. Wenn sie so stimmt, schützt die Masernimpfung viel mehr Kinder als gedacht. Sie schützt über die Masern hinaus durch die Vermeidung der immunologischen Amnesie nach der Erkrankung vor vielen anderen Krankheiten. Man hat dies bisher nur noch nicht bemerkt. Denn, wenn ein Kind an einer Pneumonie erkrankt und verstirbt, bringt man dies zunächst nicht mit der Masernerkrankung sechs Monat vorher in Zusammenhang.

1 Michael J. Mina, C. Jessica E. Metcalf, Rik L. de Swart, A. D. M. E. Osterhaus, Bryan T. Grenfell: Long-term measles-induced immunomodulation increases overall childhood infectious disease mortality. Science 8 May 2015: Vol. 348 no. 6235 pp. 694-699 DOI: 10.1126/science.aaa3662

Dr. Christoph Kupferschmid

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



Das Wartezimmer - Dr. Werner Heller und Frau

Myanmar ist wie ein Virus



Dr. Werner Rulf

Anlass meiner ärztlichen Arbeit in Myanmar war der Wunsch des Vorsitzenden des Vereins „Action Myanmar Hilfe für Entwicklungsländer e. V.“ Dr. Werner Heller, ein Orthopäde aus Düsseldorf, als Kinderarzt dort für vier Wochen tätig zu werden. Seit über zehn Jahren versorgt er dort zusammen mit seiner Frau medizinische Ambulanzen und Krankenhäuser. Als orthopädischer Kollege hatte er in den letzten Jahren viele Fälle von unbehandelten Neugeborenen mit Neugeborenenikterus und entsprechenden Spätschäden, u. a. zerebrale Bewegungsstörungen und mentale Entwicklungsverzögerungen, gesehen. Ich sollte vor Ort eine kinderärztliche Sprechstunde in den verschiedenen Krankenhäusern und Notfallambulanzen abhalten.

Nach Auffrischung meiner medizinischen Englischkenntnisse wagte ich den Schritt, in Myanmar zu arbeiten.

Dafür, ist ein „Zertifikat of Good Standing“, erforderlich. Mit Hilfe des Vereins wurden Visa, Flugticket und die Erlaubnis, zusätzliches Gepäck mitzunehmen, beschafft. Vorab waren schon einige Container mit medizinischen Geräten, Verbandsmaterialien und orthopädischen Hilfsmitteln über die französische Hilfsorganisation AMFA (Association Medicale

Franco-Asiatique) nach Myanmar geschickt worden.

Nach langem Flug über Bangkok nach Yangon (Rangun) wurden wir von burmesischen Mitarbeitern freundlich empfangen und über den Diplomatenausgang an der Passkontrolle vorbei abgefertigt. Kurz danach konnten wir mit dem deutschen Botschafter sprechen. In Yangon hatten wir mehrere Begegnungen mit den lokalen Verantwortlichen von AMFA und der Pharmaindustrie und flogen zwei Tage später in unsere Einsatzgebiete.

Großer Bedarf an Pädiatrie

Mein erster Einsatzort war im Sitagu Ayudana Hospital in Sagaing auf dem Gelände in der International Buddhist Academy, wo wir im Gästehaus der Mönche wohnten und versorgt wurden. Der Bevölkerung in der Umgebung des Krankenhauses war unsere Ankunft schon einige Tage vorher angekündigt worden. Die Flure waren voll von Patienten. Zu mir kamen aus einem nahegelegenen buddhistischen

Kloster und Waisenhaus Kinder in Begleitung einer burmesischen Englischlehrerin. Sie fungierte auch als Dolmetscherin. Außerdem gehörten zahlreiche buddhistische Novizinnen und Novizen im Alter zwischen 6 und 14 Jahren zu meinen Patienten. Aber auch Kinder jeder Altersgruppe vom Säugling bis Jugendlichen aus der Umgebung. Die erfahrenen burmesischen Schwestern, die ebenfalls zum Teil Englisch sprachen, waren für mich eine große Hilfe. Bei Sprachverständigungsproblemen musste alles schriftlich geregelt werden. Zeitweise begleiteten mich junge burmesische Kolleginnen, wenn sie nicht im Operationssaal eingesetzt waren. Sie waren an der Kinderheilkunde sehr interessiert, ein Fach, das in ihrer Ausbildung wohl vernachlässigt wurde. Die lateinischen Diagnosen waren ihnen aber fast immer präsent. Dass bei einer kinderärztlichen Untersuchung auch ein Otoskop erforderlich ist, ist ihnen - aber auch später den burmesischen Kinderärzten - wohl nicht bekannt!

Mein erster Patient hatte eine Hexadaktylie an beiden Händen und eine Syndaktylie an beiden Füßen. Diese Missbildungen sah ich später noch häufiger. Neben Infek-

ten, vorwiegend der oberen Luftwege, Otitiden und fast bei jedem Kind viel Ohrenschmalz, aber auch hin und wieder kleine Perlen in den Gehörgängen. Bei den jungen Novizinnen vorwiegend Kreislaufprobleme und Kopfschmerzen. Ich sah Leberentzündungen, Mumps und verschiedene Hauterkrankungen mit z.T. schweren Superinfektionen. Bei den jungen Mönchen hatte fast jeder eine Tinea capitis, viele auch infizierte Insektenstichreaktionen wobei eine zusätzliche Skabies nicht sicher auszuschließen war.

Kostenlose Behandlung

Aus der Umgebung kamen vorwiegend Kleinkinder mit zerebralen Behinderungen, Hemi- und Tetraplegien, Klumpke'scher Lähmung, geistiger Retardierung, allgemeiner Entwicklungsverzögerung, unbehandelte Klumpfüße und sehr häufig Gelenkkontrakturen nach Verbrennungen. In vielen Fällen war es für eine Operation zu spät. Bei einigen Kindern wurde eine Einweisung in die Universitätskinderklinik in Mandalay oder in die Kinderklinik in Thandwe veranlasst.

In unseren Ambulanzen ist die Behandlung kostenlos. In kleinen Tüten oder Plastikdosen werden die

Medikamente für einige Tage mitgegeben. Diese sind durch Spenden reichlich und gut sortiert vorhanden und konnten durch unsere mitgebrachten zusätzlich ergänzt werden. Für erforderliche Röntgenaufnahmen oder Blutuntersuchungen im nächsten Krankenhaus bekamen die Angehörigen Fahrgeld und Begleitschreiben sofort ausgehändigt. So bekamen wir oft schon am nächsten Tag, wenn die Untersuchungsstelle in der Nähe war, die Ergebnisse. Diese Vorgehensweise war in allen Ambulanzen ähnlich. Unsere zweite Station war die Metta-Klinik über dem Me Lake auf dem Gelände eines Klosters mit Schule und Waisenhaus. Die vier „uralten“ Krankenschwestern, „Golden Girls“ genannt, empfingen uns sehr herzlich. Eine weitere Krankenstation unmittelbar am Inle-Lake konnten wir nach einer einstündigen Bootsfahrt über den See erreichen. Diese ist mit einem einheimischen Kollegen besetzt. Die Krankheitsbilder waren ähnlich. Bei jedem Husten musste man aber auch an eine Tuberkulose denken, da in der Vorgeschichte der Patienten oder der Angehörigen Tbc häufig vorkam. Nur wenige Patienten brachten ein Gesundheitsheft mit, somit war man auf die lückenhaften Angaben der Mütter oder Väter mit Hilfe der dolmetschenden Krankenschwester angewiesen. Kinder mit Malaria habe ich in unseren Ambulanzen nicht gesehen.

Ein Eldorado für Physiotherapeuten

Unsere letzten Stationen waren im Hospital in Thandwe und in der AMFA Ambulanz (dispensary) in Ngapali. Das Hospital in Thandwe hat eine chirurgisch orthopädische, eine interne, eine geburtshilfliche und kinderklinische Abteilung. Die beiden jungen Kinderärztinnen freuten sich über die mitgebrachte

Blaulichlampe und das BiliChek. Die „gelben“ Säuglinge werden in einem selbstgebauten Bretterbett mit Blaulichröhren der Marke Philips behandelt. Voraus geht hier eine Blutuntersuchung, aber manchmal wohl auch nur eine Hautpressur! Fast alle Kinder in den Dörfern



Fotos: © Dr. Werner Rulf

Der Verfasser mit seinen Patienten

werden per Hausgeburt entbunden. Bei Komplikationen wie lange Austreibungsperiode, Asphyxie, frühe Hyperbilirubinämie, Hirnblutungen, Herzfehler, aber auch sichtbare Missbildungen z.B. Klumpfüße und LKG werden diese Kinder nicht immer sofort in die Kliniken eingewiesen. Dadurch hatte ich häufiger Kinder mit Spätschäden im Alter zwischen 1-3 Jahren oder auch älter in meiner Sprechstunde. Bei einigen dieser Kinder war der Zeitpunkt einer Operation schon überschritten. Nur noch in seltenen Fällen konnten die Kinder in die großen Zentren für Kinderheilkunde nach Mandalay oder Yangon überwiesen werden. Bei den zerebral geschädigten Kindern versuchte ich mit Hilfe der kompetenten Schwestern, den Müttern kleine physiotherapeutische Handgriffe zu vermitteln. Burma wäre ein „Eldorado“ für Physiotherapeuten.

