

# bvkJ.

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

Heft 7/15 · 46. (64.) Jahr · A 4834 E

# KINDER-UND JUGENDARZT



## Forum:

Ärzte aus dem Ausland –  
Herausforderung und Chance



## Fortbildung:

Aktuelle Aspekte der  
Autoimmunthyreoiditis



## Berufsfragen:

Obleutetreffen  
in Berlin



## Magazin:

Kindheit und  
Schule im  
alten Rom

[www.kinder-undjugendarzt.de](http://www.kinder-undjugendarzt.de)



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

# KINDER-UND JUGENDARZT **bvkj.**

Foto: © svetlanorlova - Fotolia.com



## Kindheit und Schule im alten Rom

S. 406

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

### Inhalt 7 | 15

#### Forum

- 367 Was Kinder zwischen 3 und 6 Jahren sehen
- 367 Impressum
- 368 Gewinnung von Ärzten aus dem Ausland – Herausforderung und Chance
- 369 E-Zigaretten  
*Otmar D. Wiestler, Uwe Prümel-Philippson*
- 371 Komasaufen
- 372 Update der S3-Leitlinie Allergieprävention  
*Klaus Abraham*
- 374 118. Deutscher Ärztetag  
*Thomas Fischbach*
- 375 Chronisch kranke Kinder und Jugendliche



s. S. 368

#### Fortbildung

- 377 Aktuelle Aspekte der Autoimmunthyreoiditis im Kindes- und Jugendalter  
*Susanne Fricke-Otto*
- 383 Highlights aus Bad Orb: Sexuell übertragbare Infektionen bei Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen  
*Laura Susok, Norbert H. Brockmeyer*
- 387 Impfforum  
*Ulrich Heiningger*
- 388 Review aus englischsprachigen Zeitschriften
- 390 Suchtforum  
*Matthias Brockstedt*
- 391 Welche Diagnose wird gestellt?  
*Peter H. Höger*
- 394 Consilium: Wahl des Tollwut-Impfstoffes bei Hühnererweißallergie  
*Christoph Grüber*

#### Berufsfragen

- 396 Kinderbeauftragte – noch kein konkreter Fahrplan für die Entscheidungsfindung  
*Christoph Kupferschmid*
- 399 Bericht vom Obleitertreffen 2015  
*Dehtleff Banthien*
- 401 Wahlaufruf
- 402 Selektivvertrag mit der AOK Baden-Württemberg  
*Roland Fressle*
- 404 Codein
- 405 Wahlergebnis

**Beilagenhinweis:**  
Dieser Ausgabe sind Beilagen der Norgine GmbH und der Sanofi Pasteur MSD GmbH sowie das Programm zum 43. Herbst Seminar-Kongress in Bad Orb beigelegt. Wir bitten um freundliche Beachtung.

#### Magazin

- 406 Kindheit und Schule im alten Rom  
*Olaf Ganssen*
- 409 Das riecht nach Kindeswohlgefährdung  
*Matthias Brockstedt*
- 411 Negative Bewertungen im Netz umgehen
- 412 Buchtipps
- 413 Theater auf Rezept  
*Regine Hauch*
- 414 Erfolgreiche Promotion mit 102 Jahren
- 415 Fortbildungstermine des BVKJ
- 416 Personalien
- 417 Praxistafel
- 418 Nachrichten der Industrie
- 423 Wichtige Adressen des BVKJ

# BENEFIZ- KONZERT



Im Rahmen der  
111. Jahrestagung der DGKJ

## Orchester der Deutschen Kinderärzte

**Ludwig v. Beethoven** Symphonie Nr. 3 Es-Dur op.55 (Eroica)

**Bedřich Smetana** Sinfonische Dichtung „Mein Vaterland“  
Aus Böhmens Hain und Flur, Sarka, Die Moldau

Dirigent: Manfred Fabricius

04.09.2015

19:30 Uhr

Philharmonie

München Gasteig

**Karten**

20 / 30 € an allen VVK-Stellen „DGKJ Kongress, Ticket München“  
zugunsten des Vereins für Chronisch Kranke Kinder [www.kinderaerztorchester.de](http://www.kinderaerztorchester.de)



# Fernsehen, Film, Internet: Was Kinder zwischen 3 und 6 Jahren sehen

Bei einer aktuellen Umfrage zur Mediennutzung, durchgeführt vom Verein Programmberatung für Eltern e. V. /FLIMMO, wurden stichprobenartig 36 Vorschulkinder, deren Eltern und Erzieherinnen zu ihren Mediennutzungsgewohnheiten befragt.

**A**lle befragten Kinder haben der Umfrage zufolge bereits eine Lieblingssendung. Figuren, die anderen helfen, lustig sind oder magische Kräfte besitzen, kommen besonders gut an. Es zeigte sich, dass die Kinder fast ausschließlich Kindersendungen oder Familienfilme sehen. Trotzdem haben viele schon einmal Angst bekommen oder sich erschreckt. Während die Jüngeren erst wenige ausgewählte Sendungen regelmäßig verfolgen, werden es mit zunehmendem Alter mehr. Auf welchem Gerät oder über welchen Übertra-

gungsweg sie die Sendungen sehen, ist vor allem den ganz Kleinen egal oder nicht bewusst.