Wir bringen Hilfe und machen reiche Erfahrungen

Im Gespräch mit den Kinderärztinnen des Thandwe Hospitals erfuhr ich, dass der Staat bemüht ist, eine ärztliche Versorgung der Bevölkerung auf dem Land und in den Fischerdörfern zu etablieren. Ein Impfprogramm, das dem unsrigen

entspricht, wird durchgeführt, aber von der Bevölkerung nicht immer wahrgenommen. Die Kosten für die stationäre Krankenhausbehandlung werden übernommen. Für Ernährung und Unterkunft müssen die begleitenden Angehörigen aufkommen. Ein Gesundheitspass wird immer ausgestellt, jede Behandlung, Impfung und Verordnung eingetragen, aber dieser leider nur selten vorgelegt. Die zahlreichen Hilfsorganisationen, die in Myanmar arbeiten, werden auch nach der Demokratisierung des Landes weiterhin aktiv sein müssen. Der Verein „Action Myanmar“ hat engen Kontakt zu weiteren dort arbeitenden Arztgruppen u.a. Hautärzte, Zahnärzte, Augenärzte und Ärzte für plastische Chirurgie, die ebenfalls in diesen Krankenhäusern und Ambulanzen kostenlos Operationen und Eingriffe vornehmen. Während unseres Aufenthaltes war gleichzeitig ein belgisches Augenärzteam im Einsatz. Wir hatten ein gemeinsames Quartier und konnten so unsere Eindrücke und Erfahrungen gegenseitig austauschen.

Die Kolleginnen und Kollegen in Burma sind für jede Hilfe und jeden Ratschlag dankbar. Die Zusammenarbeit mit ihnen, den Krankenschwestern, den lokalen Vertretern der Gemeinde und den Mönchen



Fototherapie in der Klinik in Thandwe

war herzlich. Jeder Tag war ein Abenteuer und eine Herausforderung.

Reichlich beschenkt und von der Sonne verwöhnt, flogen wir nach 4 Wochen zurück in den Winter. Wie sagt mein Kollege: „Myanmar ist wie ein Virus, wenn er einmal im Körper ist, bekommst Du ihn nicht mehr raus“.

Dr. Werner Rulf
Kinder- und Jugendarzt
 Hörsterplatz 3-10
 48147 Münster
 Tel. 0251/5355 7472
 Fax 0251/5355 7257
 E-Mail: Werner@Rulf.de

Red.: Kup

Hermann-Josef Kahl zum 65. Geburtstag

Hermann Josef Kahl, geboren am 21. Juni 1950, studierte nach seinem Abitur an der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf Medizin. Seine Weiterbildung zum Facharzt für Pädiatrie absolvierte er im Lukas-Krankenhaus in Neuss, im Florence-Nightingale-Krankenhaus Düsseldorf-Kaiserswerth und an der Universität Düsseldorf. Er entschied sich für den Schwerpunkt Kinderkardiologie und ließ sich 1988 als Kinder- und Jugendarzt und ambulanter



Kinderkardiologe in Düsseldorf nieder. Er ist haus- und fachärztlich in seiner Gemeinschaftspraxis tätig.

Im BVKJ war er unter anderem als Obmann in Düsseldorf, Landesverbandsvorsitzender in Nordrhein und Delegierter aktiv. Auch heute noch ist er der Pressesprecher seines Landesverbands. Neben dem Landesverbandsvorsitz war sein berufspolitischer Schwerpunkt die Präven-

tion. Seit nunmehr 12 Jahren ist er Sprecher des Ausschusses Prävention und Frühtherapie im BVKJ und hat zusammen mit den übrigen Ausschussmitgliedern das gesamte Kindervorsorgeprogramm überarbeitet und somit ganz entscheidend zum großartigen Erfolg unserer Selektivverträge beigetragen. Dafür hat ihn der BVKJ im Jahr 2007 zusammen mit den übrigen Ausschussmitgliedern mit dem August-Steffen-Preis geehrt. Auch dem Thema Prävention durch Impfung hat er sich intensiv gewidmet.

Außerdem arbeitet er im Auftrag des BVKJ in diversen Gremien der

pädiatrischen Gesellschaften und der ärztlichen Selbstverwaltung mit, so im Unterausschuss Prävention des Gemeinsamen Bundesausschusses, wo er die schwierige Aufgabe hatte, die Krankenkassen von der Notwendigkeit der kompletten Überarbeitung und auch der Ergänzung der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen zu überzeugen, was ihm zusammen mit seinen Mitstreitern in diesem Gremium nach vielen Jahren intensiver Arbeit vor wenigen Wochen endlich gelungen ist.

Hermann Josef Kahl ist ein Unruhegeist voller Tatendrang und Ideen, dem das Kindeswohl ganz besonders am Herzen liegt. Er ist ein vehementer Verfechter traditioneller Familienstrukturen, ins-

besondere in den ersten drei Lebensjahren eines Kindes. Die jetzt vom BVKJ übernommene Stiftung „Kind und Jugend“ hat er ins Leben gerufen und mit dem Projekt „Theater auf Rezept“ eine einmalige und zündende Idee gehabt, die inzwischen bundesweit etabliert ist.

Lieber Josef, Du bist ein Musterbeispiel eines vorbildlichen Kinder- und Jugendarztes, der sich weit über seinen medizinischen Versorgungsauftrag hinaus engagiert und mit seinem großen Einsatz der Kinder- und Jugendmedizin und auch dem BVKJ zu Ansehen und Anerkennung in der Öffentlichkeit verholfen hat. Dies alles wäre ohne die Unterstützung Deiner Frau und Deiner Töchter nicht möglich ge-

wesen. Daher gebührt auch Ihnen unser aller Dank.

Mit diesem Wiegenfest verabschiedest Du Dich natürlich nicht in den Ruhestand, sondern bringst Dich weiterhin ein und übernimmst ab November das verantwortungsvolle Amt des Bundespressesprechers im BVKJ. Wir alle wünschen Dir auch in diesem Amt viel Erfolg und eine glückliche Hand.

Du pendelst inzwischen regelmäßig zwischen Düsseldorf und Wien, wo Deine Lieben jetzt ihren Lebensmittelpunkt haben, dort wirst Du sicher auch Deinen Geburtstag feiern. Alles Gute und herzlichen Glückwunsch!

*Wolfram Hartmann
Präsident BVKJ*

BVKJ-Medienpreis: Flüchtlingskinder und Förderschüler im Mittelpunkt der preisgekrönten Berichte

Am 8. Mai wurde in Berlin zum siebten Mal der BVKJ-Medienpreis verliehen. Der Preis zeichnet Beiträge aus, die sich mit dem Problem der „vergessenen Kinder“ auseinandersetzen, mit Kindern, die im sozialen Abseits stehen.

In der Kategorie TV wurde in diesem Jahr der WDR-Beitrag „Die Insel“ ausgezeichnet. Die Insel nennen die Autorinnen Tamara Milosevic und Tanja Häring das Haus in Duisburg, das in den Medien als regelmäßig als „Problemhaus“ titulierte wird. In ihm leben vorwiegend Zuwanderer aus Rumänien. Tamara Milosevic und Tanja Häring haben hinter die Fassaden des Hochhauses geschaut und erzählen in ihrem Film die Geschichte seiner Bewohner. Da ist zum Beispiel Roxana, 14 Jahre alt. Sie kommt aus Tandarei, Rumänien. Seit zwei Monaten ist sie mit ihren Eltern in Duisburg. Sie besucht einen Sprachkurs und möchte Geld sparen, um sich ei-

nen Schulranzen zu kaufen, ein paar Schuhe, um nicht mehr die rumänischen Sandalen tragen zu müssen. In Duisburg gefällt es ihr sehr gut, Parks und Straßen sind sauber, die Menschen höflich. Sie wünscht sich nichts sehnlicher als so zu sein wie ein ganz normales deutsches Mädchen. „Die Insel“ erzählt aus der Perspektive von Menschen, die in Deutschland als „Wirtschaftsflüchtlinge“ bezeichnet werden, die den Wohlstand und die Sicherheit bedrohen, die aber nichts weiter wollen als eine Zukunft.

Auch der Hörfunkbeitrag, den die Jury ausgezeichnete, widmete sich dem aktuellen Thema Flucht, Vertreibung und Ankommen in Deutschland. „Auf der Flucht - Kinder im syrischen Krieg“ von Ulrike Klausmann und Suleman Taufiq lief im Kinderradiokanal, dem Kiraka des WDR. In dem Doku-Hörspiel für Kinder wird spannend und nachvollziehbar die wahre Geschichte von drei

Schwestern aus Damaskus und ihrem Cousin erzählt, die auf unterschiedliche Weise vor dem Krieg fliehen. Die Mädchen berichten von nächtlichen Bombenangriffen, von geschlossenen Schulen und dem Verbot, nach draußen zu gehen. Vom Abschied, als die Eltern beschließen, nach Deutschland zu flüchten, und von ihrem neuen Leben in Aachen. Sie erzählen ihre Geschichte im Wechsel mit Kaiss, ihrem 25-jährigen Cousin, den sie aus den Augen verloren haben, weil er sich allein auf den Weg macht. Seine Flucht ist ein gefährliches Abenteuer durch mehrere Länder, mit heimlichen Grenzüberschreitungen zu Fuß, in Bussen, mit dem Flugzeug und in riskanten Bootsfahrten über das Mittelmeer. Bis zum Schluss steigert sich die Spannung, ob Kaiss die Flucht gelingt und ob er seine Cousinen wiedersehen wird.

Das Süderländer Tageblatt Plettenberg beschäftigte sich mit behinderten Kindern, die eine För-

derschule besuchen. Förderschulen gelten inzwischen als Orte der Ausgrenzung, behinderte Kinder sollen in Regelschulen inkludiert werden, so will es die Politik.

Sebastian Schulz, Redakteur beim Süderländer Tageblatt, stellte in einer kontinuierlichen Berichterstattung dar, wie wichtig die Förderschulen für behinderte Kinder sind. Er analysierte, wie es die Förderschule schafft, aus einstigen Klassenschlägern selbstbewusste, höfliche Jugendliche zu machen. Und er sorgte mit einer in der langen Geschichte des Süderländer Tageblatts noch nie dagewesenen Solidaritätsaktion dafür, dass plötzlich eine ganze Stadt um ihre Förderschule und ihre Kinder kämpfte.

Die Dotierung der Beiträge betrug jeweils 5.000 €. Eine besondere undotierte Auszeichnung erhielt in diesem Jahr die Redaktion Hier und Heute/WDR. Sie hatte gleich vier herausragende Beiträge, darunter auch „Die Insel“, eingereicht, die sich mit Kindern im sozialen Abseits beschäftigten. Die Preisverleihung fand in Berlin vor rund 100 geladenen Gästen aus dem BVKJ, den Medien und der Politik statt.

Rund 50 Journalistinnen und Journalisten hatten sich in diesem Jahr um den BVKJ-Medienpreis beworben, die meisten von den großen Tageszeitungen und öffentlich-rechtlichen Sendern – 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, Raimund Schmid, Medizinjournalist, 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 Aus-



Foto: © Dr. Helmut Hoffmann

v. l. n. r.: Ulrike Klausmann (WDR), Suleman Taufiq (WDR), Dr. Ulrich Fegeler (Jury), Tamara Milosevic (WDR), Tanja Häring (WDR), Dr. Wolfram Hartmann (Jury), Sebastian Schulz (Süderländer Tageblatt), Regine Hauch (Jury), für die Hier und Heute (WDR) Redaktion Klaus Geiges. Und im Vordergrund die kleine Glücksbotin Ronja Lange

bildungsplatz 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 seit Jahren für eine frühe strukturierte Entwicklungsförderung, die kein Kind zurücklässt, insbesondere keine Kinder aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status. Wir wünschen uns, dass in Deutschland ein Umdenken stattfindet, dass Kitas keine reinen Betreuungseinrichtungen, sondern Bildungs- und Fördereinrichtungen werden, eingebettet in niederschwellig erreichbare Strukturen, die auch den sozial schwachen Eltern Hilfen anbieten“, sagte Pressesprecher Dr. Ulrich Fegeler. „In solchen dualen Versorgungsstrukturen, wie wir sie idealerweise in der Einrichtung von Familienzentren sehen, werden sowohl die Kinder und auch ihre Familie erreicht. Wir wissen heute, dass hier optimale Förderergebnisse erzielt werden.“ Darüber

hinaus wünschten die Kinder- und Jugendärzte eine kostenlose und qualifizierte Ganztagsbetreuung und mehr Sozialarbeiter in Kindergärten und Schulen. „Denn“, so Fegeler, „wir sehen jeden Tag in unseren Praxen, was Armut mit Familien anrichtet: Eltern, die allein gelassen völlig überfordert sind und die ihre Fähigkeit verlieren, ihre Kinder ausreichend zu fördern und gesund aufwachsen zu lassen. Als Kinder- und Jugendärzte können wir in die Eltern beraten und dadurch versuchen, ihren Kindern helfen. Wir wissen, dass die Verordnung von Heilmitteln nur ein Feigenblatt ist. Was hilft, ist die strukturierte Unterstützung in den Lebenswelten der Familien durch soziale Hilfen für die Eltern und eine qualifizierte, fördernde Kindertagesbetreuung.“

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

ReH

Zu Fuß zur Schule: Das bringt mehr als viele Eltern denken

VCD bittet Kinder- und Jugendärzte um Unterstützung

Jeden Morgen vor Schulen und Kitas das gleiche Schauspiel: Eltern-Taxis. Sie erzeugen nicht nur Verkehrschaos, sondern schränken die Übersicht und somit auch die Sicherheit der Kinder ein. Zum bereits neunten Mal ruft der VCD daher zu den Aktionstagen „Zu Fuß zur Schule und in den Kindergarten“ auf. Als Kooperationspartner des BVKJ bittet der VCD auch die Kinder- und Jugendärzte um Unterstützung. Wie, darüber sprach unsere Zeitschrift mit Projektleiter Wolfgang Aichinger.



Foto: © ehrenberg-bilder

Eltern und Kinder zu motivieren, langfristig zu Fuß zu gehen. Durch unsere Aktion sollen Kinder die positiven Seiten des Zufußgehens spielerisch erfahren.

Gibt es denn gesicherte Erkenntnisse, die den gesundheitlichen Wert des Schulwegs beweisen?

Aichinger: Was wir feststellen ist, dass das Zufußgehen die Konzentrations- und Lernfähigkeit von Kindern in der Schule erhöht. Denn auf dem Weg in die Schule konnten sie sich bereits „auszappeln“ und ihren Körper mit Sauerstoff versorgen. Durch die tägliche Bewegung bleiben die Kinder auch körperlich fit. Der Schulweg zu Fuß wirkt sich also positiv auf die gesamte psychomotorische Entwicklung aus.

Wie viel kann ein Kind im Grundschulalter denn gehen?

Aichinger: Diese Frage lässt sich nicht so pauschal beantworten, da viele Faktoren zusammen kommen. Letztendlich müssen Eltern indivi-

duell entscheiden, wie viel sie ihrem Kind zutrauen. Ist die Schule oder Kita sehr weit entfernt und eine Autofahrt unabdingbar, sollten Eltern ihre Kinder dennoch das letzte Stück zu Fuß gehen lassen.

Welche Unterstützung wünschen Sie sich nun konkret von den Kinder- und Jugendärzten?

Aichinger: Kinder- und Jugendärzte haben einen direkten Draht zu Eltern. Sie sollten über die Vorteile des Zufußgehens aufklären und erläutern, wie der Schulweg gemeinsam ausgesucht und geübt werden kann, sodass tatsächlich Vertrauen entsteht, die Kinder allein laufen zu lassen. Genau dieses miteinander Vertrauen aufbauen, zeichnet auch unsere Aktion „Zu Fuß zur Schule und in den Kindergarten“ aus. Daher freuen wir uns, wenn auf diese aufmerksam gemacht wird. Informationen zu Anmeldung und möglichen Aktionen gibt es übrigens auf www.zu-fuss-zur-schule.de.

Red.: ReH

Zunächst mal: Was ist das Ziel der Aktion?

Aichinger: Neben dem Sicherheitsaspekt und der Möglichkeit, richtiges Verhalten im Verkehr aktiv zu lernen, ist der Schulweg für Kinder auch eine Entdeckungstour, auf der sie Freunde treffen. Er macht Spaß! Unser Ziel ist es,

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.



WEGE ZUR INKLUSION

FRÜHDIAGNOSTIK, FRÜHTHERAPIE, KINDLICHE SOZIALISATION

HERAUSGEGEBEN VON VOLKER MALL, FRIEDRICH VOIGT, NIKOLAI H. JUNG

Kinder sind auf Erwachsene angewiesen, um mit Liebe und Verständnis ihren Weg ins Leben zu finden. Trotz unterschiedlicher Ausgangssituationen soll jedes Kind zu einer selbständigen Persönlichkeit herangebildet werden und am gesellschaftlichen Leben teilhaben können.

Diesem Ziel haben sich Herausgeber und Autoren dieses Buches verschrieben. So früh wie möglich müssen Entwicklungsprobleme erkannt werden und Anlass zu gezielter Förderung sein – eine Forderung, die Professor Theodor Hellbrügge schon vor über 50 Jahren publizierte und die seitdem nicht an Aktualität verloren hat.

Themenschwerpunkte dieses Bandes sind die Inhalte von zwei internationalen und interdisziplinären Symposien:

FRÜHDIAGNOSTIK UND FRÜHTHERAPIE AUF DEM PRÜFSTAND

anlässlich der Besetzung des Stiftungsstuhls für Sozialpädiatrie
an der TU München 2012

KINDLICHE SOZIALISATION, SOZIALE INTEGRATION UND INKLUSION

anlässlich der Verleihung des Arnold-Lucius-Gesell-Preises 2013
an Prof. Dr. Samuel L. Odom, USA.

WEGE ZUR INKLUSION ist der erste Band der neuen Reihe
„Aktuelle Fragen der Sozialpädiatrie“ und wurde mit freundlicher
Unterstützung der Theodor-Hellbrügge-Stiftung realisiert.

Preis 19,90 €, Hardcover, 17,4 x 24,5 cm, 256 Seiten,
zahlreiche s/w-Tabellen und Grafiken, Beiträge dt. /teilw. engl.,
ISBN: 978-3-7950-1921-1



Fortbildungstermine



Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

**Programme und Anmelde-
formulare finden Sie immer
aktuell unter:
www.bvkj.de/kongresse**

Juli 2015

4. Juli 2015

Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Baden-Württemberg,
und **Kongress PRAXISfieber-regio für
MFA in Kinder- und Jugendarztpraxen
in Karlsruhe**

Tag.-Leiter: Dr. Christian Stock ③

29.07.2015

„Immer etwas Neues“ 2015

Update für das gesamte Praxisteam
Fürth, Auskunft: Berufsverband der Kin-
der- und Jugendärzte e. V.,
Mielenforster Straße 2, 51069 Köln
Tel: 0221-68909-26
Fax: 0221-68909-78
Email: Yvonne.rottlaender@uminfo.de

August 2015

19. August 2015

„Immer etwas Neues“ 2015

Update für das gesamte Praxisteam
Leverkusen, Auskunft: Berufsverband
der Kinder- und Jugendärzte e. V.,
Mielenforster Straße 2, 51069 Köln
Tel: 0221-68909-26,
Fax: 0221-68909-78
Email: Yvonne.rottlaender@uminfo.de