Immer mehr Eltern wissen die neuen Möglichkeiten der Mediennutzung hingegen zu schätzen. Über Apps, Mediatheken oder eigene Aufzeichnungen können Sendungen abgerufen werden, wenn es gerade passt – ohne an eine bestimmte Uhrzeit gebunden zu sein. So lässt sich für manche der befragten Eltern die Fernsehzeit besser begrenzen und steuern. Andere berichten, dass das riesige Angebot auch zu Diskussionen führen kann.

Wenn ähnliche Sendungen angezeigt werden, fällt das Ausschalten schwer. Ohne Regeln und Begleitung geht es daher nicht. Die meisten Eltern sind zumindest in der Nähe, wenn die Kinder fernsehen und kennen die Sendungen. Wenn sie unsicher sind, ob etwas geeignet ist, informieren sie sich im besten Fall vorab darüber.

**Info:** Der ausführliche Bericht zur Mediennutzung von Vorschulkindern ist online abrufbar unter: [www.flimmo.tv/kinderbefragung](http://www.flimmo.tv/kinderbefragung)

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

**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.kinderundjugendarzt.de/Autorenhinweise](http://www.kinderundjugendarzt.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.

# Gewinnung von Ärzten aus dem Ausland – Herausforderung und Chance



Jedes vierte Krankenhaus in Deutschland spricht von Problemen, offene Ärzte- oder Pflegekraftstellen zu besetzen, jedes zehnte von einem Personalnotstand. So schrieb das Ärzteblatt im Mai 2015 unter Berufung auf eine Forsa-Umfrage. Vor allem in ländlichen Regionen haben Kliniken große Probleme, ihren Personalbedarf zu decken. Wie ernst die Lage ist und welche Auswege es gibt, darüber sprach mit unserer Zeitschrift Frank Böttcher, Geschäftsbereichsleiter des Internationalen Personalservices der Zentralen Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit.

## **Wie ernst ist aus der Sicht der Bundesagentur für Arbeit die Lage auf dem Arbeitsmarkt für Mediziner tatsächlich?**

Die Zahlen der Bundesagentur für Arbeit bestätigen die für Kliniken problematische Entwicklung. Zwar betrug im Februar 2015 das Verhältnis von arbeitslos gemeldeten Human- und Zahnmedizinern und bei der Bundesagentur für Arbeit gemeldeten Stellen noch ca. 1:2. Allerdings lassen bei weitem nicht alle suchenden Kliniken ihre Stellen bei der Arbeitsagentur registrieren. Gleichzeitig ist die Vakanzzeit, also die Zeit zwischen Ausschreibung und Besetzung der Stelle, bei Ärzten die höchste von allen Berufsgruppen.

## **Die Bundesagentur für Arbeit betreibt eine Auslands- und Fachvermittlung. Ist die Anwerbung im Ausland der Ausweg aus dem Ärztemangel?**

Wenn sich der Ärztebedarf nicht über den bundesweiten Arbeitsmarkt decken lässt, kann der Blick über die Landesgrenzen lohnen. Die Idee ist nicht neu: Seit 2005 hat sich die Zahl der bei der Bundesärztekammer registrierten ausländischen Ärzte in Deutschland verdoppelt. Die Rekrutierungsmöglichkeit Ausland wird aber in Zukunft aufgrund des demografischen Wandels in Deutschland verstärkt an Bedeutung gewinnen. Der Gesundheitssektor ist dabei gleich doppelt betroffen: Zum ei-

nen sinkt das Beschäftigungspotential, auf der anderen Seite steigt in der älter werdenden Gesellschaft der Behandlungs- und Pflegebedarf innerhalb der Bevölkerung.

Die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit hat sich diesem Problem verschrieben: Seit 2011 sucht sie für Arbeitgeber in Deutschland Fachkräfte, die auf dem deutschen Arbeitsmarkt fehlen, darunter auch Ärzte. 2014 fand sie die meisten in Italien und Griechenland. Außerhalb der EU wurde sie in Serbien und Mazedonien fündig.

## **Wie findet denn die ZAV geeignete Bewerberinnen und Bewerber?**

Bei ihrer Vermittlungstätigkeit arbeitet die ZAV eng mit den Partnerverwaltungen in den entsprechenden Ländern zusammen, innerhalb Europas zum Beispiel im EURES-Netzwerk. Auch Reisen zusammen mit deutschen Kliniken ins Ausland, um sich direkt interessierten Bewerberinnen und Bewerbern zu präsentieren, hat es bereits gegeben. Dabei stellten die Kliniken sich als Arbeitgeber und ihre offenen Stellen vor, während die Beraterinnen und Berater der ZAV zu Lebens- und Arbeitsbedingungen in Deutschland informierten.