September 2015

5. September 2015

Jahrestagung des LV Sachsen

des Berufsverbandes der Kinder- und
Jugendärzte e.V., in Dresden,
Sächsische LÄK, Tagungsleitung:
Dipl.-Med. Stefan Mertens, Radebeul,
Auskunft: ①

09. September 2015

„Immer etwas Neues“ 2015

Update für das gesamte Praxisteam
Berlin, Auskunft: Berufsverband
der Kinder- und Jugendärzte e. V.,
Mielenforster Straße 2, 51069 Köln
Tel: 0221-68909-26, Fax: 0221-68909-78
Email: Yvonne.rottlaender@uminfo.de

11.-13. September 2015

19. Pädiatrie zum Anfassen, des BVKJ,
LV Hamburg, Bremen, Schleswig-
Holstein und Niedersachsen, Lübeck
Auskunft: ②

12. September 2015

18. Seminartagung des LV Hessen,

Bad Nauheim
Tag.-Leiter: Dr. Ralf Moebus
Dr. Lutz Müller, Auskunft: ①

16. September 2015

„Immer etwas Neues“ 2015

Update für das gesamte
Praxisteam Verden
Auskunft: Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e. V.,
Mielenforster Straße 2, 51069 Köln
Tel: 0221-68909-26, Fax: 0221-68909-78
Email: Yvonne.rottlaender@uminfo.de

23. September 2015

„Immer etwas Neues“ 2015

Update für das gesamte
Praxisteam Erfurt
Auskunft: Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e. V.,
Mielenforster Straße 2, 51069 Köln
Tel: 0221-68909-26, Fax: 0221-68909-78
Email: Yvonne.rottlaender@uminfo.de

30. September 2015

„Immer etwas Neues“ 2015

Update für das gesamte
Praxisteam Hamburg
Auskunft: Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e. V.,
Mielenforster Straße 2, 51069 Köln
Tel: 0221-68909-26, Fax: 0221-68909-78
Email: Yvonne.rottlaender@uminfo.de

Oktober 2015

9.-14. Oktober 2015

43. Herbst-Seminar-Kongress

des Berufsverbandes der Kinder- und
Jugendärzte e.V., Bad Orb
Auskunft: Berufsverband der Kinder- und
Jugendärzte
Mielenforster Str. 2, 51069 Köln
Tel.: 0221/68909-15/26
Fax: 0221/68909-79,
(bvkj.kongress@uminfo.de) ②

21. Oktober 2015

„Immer etwas Neues“ 2015

Update für das gesamte Praxisteam
Verden
Auskunft: Berufsverband der Kinder- und
Jugendärzte e. V.,
Mielenforster Straße 2, 51069 Köln
Tel: 0221-68909-26, Fax: 0221-68909-78
Email: Yvonne.rottlaender@uminfo.de

November 2015

7. November 2015

Jahrestagung des LV Niedersachsen

des BVKJ in Verden
Verantwortlich: Dr. Tilman Kaethner und
Dr. Ulrike Gitmans, Auskunft: ③

14.-15. November 2015

13. Pädiatrie zum Anfassen

des Berufsverbandes der Kinder- und Ju-
gendärzte e. V.
LV Bayern, in Bamberg
Tagungsleiter: Prof. Dr. C. P. Bauer,
Gaißach/München
Verantwortlich: Dr. Martin Lang
Bahnhofstr.4, 86150 Augsburg
Auskunft: ③

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

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

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

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



Geburtstage im Juli 2015

65. Geburtstag

Herr Dr. med. Hans-J. Nöller,
Mühlheim, am 03.07.
Frau Dr. med. Margit Csorba,
Freiburg, am 03.07.
Herr Dr. med. Alfons Ziegler,
Augsburg, am 06.07.
Frau Dipl.-Med. Barbara Wein,
Altdöbern, am 06.07.
Frau Dipl.-Med. Marlo-Ilona Schmiegel,
Berlin, am 11.07.
Herr Dr. med. Eberhard Maaß,
Asperg, am 11.07.
Herr Dr. med. Georg Kluitmann,
Dinslaken, am 12.07.
Herr Dr. med. Konrad Selke,
Köln, am 13.07.
Frau Dr. med. Berta-Margareta Riedl,
Luhe Wildenau, am 16.07.
Herr Dr. med. Ullrich Zimmermann,
Kaltennordheim, am 17.07.
Herr Dipl.-Med. Günter Schössow,
Zschopau, am 22.07.
Herr Dr. med. Ekkehard Arnold,
Weil am Rhein, am 24.07.
Herr Dr. med. Martin Enders-Comberg,
Neunkirchen, am 29.07.
Frau Sabine Lucht, Hamburg, am 31.07.
Frau Dipl.-Med. Eva Konrad,
Regis-Breitingen, am 31.07.

70. Geburtstag

Frau Gudrun Trautmann,
Berlin, am 05.07.
Frau Dipl.-Med. Eva-Maria Tammer,
Zetel, am 06.07.
Herr Dr. med. Borries Graf zu Castell,
Kaufering, am 13.07.

Herr Dr. med. Carl Dietrich Adam,
Passau, am 14.07.
Frau Dr. med. Claudia Soos-Geyer,
Dortmund, am 17.07.
Herr Dr. med. Dirk Buschatz,
Datteln, am 20.07.
Herr Dr. med. Günter Auerswald,
Bremen, am 20.07.
Herr Prof. Dr. med. Ulrich Wahn,
Kleinmachnow, am 21.07.
Herr Ahmed El-Bennich,
Pirmasens, am 23.07.
Herr Prof. Dr. med. Volker Klingmüller,
Gießen, am 26.07.
Herr Dipl.Med. Michael Ungewiß,
Goldberg, am 28.07.

75. Geburtstag

Herr Dr. med. Peter Kadelbach,
Hannover, am 01.07.
Herr Dr. med. Hadi Jawad,
Paderborn, am 03.07.
Herr Dr. med. Michael Ridderskamp,
Meppen, am 08.07.
Frau Dr. med. Elke Freienstein,
Verden, am 16.07.
Herr Dr. med. Eckhard Wellmann,
Würzburg, am 22.07.
Frau Dr. med. Karola Huckstorf,
Magdeburg, am 25.07.
Herr Dr. med. Volker Siller,
Aachen, am 31.07.

80. Geburtstag

Herr Dr. med. Eberhard Bruder,
Uelzen, am 02.07.
Frau SR Dr. med. Dorothea Schumann,
Erfurt, am 03.07.
Frau Dr. med. Gerda Mittermaier,
Dossenheim, am 08.07.
Frau Dr. med. Gertraud Donders,
Ebersbach, am 24.07.
Herr Dr. med. Lutz Breuer,
Velbert, am 26.07.

81. Geburtstag

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

83. Geburtstag

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

84. 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.

85. 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.

86. Geburtstag

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

87. Geburtstag

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

89. Geburtstag

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

92. Geburtstag

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

93. Geburtstag

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

94. Geburtstag

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

96. Geburtstag

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

DGAAP

Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie

Die Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie (DGAAP e.V.)
ist die wissenschaftliche Gesellschaft der ambulanten, allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin.

Ziel der Gesellschaft ist es, der ambulanten allgemeinen Kinder- und Jugendmedizin
als eigenständigem Fach in Forschung, Lehre und Praxis die ihr zukommende Bedeutung
zu verschaffen.

Machen
Sie mit!
Werden Sie Mitglied!
Informationen und
Mitgliedsanträge
auch unter
www.dgaap.de

Im Monat April durften wir 58 neue Mitglieder begrüßen.

Inzwischen haben uns folgende Mitglieder die Genehmigung erteilt, sie auch öffentlich in der Verbandszeitschrift willkommen zu heißen.



Landesverband

Baden-Württemberg

Frau Dr. med. Sibylle *Breitling*
Herrn Dr. med. Markus *Eder*
Herrn Dr. med. Frank *Eickmeier*
Herrn Dr. med. Florian *Lepiorz*
Frau Dr. med. univ. Rjeka Dr.
hum. Biol. Tamara *Meinhardt*
Herrn Dr. med. Holger *Schneider*
Frau Dr. med. Julia *Vry*



Bayern

Frau Christina *Barz*
Frau Dr. med. Anika *Wels*
Frau Dr. med.
Kristin *Zwenzner*



Berlin

Frau Dorit *Ilzhöfer*
Frau Dr. med. Sabine *Tuschy*



Hessen

Herrn Heiko *Backes*



Mecklenburg-Vorpommern

Frau Dr. med. Maria *Buller*
Frau Malakeh *Dali*



Niedersachsen

Frau Petra *Poppe*



Nordrhein

Frau Dr. med.
Katrin *Halstenberg*
Frau Dr. med.
Verena *Marcinkowski*
Frau Dr. med. Gabi *Morgen*
Frau Lydia *Okkel*
Frau Rhea Alena *Willems*



Saarland

Frau Simone *Scheffler*



Thüringen

Frau Dr. med.
Katharina *Biermann*



Westfalen-Lippe

Frau Dr. med.
Ricarda Maria *Buchal*
Frau Carina *Kolem*

Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

Die Justitiare des BVKJ e.V., die **Kanzlei Dr. Möller und Partner**, stehen an jedem 1. und 3. Donnerstag eines Monats von 17.00 bis 19.00 Uhr unter der Telefonnummer **0211 / 758 488-14** für telefonische Beratungen zur Berufsausübung zur Verfügung.