## **Und wie attraktiv ist der hiesige Gesundheitsmarkt für junge Mediziner im Ausland?**

Ohne Information und Beratung geht es nicht. Deutschland verfügt

zwar über ein gut ausgestattetes und modernes Gesundheitssystem, über denselben Bekanntheitsgrad im Ausland wie der Technikstandort Deutschland verfügt es aber nicht. Zudem muss Deutschland mit anderen europäischen Ländern um auswanderungswillige Ärzte konkurrieren, die es aufgrund der attraktiveren Beschäftigungsverhältnisse zum Beispiel eher nach Skandinavien ziehen kann.

## **Was können Arbeitgeber tun, um jungen Mediziner den Arbeitsort Deutschland schmackhaft zu machen?**

Arbeitgeber, die Ärzte aus dem Ausland einstellen wollen, sind gut beraten, möglichst viele Vorteile für sich ins Feld zu führen und potentiellen neuen Mitarbeitern den Einstieg so einfach wie möglich zu machen. Hilfe bei der Wohnungssuche oder die Finanzierung von vorbereitenden Sprachkursen noch im Heimatland können hierzu gehören. Denn Sprache ist nicht nur unabdingbar in der Kommunikation mit Patienten und Kollegen. Sie ist zudem ein Schlüsselfaktor für die erfolgreiche Integration in Deutschland und nicht zuletzt Voraussetzung für die Anerkennung der beruflichen Qualifikation. Ärzte aus dem Ausland einzustellen, erfordert daher Geduld und Investitionswillen, besonders bei Ärzten aus Nicht-EU-Staaten, die zudem eventuell noch auf die unterschiedliche Kultur im Patientenumgang

und bei den Arbeitsabläufen vorbereitet werden müssen.

**Ist es ethisch zu verantworten bzw. erlaubt, in anderen Ländern Mediziner abzuwerben?**

In Ländern, in denen eine kritische Unterversorgung an medizinischem Personal besteht, die beispielsweise unter einer hohen Kindersterblichkeit leiden, ist es ethisch nicht zu verantworten, diese Lage durch die Rekrutierung von Ärzten, Pflegekräften und Hebammen weiter zu verschärfen und so Menschenleben zu gefährden. Die ZAV richtet sich daher in ihren Aktivitäten nach dem Verhaltenskodex

der Weltgesundheitsorganisation WHO, der besagt, dass in solchen Ländern keine Gesundheitsfachkräfte rekrutiert werden dürfen.

In Ländern, in denen kein Mangel herrscht oder es vielleicht sogar ein Überangebot an Gesundheitsfachkräften gibt, kann die Vermittlung dagegen positive Effekte haben: etwa durch die Senkung der dortigen Arbeitslosigkeit, den Transfer von Devisen aus Deutschland in das jeweilige Heimatland und durch die Weiterqualifizierung der Vermittelten, die ihnen bei einer Rückkehr auch auf dem heimischen Arbeitsmarkt nutzen.

**Info:** Die ZAV und die Bundesagentur für Arbeit unterstützen Kliniken und MVZ bei der Ärztegewinnung im Ausland mit Rat und Tat. Als erster Ansprechpartner steht interessierten Einrichtungen der Arbeitgeber-Service der örtlichen Agentur für Arbeit zur Verfügung.

**Kontakt:**  
**Bundesagentur für Arbeit**  
**Zentrale Auslands- und**  
**Fachvermittlung**  
**Villemombler Str. 76**  
**53123 Bonn**  
**www.zav.de**

Red.:ReH

## E-Zigaretten: gefährliche Suggestion benötigt eine gesetzliche Regelung

Das Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) und das Aktionsbündnis Nichtraucher e. V. (ABNR) haben ein Memorandum zu E-Zigaretten verfasst. Unterstützt von einer Vielzahl medizinischer und wissenschaftlicher Fachgesellschaften und Institutionen, hierunter die wesentlichen pädiatrischen, fordern sie eine gesetzliche Regulierung von nikotinhaltigen und nikotinfreien Produkten dieser Art.

### Dauerhafte Folgen schwer vorhersehbar

E-Zigaretten sind gesundheitlich bedenklich: Mit jedem Zug inhaliert der Konsument ein Chemikaliengemisch aus Propylenglykol und/oder Glycerin, Aromen und zu meist Nikotin. Das Aerosol einiger untersuchter E-Zigaretten enthält Kanzerogene. Zwar ist die Menge der Kanzerogene gering, doch gibt es für Kanzerogengemische keinen Schwellenwert für Unbedenklichkeit. Daher kann, insbesondere bei hohem Dauerkonsum, eine Krebsgefährdung nicht ausgeschlossen werden. Die kurzfristige Exposition mit Propylenglykol-Nebel löst Atemwegsirritationen aus. Auch können manche der verwendeten Aromastoffe als Kontaktallergene wirken. Nikotin schließlich macht abhängig, fördert das Wachstum bestehender Tumore und steht im Verdacht, Krebs



Foto: tibama79 – Fotolia.com

zu erzeugen. Zudem schädigt Nikotin während der Schwangerschaft das Ungeborene. Da E-Zigaretten erst seit wenigen Jahren auf dem Markt

sind, ist schwer vorhersehbar, welche Folgen die dauerhafte und häufige Inhalation des Chemikaliengemischs auf den Körper und insbesondere die

Lunge hat. Wegen dieser Unwägbarkeit gilt der vorbeugende Gesundheitsschutz – Vorsicht ist geboten.