Zindaclin® – Cool bleiben bei Akne

Zur Leitlinien-gerechten Kombinationstherapie der milden bis moderaten papulo-pustulösen Akne steht Kinder- und Jugendärzten ab sofort **Zindaclin® 1% Gel** (PZN: 3929883) zur Verfügung. Der darin enthaltene patentierte Clindamycin-Zink-Komplex bietet eine konstante Wirkstoff-Freisetzung über 24 Stunden und ermöglicht dadurch die nur 1x tägliche Anwendung. Zindaclin bietet dank der antibakteriellen und anti-entzündlichen Eigenschaften des Wirkstoffes Clindamycin einen zweifachen Schutzmechanismus bei Akne: Die bakterielle Besiedelung der Talgdrüsenfollikel durch Propionibakterien sowie die Freisetzung proinflammatorischer Mediatoren werden reduziert. Seit 1.5.2015 ist Zindaclin® das einzig verfügbare topische Clindamycin-Monopräparat in Deutschland. Es kann

auch nach Anbruch bei Raumtemperatur gelagert werden, ist angenehm auf der Haut und zieht schnell in die entzündeten Hautbereiche ein. Zindaclin® besitzt eine hohe Patientenakzeptanz, die in Studien nachgewiesen wurde und die Therapie-Compliance positiv unterstützt.

Weiterführende Informationen sind unter www.infectopharm.com erhältlich.

Nach Informationen von INFECTOPHARM Arzneimittel und Consilium GmbH.



65 Jahre Prospan® = 65 Jahre Hustenkompetenz

Mehr als 65.000 Patientendaten belegen Wirksamkeit und Verträglichkeit des Efeu-Spezial-Extrakts EA 575®

Prospan® feiert Geburtstag: Seit mittlerweile 65 Jahren steht das pflanzliche Arzneimittel für nachgewiesene Wirksamkeit und Verträglichkeit bei Atemwegsinfekten mit Husten. Das zeigt auch die aktuelle Veröffentlichung „A valuable option for the treatment of respiratory diseases: Review on the clinical evidence of the ivy leaves dry extract EA 575®“ im internationalen Journal *Planta Medica*.¹

Hier fassen die Autoren um Lang et al. mehr als 65.000 Patientendaten aus klinischen sowie nicht-interventionellen Studien zusammen und zeigen dabei die therapeutische Relevanz des Efeu-Spezial-Extrakts EA 575® auf: Vom Einsatz des Phytopharmakons in allen Altersklassen, über Wirksamkeits- und Verträglichkeitsbelege auch im Vergleich zu chemisch-definierten Präparaten bis hin zum Einsatz bei chronischen sowie akuten Atemwegsinfekten mit der Begleiterscheinung Husten. Dazu gehören etwa auch die bronchospasmolytischen Effekte von Prospan®, die für die Gabe des Phytopharmakons unter anderem

in der Add-On-Therapie von Kindern mit mildem, persistierendem, kindlichem Asthma bronchiale sprechen.

Die Wirksamkeit und Verträglichkeit von Efeublätter-Trockenextrakten konnte bis heute in zahlreichen Studien und Untersuchungen nachgewiesen werden. Auffallend dabei ist, dass die Ergebnisse überwiegend auf die Daten zum Efeu-Spezial-Extrakt EA 575® (Prospan®) zurückzuführen sind.¹ „Als forschendes Pharmaunternehmen ist es uns wichtig, in die Forschung und Weiterentwicklung des EA 575® zu investieren“, erklärt Dr. Christiane Staiger, Medical Director von Engelhard Arzneimittel. Dabei betont sie

aber auch, dass die entsprechenden Daten nur für den EA 575® gelten:⁷ „Dieser wird in einem speziellen Verfahren hergestellt und ist in seiner Zusammensetzung einzigartig. Daher können diese Studienergebnisse nicht ohne weiteres auf andere Efeu-Extrakte übertragen werden.“

Die zum EA 575® veröffentlichten Untersuchungen und Studienergebnisse wurden nun von den Autoren Lang et al. in einem Review zusammengefasst und ihre therapeutische Relevanz – vor allem hinsichtlich der Parameter Wirksamkeit und Verträglichkeit – dargestellt. Das Review macht zudem deutlich, welche Anwen-

dungsbreite das Phytopharmakon aufweist. Zum Tragen kommen dabei mehr als 65.000 Patientendaten – und damit eine Datenlage, die selbst im Vergleich zu anderen gut erforschten Präparaten überdurchschnittlich hoch ist.

Wirksamkeit chemisch-definierten Präparaten ebenbürtig

Dass der Efeu-Spezial-Extrakt EA 575[®] eine vergleichbare Wirksamkeit wie chemisch-definierte Stoffe aufweist, zeigen etwa die Ergebnisse von Bolbot et al.. Die Autoren untersuchten in einer offenen, multizentrischen, kontrollierten Studie die Wirksamkeit und Verträglichkeit des EA 575[®] gegenüber Acetylcystein.² Zur Evaluation in diese Studie eingeschlossen wurden 50 Kinder im Alter von 2 bis 10 Jahre mit akuter Bronchitis (obstruktiv und nicht-obstruktiv). Die Hauptsymptome normalisierten sich in beiden Behandlungsgruppen in vergleichbarer Zeit. Nach Abschluss der Therapie wiesen die analysierten Lungenparameter (FVC, FEV₁, PEF, MEF₂₅, MEF₅₀, MEF₇₅) in der Prospan[®]-Gruppe eine signifikante Verbesserung gegenüber der Behandlung mit Acetylcystein auf. Die Studie zeigt, dass die sekretolytischen Eigenschaften des EA 575[®] denen von Acetylcystein mindestens ebenbürtig sind. Zudem bestätigen die Ergebnisse die bronchospasmolytische Wirkung des Efeuextrakts – ein Fakt, der vor allem für Indikationen, die über den akuten Einsatz hinausgehen, relevant ist.

Darauf verweist etwa eine aktuelle randomisierte und placebokontrollierte doppelblinde, Crossover-Proof-of-Concept-Studie zum Einsatz bei mildem, persistierendem Asthma bronchiale: Die additive Gabe des Efeu-Spezial-Extraktes EA 575[®] ging mit einem bronchodilatativen Effekt einher, der mit einer signifikanten Besserung der Lungenfunktionsparameter der in die Studie eingeschlossenen Kinder assoziiert war.³ Die Studie bestätigt die Daten von Mansfeld et al., die einen solchen Effekt bereits 1998 im Rahmen einer randomisierten, doppelblinden, placebokontrollierten Crossover-Studie zur Wirksamkeit des Efeu-Spezial-Extraktes EA 575[®] bei Kindern (Alter: 4 bis 12 Jahre) mit Asthma bronchiale festgestellt hatten.⁴

Verträglichkeit im Sinne der Patienten

EA 575[®] stellt eine effektive Therapieoption sowohl bei chronisch-entzünd-

© Engelhard Arzneimittel, Abdruck bei Angabe der Quelle honorarfrei



Der Efeu-Spezial-Extrakt EA 575[®] (Prospan[®]) verfügt mit mehr als 65.000 in Untersuchungen und Studien eingeschlossenen Patienten über eine überdurchschnittliche Datenlage.¹

lichen Bronchialerkrankungen als auch akuten Infekten der Atemwege mit Husten dar – und das bei sehr guter Verträglichkeit. Das belegen etwa die Untersuchungsergebnisse von Kraft:⁵ Diese retrospektive Datenerhebung (Auswertung der Aufzeichnungen aus pädiatrischen Praxen) an mehr als 52.000 Kindern (Alter: 0 bis 12 Jahre) zeigt nur eine sehr geringe Inzidenz von milden, überwiegend gastrointestinalen Nebenwirkungen (0,22%). Die sehr gute Verträglichkeit des EA 575[®] belegt auch eine multizentrische Anwendungsbeobachtung bei 113 Kindern (6 bis 15 Jahre) mit rezidivierender, obstruktiver Bronchitis.⁶ Neben der signifikanten Verbesserung der Lungenfunktionsparameter (z.B. FEV1: +0,167l) zeigte sich bei 98,2% der Patienten eine „sehr gute“ bzw. „gute“ Therapieerträglichkeit unter der Gabe von Prospan[®].

Therapeutische Relevanz des EA 575[®]

Der EA 575[®] verfügt mit mehr als 65.000 in Untersuchungen und Studien eingeschlossenen Patienten aller Altersklassen über eine überdurchschnittliche Datenlage.¹ Damit liegen, im Gegensatz zu vielen anderen Präparaten, auch verlässliche Daten zum sehr gut verträglichen Einsatz bei Kindern vor. Auffällig ist, so die Autoren um Lang, der zusätzlich bronchospasmolytische Effekt des Efeu-Spezial-Extraktes EA 575[®], der nicht nur das Durchatmen der

Patienten fördert, sondern damit auch die Relevanz für den Einsatz im chronischen Bereich deutlich macht.

Prospan[®] steht für 65 Jahre Hustenkompetenz

Seit 65 Jahren* ist Prospan[®] sowohl bei akuten als auch bei chronisch-entzündlichen Atemwegsinfekten mit der Begleitscheinung Husten ein Mittel der Wahl. Dabei steht die Marke genauso für Bewährtheit wie für Innovation. Denn Engelhard Arzneimittel ist dank seines Forschungsbestrebens mit der weitgehenden Entschlüsselung des Wirkmechanismus des EA 575[®] ein Meilenstein der modernen Phytotherapie gelungen. Hinzu kommt eine breite Palette an modernen Darreichungsformen, die sich den entsprechenden Bedürfnissen der Patienten anpasst.

Quellen

- Lang C et al., Planta Med, eFirst online publication 15.04.2015; <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1545879>
- Bolbot Y et al., Drugs of Ukraine 2004; 11:1-4.
- Zeil S et al., Phytomedicine (2014); <http://dx.doi.org/10.1016/j.phymed.2014.05.006>
- Mansfeld HJ et al., MMW (1998); 140: 26-30.
- Kraft K, Z. Phytotherapie 2004; 25:17-181.
- Lässig W et al., TW Pädiatrie 1996; 9: 489-491.
- www.dphg.de/fileadmin/content/pdfs/dphg_leitlinie_gute_substitutionspraxis.pdf, aufgerufen am 6.5.2015.