E-Zigaretten bergen insbesondere für die öffentliche Gesundheit bevölkerungsbezogen mehr Schadenspotenzial als Nutzen, da sie die bisherigen Erfolge der Tabakprävention gefährden. Vor allem Jugendliche und junge Erwachsene konsumieren immer häufiger nikotinfreie und nikotinhaltige E-Zigaretten. Sieben Prozent der Gesamtbevölkerung und rund ein Viertel der jugendlichen und jungen erwachsenen Raucher haben schon einmal eine E-Zigarette ausprobiert. Zwar können E-Zigaretten für Raucher eine weniger schädliche Alternative zum Rauchen sein, für Jugendliche und Nichtraucher sind sie jedoch aus mehreren Gründen vollkommen ungeeignet.

### Gefahr der Ritualisierung

So können Kinder und Jugendliche mit vermeintlich harmlosen, schmackhaften E-Zigaretten (auch nikotinfreien) das Rauchritual einüben. Dadurch wird der Wechsel zu nikotinhaltigen Produkten und zur Tabakzigarette vereinfacht. Auch sind die gesundheitlichen Folgen einer Chemikalieninhalation auf die Atemwege von Heranwachsenden nicht abzuschätzen. Ferner halten E-Zigaretten das Rauchritual aufrecht und erschweren so möglicherweise die Motivation, ganz mit dem Rauchen aufzuhören.

E-Zigaretten sind bislang kein anerkanntes Hilfsmittel zum Rauchstopp – auch wenn viele Raucher sie in dieser Hoffnung verwenden. Die Evidenz reicht jedoch bislang nicht aus, um qualifizierte Aussagen zur Wirksamkeit der E-Zigarette als

Hilfsmittel zum Rauchstopp zu treffen.

### Innenraumbelastung erheblich

Für den Konsum von E-Zigaretten in Innenräumen gilt: Das Aerosol belastet die Innenraumluft. E-Zigaretten geben gesundheitsgefährdende und potenziell gesundheitsgefährdende Stoffe in die Raumluft ab; dazu gehören Propylenglykol, Glycerin, Nikotin, Aromen mit allergener Wirkung wie Eugenol und Benzylalkohol sowie geringe Mengen von Kanzerogenen wie Formaldehyd, Acetaldehyd, Acrolein und gesundheitsschädliche Metalle wie Nickel. Auch feine und ultrafeine Flüssigkeitspartikel entstehen – diese können bis in tiefe Regionen der Lunge vordringen und werden vom Körper aufgenommen.

Dank der geltenden Nichtraucherschutzgesetze sind inzwischen die meisten Arbeitsplätze und die meisten öffentlichen Gebäude rauchfrei. Um Nichtraucherzonen auch frei von schädlichen Emissionen aus E-Zigaretten halten zu können, muss dort die Verwendung von E-Zigaretten ebenfalls untersagt werden.

### Gesetzliche Gleichbehandlung mit Zigaretten

Die gegenwärtige Situation in Deutschland erfordert konsequentes Handeln. Einen effektiven Schutz vor den Gefahren der E-Zigarette kann vor allem der Gesetzgeber gewährleisten. Im Sinne eines präventiven Gesundheitsschutzes sollten E-Zigaretten entsprechend reguliert werden. Dabei beinhaltet der Begriff „E-Zigarette“ alle elektronischen Inhalationsprodukte, in denen eine Flüssigkeit mit oder ohne

Nikotin verdampft wird oder in denen Tabak erhitzt wird (E-Shisha, E-Pfeife, E-Zigarre etc.). Die erforderliche Regulierung sollte folgende Punkte beinhalten:

- Gleiche gesetzliche Regulierung für nikotinhaltige und nikotinfreie E-Zigaretten
- Ein Verkaufsverbot an Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren
- Ein Verbot von tabakfremden Aromen, die den Gebrauch von E-Zigaretten attraktiver machen, insbesondere für Kinder
- Ein umfassendes Werbeverbot, das in gleicher Weise für Tabakprodukte gelten sollte
- Standards zur Produktsicherheit für Konsumenten
- Ein Verwendungsverbot in Nichtraucherbereichen
- Besteuerung von E-Zigaretten wie Tabakprodukte

Das Deutsche Krebsforschungszentrum und das Aktionsbündnis Nichtrauchen fordern daher gemeinsam mit den unterzeichnenden medizinischen und wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Institutionen die Bundesregierung und die Bundestagsabgeordneten aller Parteien auf, in Deutschland einen wirksamen Verbraucher- und Jugendschutz zu gewährleisten und entsprechende Gesetzesänderungen zur Regulierung von E-Zigaretten zu verabschieden.

*Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Otmar D. Wiestler*

*Vorstandsvorsitzender und Wissenschaftlicher Stiftungsvorstand des Krebsforschungszentrums*

*Dr. Uwe Prümel-Philippsen  
Vorsitzender des Aktionsbündnisses Deutschen Nichtrauchen e. V.*

*Red.: Kup*

## KINDER- UND JUGENDARZT im Internet

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

[www.kinder-undjugendarzt.de](http://www.kinder-undjugendarzt.de)

Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.



# Komasaufen: So leicht kommen Jugendliche an Alkohol

**Laut einer neuen Studie von DAK-Gesundheit und IFT-Nord sind Eltern und Freunde die häufigsten Bezugsquellen für Bier und Wein.**

Der Zugang zu Alkohol ist für viele Kinder und Jugendliche in Deutschland kein Problem. Fast jeder zweite Schüler zwischen zehn und 16 Jahren kommt nach eigenen Angaben „leicht“ oder „sehr leicht“ an Bier und Wein. Häufigste Bezugsquellen sind dabei Eltern und Freunde. Das zeigt eine neue Studie der Krankenkasse DAK-Gesundheit und des Kieler Instituts für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) über die Hintergründe von Alkoholmissbrauch und dem sogenannten „Komasaufen“.

Für die aktuelle Langzeit-Untersuchung wurden 1.167 Kinder und Jugendliche zwischen zehn und 16 Jahren über zwei Jahre begleitet und befragt. Bei Studienbeginn hatten alle Schüler in ihrem Leben noch nie fünf oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit getrunken.

Dieser Konsum gilt unter Fachleuten als Kriterium für das „Binge Drinking“ (Rauschtrinken). Bei den Jugendlichen wurde untersucht, ob und wie sie an Alkohol gekommen sind und wie sich dies auf das Trinkverhalten ausgewirkt hat.

## Eltern: Alkohollieferanten oder Vorbild?

Hauptergebnis der neuen DAK-Studie: Kinder und Jugendliche mit Alkoholerfahrung nannten Eltern (66 Prozent) und Freunde (50 Prozent) als häufigste Bezugsquelle. Elf Prozent der Schüler gaben den Supermarkt an, wobei dieser überhaupt keinen Alkohol hätte verkaufen dürfen. „Unsere Studie zeigt erstmals den starken Zusammenhang zwischen Verfügbarkeit und



Leicht erreichbar: Die Hausbar der Eltern

Foto: © lassedesignen - Fotolia.com

Konsum von Alkohol auf“, erklärt Professor Reiner Hanewinkel als Studienleiter des IFT-Nord. „Dieses Ergebnis ist für die Prävention interessant. Im Kampf gegen den Alkoholmissbrauch bekommt die Vorbildfunktion der Eltern einen neuen Stellenwert.“

## Leichte Verfügbarkeit steigert Risiko für Rauschtrinken

Knapp die Hälfte der befragten Kinder und Jugendlichen gaben an, dass sie „ziemlich leicht“ (35 Prozent) oder „sehr leicht“ (13,8 Prozent) an Bier oder Wein gelangen würden. Bei Ende der Studie erklärten 43,3 Prozent der Schüler, sie hätten wenigstens einmal fünf oder mehr alkoholische Getränke zu sich genommen. „Unsere Untersuchung zeigt, dass die leichte Verfügbarkeit ein Risikofaktor für das Rauschtrinken ist“, betont Hanewinkel. Bei leichterem Alkoholzugang liege das Risiko für ein erstmaliges „Binge Drinking“ um 26 Prozent höher als in der Ver-

gleichsgruppe, die nur schwer oder gar nicht an Alkohol gelangen. Dieser Unterschied beim Alkoholkonsum sei bedeutsam.

## Täglich 65 jugendliche Alkoholopfer im Krankenhaus

„Tag für Tag landen bundesweit 65 Kinder und Jugendliche mit einer Alkoholvergiftung im Krankenhaus“, betont Ralf Kremer, Suchtexperte der DAK-Gesundheit. Um den anhaltenden Trend beim „Komasaufen“ zu stoppen, müsse aus Sicht der Prävention die Verfügbarkeit von alkoholischen Getränken im Jugendalter reduziert werden. Erforderlich sei die konsequente Durchsetzung des Jugendschutzgesetzes, wonach kein Alkohol an unter 16-Jährige verkauft werden darf. Ferner sei es sinnvoll, die Verfügbarkeit von Bier, Wein und hochprozentigem Alkohol durch das soziale Umfeld wie Eltern, Geschwister und Freunde zu reduzieren.