*Als erste Darreichungsform wurden die Prospan[®] Hustentropfen 1950 in den Markt eingeführt.

Nach Informationen von Engelhard Arzneimittel GmbH, Niederdorfelden.

ADHS bei Kindern und Jugendlichen

Lisdexamfetamin kann Funktionalität und Lebensqualität verbessern

ADHS hat relevante Auswirkungen auf das Funktionsniveau der Betroffenen. Aktuelle Studiendaten zeigen, dass eine Behandlung mit dem Prodrug-Stimulans Elvanse® (Lisdexamfetaminindimesilat – LDX) über eine effiziente Symptomkontrolle hinaus auch die Lebensqualität und die Funktionalität der Betroffenen im Alltag verbessert. Dies deckt sich mit Erfahrungen aus der Behandlungspraxis, so die Experten bei einem Symposium im Rahmen des XXXIV. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (DGKJP) in München.

Die ADHS-Symptome Hyperaktivität, Impulsivität und Unaufmerksamkeit wirken sich auch auf die Lebensqualität und das soziale, akademische und berufliche Funktionieren aus¹, erklärte Dr. Karl Reitzle (München). Daher sollte bei der Behandlung nicht nur der Einfluss auf die Kernsymptomatik, sondern auch die Funktionalität beurteilt werden.

Studiendaten zeigen Überlegenheit von LDX

Die positive Wirksamkeit von Lisdexamfetamin auf die ADHS-Kernsymptomatik ist gut dokumentiert¹. Ergänzend wurden nun Daten zur Wirksamkeit von LDX bezüglich der Funktionalität und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität publiziert. Sie stammen aus einer 7-wöchigen doppelblinden Dosisoptimierungsstudie mit Kindern und Jugendlichen im Alter von sechs bis 17 Jahren² und wurden mit Elternfragebögen

erhoben (WFIRS-P und CHIP-CE:PRF). Bezüglich der funktionellen Beeinträchtigung war LDX in den Domänen Familie, Lernen und Schule, soziale Aktivitäten und risikoreiche Aktivitäten sowie im Gesamtwert Placebo signifikant überlegen. Auch die Lebensqualität verbesserte sich gegenüber Placebo signifikant. Eine Langzeitstudie über 32 Wochen ergab zudem, dass die Verbesserung der Lebensqualität unter LDX gegenüber Placebo erhalten blieb³.

Im Behandlungsalltag bestätigt

Auch in einer praxisinternen Auswertung von ILK-Fragebögen durch Reitzle zeigte sich nach Umstellung auf Lisdexamfetamin eine deutlich verbesserte Lebensqualität. „Diese Ergebnisse sind erfreulich, da alle Teilnehmer bereits Vormedikationen erhielten, die jedoch nicht ausreichend wirksam waren“, erklärte Reitzle. Nach der

Umstellung besserte sich sowohl aus Elternsicht als auch aus Sicht der Kinder das seelische Befinden. Von besonderer Bedeutung im Alltag sei die Situation am späteren Nachmittag und frühen Abend, wenn alle Familienmitglieder wieder zu Hause zusammenkommen. „Gerade in dieser sensiblen Phase sollte die Wirkung der Medikation nicht nachlassen“, so Reitzle. „Oft war es eine am späteren Nachmittag durchbrechende emotionale Impulsivität, die uns bewogen hat, auf Lisdexamfetamin umzustellen.“ Auch nach der Erfahrung von Dr. Michael Meusers (Herdecke) ist die Therapie mit LDX aufgrund der langen Wirkdauer von bis zu 13 Stunden nach Einnahme insbesondere für Kinder und Jugendliche geeignet, bei denen Methylphenidat nicht ausreichend lange wirkt und eine zweite Gabe während des Tages nicht umsetzbar ist. Meusers zeigte anhand von Fallbeispielen, wie mit Hilfe von LDX in unterschiedlichen Kontexten wie Nachmittagsbetreuung, Ganztagschule und Berufsausbildung die erforderliche Funktionalität seiner Patienten gewährleistet werden konnte.

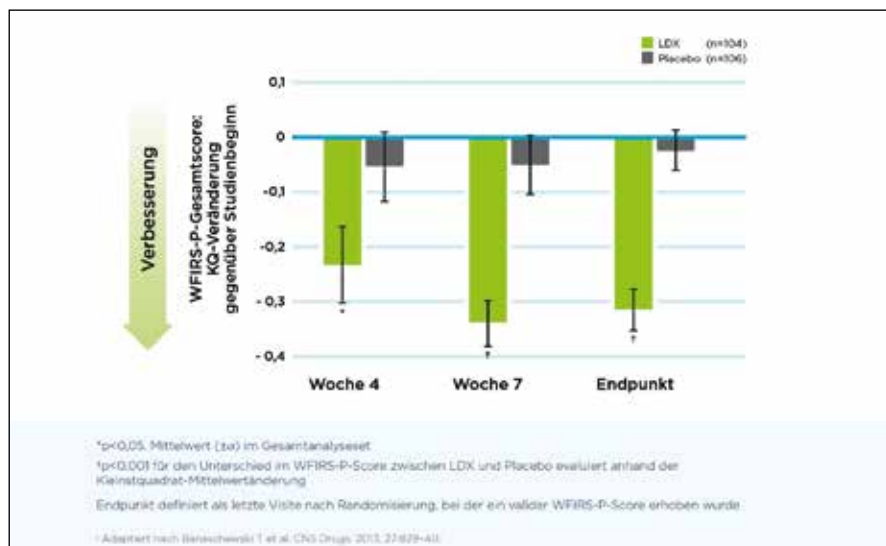
Quelle

Mittagssymposium „ADHS-Therapie über die Symptomkontrolle hinaus. Welche Konzepte gibt es und was kann mit Lisdexamfetamin erreicht werden?“, im Rahmen des XXXIV. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie am 6. März 2015 in München.

Referenzen

- 1 Coghill D et al. Eur Neuropsychopharmacol 2013; 23: 1208–18.
- 2 Banaschewski T et al. CNS Drugs 2013; 27:829–40.
- 3 Banaschewski T et al. CNS Drugs 2014; 28: 1191–1203.

Nach Informationen von
Shire Deutschland GmbH, Berlin



Verbesserung der Gesamtfunktionalität unter Lisdexamfetamin¹

Welt-Meningitis-Tag am 24. April

Meningokokken-Erkrankungen: Vorbeugen kann Leben retten

Wie lebensgefährliche Meningokokken-Erkrankungen verlaufen und wie man vorbeugen kann, darüber informieren Patientenorganisationen jährlich weltweit am 24. April, dem Welt-Meningitis-Tag. Zur Prävention gegen den in Deutschland häufigsten Erreger der Serogruppe B gibt es seit über einem Jahr den Impfstoff Bexsero®. Als Standardimpfung ist er hier bisher nicht von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlen. Großbritannien hingegen führt in Kürze eine flächendeckende Impfung von Säuglingen gegen Meningokokken B ein.

Fachgremien wie die Sächsische Impfkommission (SIKO) und die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendheilkunde (DAKJ) raten bereits zu einer Impfung gegen Meningokokken B. „Kinderärzte und Eltern wünschen sich auch für Deutschland eine STIKO-Empfehlung“, weiß Andrea Vogt-Bolm von der Patientenorganisation Amputo-Kids, Hamburg. Sie begegnet täglich Kindern, die nach einer Meningokokken-Erkrankung mit Amputationen leben müssen. „Wir möchten, dass sich viele Menschen der Gefahren einer Meningokokken-Infektion bewusst werden. Sie kann innerhalb von 24 Stunden zum Tod führen oder dauerhafte Gesundheitsschäden nach sich ziehen,“ betont Andrea Vogt-Bolm.

2015 bereits einige Todesfälle in Deutschland

Deutschland verzeichnet im Durchschnitt jedes Jahr ca. 430 Meningokokken-Fälle, etwa zehn Prozent der meist kleinen Patienten sterben.² Rund einer von fünf Überlebenden leidet dauerhaft unter schweren Folgeschäden, wie Taubheit, Krampfanfällen oder dem Verlust von Gliedmaßen.³ Im Jahr 2015 verzeichnet das RKI bislang 132 Fälle (Stand: 22. April 2015)⁴, einige davon mit tödlichem Ausgang. So starben im Februar ein 15-jähriger Junge am Bodensee, ein 2-Jähriger in Bad Segeberg und ein 23 Monate altes Kind in Berlin.

Impfen ist der effektivste Schutz

Seit Ende 2013 ist mit dem von Novartis Vaccines entwickelten Impfstoff



Foto: Novartis Vaccines

Bexsero® auch eine Impfung gegen Meningokokken der Serogruppe B (MenB) möglich. Schon mehr als 100.000 Dosen der Vakzine wurde im Jahr 2014 in Deutschland verimpft. Deutschland war dabei weltweit sogar das erste Land, in dem der Impfstoff nach Markteinführung verabreicht wurde. Während zwischenzeitlich in fast allen EU-Mitgliedsländern

eine MenB-Immunsierung durch die Gesundheitsbehörden aktiv empfohlen wird, steht in Deutschland eine Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) noch aus.

Derzeit erstatten allerdings schon mehr als 70 Krankenkassen freiwillig die Kosten, jedoch nicht alle. Abhängig von Wohnort und Kassenzugehörigkeit hängt es somit

auch vom Zufall ab, welche Eltern ihre Kinder gegen die lebensbedrohende Infektion schützen lassen können – ohne privat zu zahlen.