Red.: ReH



Update der S3-Leitlinie Allergieprävention weicht von Stillempfehlung der Nationalen Stillkommission ab

## „Kein Grund, bestehende Still- und Beikostempfehlung zu ändern!“

**D**ie im Jahr 2009 zum Thema Allergieprävention veröffentlichte S3-Leitlinie wurde im Jahr 2014 aktualisiert. In der aktuellen Fassung wurden unter anderem die Empfehlungen zum Stillen und zur Beikosteinführung geändert: Während im Jahr 2009 auf der Basis der damals vorliegenden Daten „überwiegend die Empfehlung zum ausschließlichen Stillen über vier Monate zur Prävention atopischer Erkrankungen“ unterstützt wurde (Muche-Borowski et al., 2009), enthält die im Jahr 2014 aktualisierte Leitlinie folgende Empfehlung zum Stillen:

**Stillen:** *Stillen hat viele Vorteile für Mutter und Kind. Die aktuelle Datenlage unterstützt die Empfehlung, dass für den Zeitraum der ersten 4 Monate voll gestillt werden soll. (A).“ (Schäfer et al., 2014).*

Darüber hinaus wurde das Fazit aus dem Jahr 2009, wonach es für eine Verzögerung der Beikosteinführung über den vollendeten vierten Lebensmonat hinaus keine gesicherten Belege gab (Muche-Borowski et al., 2009), in der aktuellen Leitlinie weiter verstärkt, indem nicht nur die Allergieprävention sondern auch der steigende Nährstoffbedarf als Begründung dafür herangezogen wurde, dass Beikost bereits nach dem vollendeten vierten Monat eingeführt werden soll. Die in der revidierten Leitlinie angegebene Empfehlung lautet:

**„Einführung von Beikost und Ernährung des Kindes im 1. Lebensjahr: Die zu der Zeit in Deutschland**

*existierende Empfehlung, Beikost nach dem vollendeten 4. Lebensmonat einzuführen, ist aus Gründen eines steigenden Nährstoffbedarfs sinnvoll. Eine Verzögerung der Beikosteinführung soll aus Gründen der Allergieprävention nicht erfolgen. (A)“ (Schäfer et al., 2014).*

Beiden Empfehlungen wurde der Evidenzgrad A (starke Empfehlung) zugesprochen. Dabei nehmen die Autoren der Leitlinie jeweils auf die in Deutschland existierenden Empfehlungen Bezug und geben vor, diese Empfehlungen zu unterstützen.

### Aktuelle Leitlinie zitiert NSK-Empfehlungen falsch

Die NSK weist nun darauf hin, dass die in der aktuellen Leitlinie angegebenen Empfehlungen zum Stillen und zur Beikosteinführung nicht korrekt zitiert sind. So wird von der NSK und anderen Gremien/Institutionen wie dem Netzwerk Junge Familie, der DGKJ und dem Forschungsinstitut für Kinderernährung (FKE) in Deutschland **ausschließliches** Stillen in den ersten **vier bis sechs Monaten** empfohlen. Auch wird empfohlen, Beikost **individuell** in Abhängigkeit vom Gedeihen und der Essfähigkeit des Kindes keinesfalls vor dem Beginn des fünften Monats und nicht später als zu Beginn des siebten Lebensmonats einzuführen und auch nach der Einführung von Beikost weiter zu stillen, so lange Mutter und Kind mögen (NSK, 2004; Kozletzko et al., 2013; FKE, 2009, Er-

nährungskommission der DGKJ: Bührer et al. 2014). Diese Empfehlungen wurden gemeinsam mit den pädiatrischen Fachgesellschaften im Rahmen des Netzwerks „Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie“ konsentiert. Sie wurden auf der Basis der vorhandenen wissenschaftlichen Evidenz zur optimalen Dauer des ausschließlichen Stillens (Kramer und Kakuma, 2012; Ip et al., 2007) und zum optimalen Zeitpunkt der Beikosteinführung (EFSA, 2009) abgeleitet. Dabei wurden neben ernährungsphysiologischen Aspekten auch die verfügbaren Daten zum Zusammenhang zwischen ausschließlichem Stillen bzw. der Beikosteinführung und Wachstum, Entwicklung sowie späteren Krankheitsrisiken des Kindes berücksichtigt.

### Uneinheitliche Handlungsempfehlungen verunsichern junge Eltern

Eine Änderung der in Deutschland zurzeit existierenden Empfehlungen wäre nur zu rechtfertigen, wenn die wissenschaftliche Datenlage dies erfordert. Die NSK sieht allerdings dafür – auch unter Berücksichtigung der in die S3-Leitlinie einbezogenen neuen Studienergebnisse – keine Basis. Insbesondere gibt es keinen wissenschaftlichen Beleg dafür, dass es generell sinnvoll ist, aus Gründen eines steigenden Nährstoffbedarfs bereits nach dem vollendeten vierten Lebensmonat Beikost zu füttern.

Die Leitlinie zur Allergieprävention wurde von der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAKI) und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) in Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Fachgesellschaften erarbeitet und herausgegeben. Sie

ist auf der Homepage der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) veröffentlicht und unter <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/061-016.html> abrufbar. Leitlinien werden je nach Stand der Wissenschaft überarbeitet und aktualisiert.

Uneinheitliche Handlungsempfehlungen führen zu Verunsicherung bei Multiplikatoren und Eltern, was die praktische Umsetzung der Empfehlungen erschwert. Aus Sicht der NSK sollten daher in Deutschland die folgenden Empfehlungen kommuniziert werden:

### In Deutschland im Konsens verabschiedete Handlungsempfehlungen zum Stillen und zur Beikostführung:

- Säuglinge (mit und ohne Allergierisiko) sollten mindestens bis zum Beginn des 5. Monats ausschließlich gestillt werden.
- Auch nach Einführung von Beikost – frühestens mit Beginn des 5. Monats, spätestens mit Beginn des 7. Monats – sollten Säuglinge weiter gestillt werden.
- Ab wann ein Säugling innerhalb des genannten Zeitfensters zusätzlich Beikost benötigt, ergibt sich individuell in Abhängigkeit vom Gedeihen und der Essfähigkeit des Kindes.
- Die Stildauer insgesamt bestimmen Mutter und Kind.

Literatur beim Verfasser

**PD Dr. Klaus Abraham**  
**Geschäftsführung der Nationalen Stillkommission**  
**Bundesinstitut für Risikobewertung**  
**Fachgruppe „Risiken besonderer Bevölkerungsgruppen und Humanstudien“**  
**Abteilung Lebensmittelsicherheit**  
**Max-Dohrn-Str. 8 – 10**  
**10589 Berlin**  
**Tel.: +49 30 18412-3369**  
**<http://www.bfr.bund.de>**  
**[Stillkommission@bfr.bund.de](mailto:Stillkommission@bfr.bund.de)**

Red.: ReH

## Impfaufklärung zeigt Wirkung

### Neue BZgA-Studien-ergebnisse belegen: Mehr junge Erwachsene wissen, wie wichtig es ist, gegen Masern geimpft zu sein.

Vom 18. bis zum 19. Juni 2015 fand die Nationale Impfkongress 2015 (NIK) in Berlin statt. Anlässlich der NIK stellte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) neue Studienergebnisse der bundesweiten Repräsentativbefragung „Einstellungen, Wissen und Verhalten der Allgemeinbevölkerung zum Infektionsschutz (Impfen und Hygiene) 2014“ vor.

Demnach stufen mehr als 77 Prozent der Befragten, die nach 1970 geboren wurden, die Masernimpfung als „besonders wichtig“ oder „wichtig“ ein. Vor zwei Jahren waren es noch fünf Prozentpunkte weniger (72 Prozent). Dazu erklärt Dr. Heidrun Thaiss, Leiterin der BZgA: „Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass wir grundsätzlich auf einem guten Weg sind, jedoch auch weiterhin eine konsequente und zielgerichtete Impfaufklärung notwendig ist, um alle Zielgruppen zur Masernimpfung zu motivieren.“

Die Ständige Impfkommision (STIKO) empfiehlt seit dem Jahr 2010 allen nach 1970 geborenen Erwachsenen die Impfung gegen Masern, falls noch kein ausreichender immunologischer Schutz vorliegt. Diese Impf-Empfehlung der STIKO ist vielen nicht bekannt. Die BZgA-Untersuchung zeigt: fast 74 Prozent der Befragten kennen die Impf-Empfehlung der STIKO für die nach 1970 Geborenen nicht. Die Mehrheit der Befragten, die nicht ausreichend gegen Masern geschützt sind oder deren Schutz unklar ist, geben an, dass sie nicht auf die Notwendigkeit der Masern-Impfung hingewiesen wurden (70 Prozent). Angst vor Nebenwirkungen hindert ein Viertel (25 Prozent) der Befragten, sich impfen zu lassen, und knapp jeder Fünfte (19 Prozent) zählt sich selbst nicht zur betroffenen Gruppe für diese Impfung.

Dr. Thaiss stellte anlässlich der Nationalen Impfkongress fest: „Staaten in aller Welt, darunter auch Deutschland, haben es sich zum Ziel gesetzt, die Masern zu eliminieren. Das ist jedoch neben anderen Maßnahmen nur zu erreichen, wenn bestehende Informationsdefizite und Ängste in der

Bevölkerung durch eine gezielte und sachgerechte Aufklärung wirkungsvoll abgebaut werden damit auch die letzten Hürden genommen werden können. Wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse über die Einstellung der Bevölkerung zu Impfungen sind hierfür eine wesentliche Voraussetzung.“ Deshalb hat die BZgA im Jahr 2012 die nationale Kampagne zur Masernimpfung „Deutschland sucht den Impfpass“ gestartet. Die Kampagne richtet sich vor allem an Jugendliche und junge Erwachsene und ergänzt die bestehenden Informationsangebote für Eltern jüngerer Kinder: <http://www.impfen-info.de/impfpass/>

Erste Ergebnisse der bundesweiten Repräsentativbefragung „Einstellungen, Wissen und Verhalten der Bevölkerung zum persönlichen Infektionsschutz (Impfen und Hygiene) 2014“ stehen zum Download bereit unter: <http://www.bzga.de/presse/daten-und-fakten/>