Welt-Meningitis-Tag für mehr Aufklärung

Der Welt-Meningitis-Tag wird in vielen Ländern zur Aufklärung über die heimtückischen Meningokokken-Infektionen genutzt. Er wurde 2009 vom weltweiten Dachverband der Meningitis-Patientenselbsthilfegruppen CoMO (Confederation of Meningitis Organisations, www.comoonline.org) ins Leben gerufen. Der Impfstoffhersteller GlaxoSmithKline (zuvor Novartis Vaccines) unterstützt die Aktivitäten der CoMO zum Welt-Meningitis-Tag.

Über Meningokokken-Erkrankungen

Meningokokken-Erkrankungen sind bakterielle Infektionen, die eine Entzündung der Hirn- und Rückenmarkshäute (Meningitis) oder eine Sepsis (Blutvergiftung) auslösen können. Meningokokken-Bakterien (*Neisseria meningitidis*)

werden durch Tröpfcheninfektion übertragen.⁵ Trotz ihrer Seltenheit ist die Erkrankung sehr gefürchtet, da sie ohne Vorwarnung gesunde Personen treffen kann⁶ und potenziell lebensbedrohlich ist. Betroffen sind meist Säuglinge und Kleinkinder.^{2,7}

Eine von Meningokokken ausgelöste Hirnhautentzündung oder Blutvergiftung manifestiert sich zunächst oft mit grippeähnlichen Symptomen und ist deshalb anfangs schwer zu diagnostizieren. Fieber über 40 Grad, ein steifer Nacken und Petechien sind Alarmzeichen: jetzt ist umgehend ärztliche Behandlung nötig – jede Minute zählt.

Fünf Hauptgruppen von Meningokokken (A, B, C, W135 und Y) verursachen praktisch alle Fälle von Erkrankungen auf der ganzen Welt, wobei historisch die Serogruppe C und zuletzt Serogruppe B die in Deutschland am meisten verbreiteten Verursacher sind. In Deutschland sind Meningokokken-B-Bakterien die Hauptursache von Meningokokken-Erkrankungen bei Säuglingen und für 85 Prozent aller Meningokokken-Erkrankungen in dieser Altersgruppe verantwortlich. In der Gesamtbevölkerung verursachen sie fast 70 Prozent der Meningokokken-Erkrankungen.⁸ Die restlichen Erkrankungen werden hauptsächlich durch Meningokokken der Serogruppe C ausgelöst, für die es bereits seit 2006 eine Standard-Impfempfehlung gibt.

Referenzen

- 1 Robert Koch-Institut. Surv-Stat-Abfrage der Jahre 2005-2014, insgesamt gemeldete Fälle 4.306. <https://survstat.rki.de>. Letzter Zugriff: 22. April 2015.
- 2 Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases (The Pink Book: Course Textbook). 12. Edition, 2. Druck. Update Mai 2012. Online publiziert unter: <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/index.html>. Letzter Zugriff: 22. April 2015.
- 3 Rosenstein NE et al. Meningococcal disease. *N Engl J Med* 2001;344:1378-88.
- 4 Robert Koch-Institut. Surv-Stat-Abfrage zu invasiven Meningokokken-Erkrankungen, Meldungen aus dem Jahr 2015. <https://survstat.rki.de>. Letzter Zugriff: 22. April 2015.
- 5 World Health Organization. Meningococcal meningitis. Factsheet N°141, updated February 2015. Abrufbar unter: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs141/en/>. Letzter Zugriff: 22. April 2015.
- 6 Thompson MJ, et al. Clinical recognition of meningococcal disease in children and adolescents. *Lancet* 2006;367:397-403.
- 7 Donnelly J et al. Qualitative and quantitative assessment of meningococcal antigens to evaluate the potential strain coverage of protein-based vaccines. *Proc Natl Acad Sci USA* 2010;107:19490-5.
- 8 Robert Koch-Institut. *Epidemiologisches Bulletin* 2012;39:364.

Nach Informationen von
Novartis Vaccines, Holzkirchen

Jetzt NEU:

Soventol® PROTECT – zuverlässiger Schutz gegen Mücken und Zecken

Wir alle wissen, dass stechende oder blutsaugende Insekten uns einen wunderbaren Sommertag so richtig schön „vermiesen“ können. Vorbeugung spielt deshalb eine wichtige Rolle. Aber nicht nur, damit wir den Sommer ohne lästige Mückenstiche genießen können, sondern auch, um uns vor schwerwiegenden Erkrankungen wie z. B. Borreliose zu schützen.

Ganz neu bietet Soventol® jetzt zwei neue Produkte zum Schutz vor Insekten:

- Soventol® PROTECT Intensiv-Schutzspray zur Mückenabwehr (100 ml, PZN 11016145)
- Soventol® PROTECT Intensiv-Schutzspray zur Zeckenabwehr (100 ml, PZN 11016174)

Das Intensiv-Schutzspray gibt es in zwei Varianten: zur Mücken- und zur Zeckenabwehr. Soventol® PROTECT schützt bis zu 7 Stunden und ist wasserbeständig und schwitzfest. Darüber hinaus punktet das Intensiv-Schutzspray mit seinem angenehmen Geruch und der guten Verträglichkeit, die die Anwendung bereits bei Kindern ab 1 Jahr möglich macht. Ein weiteres Plus ist das praktische 360°-Sprühsystem mit dem sich auch Waden, Füße und Rücken ganz einfach einsprühen lassen. Selbstverständlich ist Soventol® PROTECT apo-thekenexklusiv.

Nach Informationen von
Medice, Iserlohn.



Wachstumshormonbehandlung mit Omnitrope® (Sandoz Biopharmaceuticals)

Jetzt auf den neuen SurePal™-Pen umstellen – Patronen für den BD-Pen sind ab 1. Juli nicht mehr im Handel

Für Patienten, die mit Omnitrope® (Somatotropin) behandelt werden, gibt es den neuen SurePal™-Pen. Dieser ersetzt ab 1. Juli 2015 vollständig den bisherigen BD-Pen. Patienten müssen jetzt auf den neuen SurePal™ umgestellt werden, da ab 1. Juli 2015 keine Patronen mehr für den BD-Pen verfügbar sein werden. In der Umstellungsphase sollte auf die korrekte Zuordnung der Patronen zum jeweiligen Pen geachtet werden, auch bei der Rezeptierung und bei der Abgabe in der Apotheke.

Der neue SurePal™ wurde speziell für die Bedürfnisse von Wachstumshormon-Patienten entwickelt. Daher bietet der SurePal™ wesentliche Vorteile: sofort einsatzbereit (ohne Funktionstest), seitlicher Auslöseschieber zur leichteren Injektion auch durch Kinderhände und die Möglichkeit der Dosisvoreinstellung. Zudem ermöglicht der neu entwickelte rotierende Dosierknopf einen Patronenwechsel, ohne die Dosierung danach erneut einzustellen. Nach Einsetzen einer neuen Patroneneinheit kann dann die exakte Restdosis appliziert werden.

Den innovativen SurePal™ von Sandoz gibt es in drei unterschiedlichen Metallic-Farben, passend zu den Wirkstärken 5 mg, 10 mg und 15 mg: der SurePal™ 5 in Weiß, der SurePal™ 10 in Grün – und der SurePal™ 15 in Blau, der in 0,1 mg Dosierschritten eine Dosiermöglichkeit von 0,1 mg bis zu einer maximalen Menge von 5,4 mg ermöglicht. Nach dem Schlüssel-Schloss-Prinzip passt in den jeweiligen Pen nur die Patroneneinheit mit der korrekten Wirkstärke. So wird sichergestellt, dass der jeweils richtige SurePal™ nur mit der für ihn passenden Patroneneinheit von Omnitrope® verwendet werden kann.

In einer Studie¹ zur Validierung und Bedienfreundlichkeit des SurePal™ wurden die Vorgaben der FDA in Bezug auf Handhabung und Bedienbarkeit sogar übertroffen: Über 90 % der Studienteilnehmer konnten auf Anhieb die Dosierung richtig einstellen und 92 % beschrieben die Injektion in ein Injektionskissen als sehr einfach oder einfach durchzuführen.

Quelle:

1 Rapaport R et al. (2013) Medical Devices: Evidence and Research 6:1-6

Nach Informationen von Sandoz Biopharmaceuticals, Holzkirchen

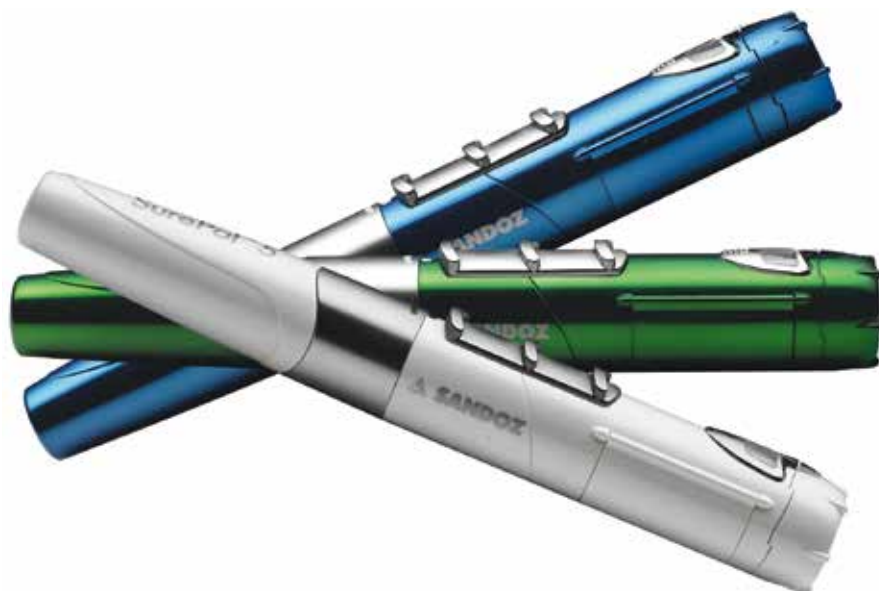


Abb. 1: Die neuen Pens der SurePal™ Familie: der SurePal™ 5 in Weiß, der SurePal™ 10 in Grün und der SurePal™ 15 in Blau.



Abb. 2: Der bisherige BD-Pen wird bis Ende Juni 2015 durch den neuen SurePal™ ersetzt.

Die Vorteile des SurePal™ auf einen Blick:

- Kein Funktionstest – sofort einsatzbereit
- Schlüssel-Schloss-Prinzip bei den Patronen
- Seitlicher Auslöseschieber
- Dosisvoreinstellung möglich
- Restmengengedächtnis zur optimalen Nutzung des Patroneninhalts

Pertussis-Kombinationsimpfung

Säuglinge effektiv vor Keuchhusten schützen

Trotz hoher Impfquoten bei jüngeren Kindern ist eine Eradikation von Pertussis aus heutiger Sicht nicht möglich. Im Abstand von etwa vier bis sechs Jahren werden immer wieder zyklische Erkrankungs-Ausbrüche beobachtet, mit einer mittleren Gesamtinzidenz von 40 Fällen pro 100.000 Einwohnern. Um vor allem die Hochrisikogruppe junger Säuglinge besser zu schützen, rät die Ständige Impfkommission STIKO zur frühen Impfung mit einem Sechsfach-Kombinationsimpfstoff und einer konsequenten Impfung des Umfelds.

In den neuen Bundesländern (eine bundesweite Meldepflicht besteht erst seit März 2013) wurden in den Jahren 2010 bis 2012 mehr als 12.000 Pertussis-Fälle an das Robert-Koch-Institut (RKI) gemeldet. Kinder waren allerdings nur zu 38% betroffen, die Mehrzahl der Infektionen trat bei Erwachsenen auf [1]. Diese Verschiebung in höhere Altersgruppen, so Prof. Dr. Stefan Zielen, Kinderpneumologe an der Goethe-Universität in Frankfurt am Main, lässt sich einerseits durch erhebliche Impflücken erklären, andererseits dadurch, dass weder natürliche Infektion noch Impfung einen dauerhaften Immunschutz hinterlassen.

Auch wenn die Infektion bei Jugendlichen und Erwachsenen oft weniger stark ausgeprägt ist, handelt es sich keineswegs um eine harmlose Kinderkrankheit. Der hartnäckige, oft Wochen bis Monate anhaltende Husten kann Betroffene erheblich belasten und verursacht darüber hinaus hohe Kosten für das Gesundheitssystem. Bei jedem vierten Erkrankten kommt es im Verlauf zu Komplikationen wie Otitis media, Pneumonien, Rippenbrüchen, Pneumothorax oder Krampfanfällen.

Frühe 3+1-Impfung

Das größte Risiko, so Zielen, besteht jedoch darin, dass Erwachsene die Erreger auf junge Säuglinge übertragen. Neugeborene haben i.d.R. keinen Nestschutz und erhalten die erste Impfdosis frühestens ab der vollendeten achten Lebenswoche. Ein belastbarer Impfschutz ist somit erst ab dem fünften bis sechsten Lebensmonat gegeben. Bei Säuglingen verläuft die Infektion nicht selten mit schweren Komplikationen, die eine stationäre Einweisung erfordern. Statt

des klassischen Stakkatohustens kommt es bei ihnen im Stadium convulsivum oft zu lebensbedrohlichen Apnoe-Episoden.

Um diese vulnerable Phase zwischen Geburt und Beginn der Impfserie so kurz wie möglich zu halten, empfiehlt die STIKO die frühe Pertussis-Grundimmunisierung ab der neunten Lebenswoche mit mindestens drei Impfdosen im dritten, vierten und fünften Lebensmonat sowie eine vierte Impfung zwischen dem 12. und 14. Lebensmonat. Die Immunprophylaxe erfolgt mit modernen Sechsfachimpfstoffen (z. B. Infanrix hexa®), die die Babys gleichzeitig vor Keuchhusten, Tetanus, Diphtherie, Hämophilus influenzae, Poliomyelitis und Hepatitis B schützen. Da die nach Impfung eintretende Immunität nicht von Dauer ist, sind Auffrischimpfungen mit den dafür zugelassenen Diphtherie/Tetanus/Pertussis-(Tdpa)-Kombinationsimpfstoffen im Schul- (5-6 Jahre) (beispielsweise Boostrix®) und Jugendalter (9-17 Jahre) vorgesehen. Der Jugend-Booster sollte darüber hinaus mit inaktivierter Polio-Komponente (Tdpa-IPV) verabreicht werden (z. B. Boostrix®-Polio).

Infektionsquelle Familie

Nach STIKO-Empfehlung sollten vor allem Frauen mit Kinderwunsch und Personen im häuslichen Umfeld von Säuglingen (Väter, Großeltern, Geschwister, Tagesmütter, Babysitter) den eigenen Immunschutz überprüfen und ggf. auffrischen lassen. Denn Untersuchungen zufolge liegt die Infektionsquelle bei jedem zweiten erkrankten Säugling in der eigenen Familie [2]. Mit dieser Strategie erhofft man sich für diese Hochrisikogruppe der Säuglinge einen indirekten Schutz im Sinne einer Kokonstrategie.

Impflücken mit Kombinationsimpfstoffen schließen

Empfohlen ist eine Boosterung laut STIKO bei allen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, auch wenn diese noch nie gegen Pertussis geimpft wurden, da sie sich mit dem Erreger bereits im Rahmen einer natürlichen Infektion auseinandergesetzt haben. Die empfohlene Auffrischimpfung kann mit jedem für die jeweilige Altersgruppe zugelassenen Kombinationsimpfstoff mit azellulärem Pertussisannteil (ap) vorgenommen werden.

Dass in der Prävention des Keuchhustens bereits viel erreicht wurde, berichtete Prof. Dr. Carl-Heinz Wirsing von König, leitender Laboratoriumsmediziner am Helios-Klinikum Krefeld. In der Altersgruppe „< 5 Jahre“ konnte mit den verfügbaren hochwirksamen Kombinationsimpfstoffen eine hohe Schutzwirkung erzielt werden. Gegenüber früheren Ganzkeimimpfstoffen sei die moderne azelluläre Pertussiskomponente sehr viel besser verträglich. Allerdings ist die Schutzdauer sowohl nach Impfung als auch nach natürlicher Infektion begrenzt, so dass sich auch immunisierte Jugendliche und Erwachsene erneut mit den hochansteckenden Erregern infizieren können [3]. Umso wichtiger sei es, etwaige Impflücken zu schließen, nicht nur zum eigenen Schutz, sondern auch um eine Herdenimmunität für noch ungeimpfte Säuglinge aufzubauen.

Literatur:

- 1 Epidemiologisches Bulletin RKI/ 01/2014
- 2 Hamm M DGPI-Tagung Düsseldorf 2005
- 3 Klein NP et al. (2012) N Engl J Med 367 (11):1212-19

Quelle: Symposium „Pertussis in Deutschland – wohin geht die Reise?“ im Rahmen der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI), Freiburg, 24.04.2015; Veranstalter: GSK

Autor: Dr. Martina-Jasmin Utzt

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. med. Wolfram Hartmann
Tel.: 02732/762900
E-Mail: dr.wolfram.hartmann@uminfo.de

Vizepräsident des BVKJ e.V.

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid
Tel.: 08671/5091247
E-Mail: e.weindl@KrK-aoe.de

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Ulrich Fegeler
Tel.: 030/3626041
E-Mail: ul.fe@t-online.de

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

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

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln
Tel.: 0221/6 89 09-0
www.bvkj.de

Wir sind für Sie erreichbar:
Montag/Mittwoch/Donnerstag
von 8.00–16.30 Uhr,
Dienstag von 8.00–17.00 Uhr
Freitag von 8.00–14.00 Uhr

Geschäftsführerin:

Christel Schierbaum

Tel.: 0221/68909-11
christel.schierbaum@uminfo.de

Büroleiterin:

Doris Schomburg

Tel.: 0221/68909-12
doris.schomburg@uminfo.de

Bereich Mitgliederservice / Zentrale

Tel.: 0221/68909-0, Tfx.: 0221/683204
bvkj.buero@uminfo.de

Bereich Fortbildung / Veranstaltungen

Tel.: 0221/68909-15/16,
Tfx.: 0221/68909-78
bvkj.kongress@uminfo.de

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Wir sind für Sie erreichbar:
Montag/Mittwoch/Donnerstag
von 8.00–16.30 Uhr,
Dienstag von 8.00–17.00 Uhr
Freitag von 8.00–14.00 Uhr

Geschäftsführer: Herr Klaus Lüft

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de
Tfx.: 0221/6890929

Ansprechpartnerinnen:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-27
E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Ursula Horst

Tel.: 0221/68909-28
E-Mail: uschi.horst@uminfo.de

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Fortbildung:

Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz (federführend)

E-Mail: hans-iko.huppertz@klinikum-bremen-mitte.de

Prof. Dr. med. Florian Heinen

E-Mail: florian.heinen@med.uni-muenchen.de

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

E-Mail: klaus-michael.keller@helios-kliniken.de

Prof. Dr. med. Stefan Zielen

E-Mail: stefan.zielen@kgu.de

Forum, Berufsfragen, Magazin:

Dr. med. Christoph Kupferschmid

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

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaezte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de