Mehr Informationen zum Thema, einen interaktiven Impfcheck sowie den aktuellen Impfkalendar gibt es hier: <http://www.impfen-info.de>

Red.: ReH

Der 118. Deutsche Ärztetag:

## Pädiater mit vielen Anträgen präsent

Vom 12. – 15. Mai 2015 fand in Frankfurt/Main der 118. Deutsche Ärztetag statt. Im Vorfeld hatten die pädiatrischen Delegierten aus Klinik, Praxis und Öffentlichem Gesundheitswesen unter dem Dach der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin DAKJ e.V. etliche Anträge zu pädiatrierelevanten Themenbereichen formuliert. Dank der hervorragenden Koordination durch Kathrin Jackel-Neusser, Referentin für politische Kontakte und Öffentlichkeitsarbeit in der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ), gelang uns teilweise recht kurzfristig eine inhaltliche Abstimmung unter Berücksichtigung der fachlichen und berufspolitischen Interessen aller beteiligten Verbände in der deutschen Kinder- und Jugendmedizin.

**Z**u den Anträgen, die eingereicht wurden, zählten insbesondere solche zu den Schwerpunktthemen Impfprävention, ambulante pädiatrische Weiterbildung sowie Kindeswohl/allgemeine Kindergesundheit. So fordert der 118. Deutsche Ärztetag gerade mit Blick auf die aktuellen Masernausschübe in Deutschland eine konsequente Umsetzung des Nationalen Aktionsplanes 2015-20 zur Eliminierung der Masern. Durch zwei weitere Entschließungsanträge fordern die Delegierten einen vollständigen Impfschutz gemäß der geltenden Empfehlungen der Ständigen Impfkommission als Voraussetzung für den Besuch von Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder und Jugendliche. Ein weitergehender Ergänzungsantrag, dass alle Arztgruppen, deren Weiterbildungsordnung die Kompetenz zum Impfen beinhaltet, ohne Fachgruppen- oder Altersbegrenzung alle impfwilligen und -fähigen Patienten impfen dürfen sollen, wurde bedauerlicherweise aus Zeitmangel an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen. Hier müssen wir in demnächst nachhaken, damit der Ergänzungsantrag nicht still und unbemerkt „in der Versenkung“ verschwindet.

Angesichts der aktuellen Flüchtlingssituation in Deutschland mahnen die ärztlichen Delegierten einen freien Zugang zum Gesundheitssystem für Flüchtlinge an. Flüchtlinge sollen alle erforderlichen medizinischen Maßnahmen - inklusive Prävention - erhalten. Die Delegierten

erinnerten die Politik an ihre diesbezüglichen Verpflichtungen gerade gegenüber Kindern und Jugendlichen durch die Ratifizierung der UN-Kinderrechte-Charta durch die Bundesrepublik Deutschland.

Großen Raum nahm die Diskussion über die Novellierung der Musterweiterbildungsordnung ein, in deren Zusammenhang auch ein Entschließungsantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer zur Förderung der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung verabschiedet wurde. Hier hatten wir einen Ergänzungsantrag eingebracht, der klarstellen soll, dass hier auch die pädiatrische ambulante Weiterbildung subsummiert sein wird. Der rege Diskussionsbedarf der Delegierten führte leider dazu, dass über diesen Antrag wie über zahlreiche weitere auf dem Ärztetag aus Zeitgründen nicht mehr abgestimmt werden konnte und eine Vorstandsüberweisung beschlossen wurde. Wir gehen aber nach den erfolgten Signalen klar von einer Umsetzung im Sinne der Pädiatrie aus. Ein Antrag zur Verbesserung der Möglichkeiten bei der Verbundweiterbildung wurde ebenfalls an den Vorstand überwiesen. Die Forderung nach einer gleichberechtigten sektoren-übergreifenden Bedarfsplanung statt Förderung der ambulanten Öffnung der Krankenhäuser auf Kosten der Vertragsärzte fand ebenfalls eine klare Mehrheit unter den Delegierten.

Mit der Unterstützung weiterer Delegierter aus dem Kammerbereich Nordrhein konnte ein Ent-

schließungsantrag zur Reform der Zulassung zum Medizinstudium verabschiedet werden, der eine Abkehr von der Abiturbestenquote und eine Berücksichtigung anderer wesentlicher Qualifikationsmerkmale wie etwa eine abgeschlossene Berufsausbildung und soziales Engagement verlangt. Geeignete fachspezifische Studierfähigkeits-tests werden angeregt. Mit diesem Antrag unterstützt der Deutsche Ärztetag eine Forderung des Berufsverbands der Medizinstudierenden Deutschlands (bvmd). Unser Antrag auf Schaffung struktureller und ökonomischer Voraussetzungen für die Etablierung von Schulgesundheitsfachschwestern angesichts der Zunahme von Grund- und Behandlungspflege in Schulen aufgrund der Inklusion wurde an den Vorstand überwiesen. Hier fehlte vielen Delegierten ganz offensichtlich die Fachkenntnis zur Beurteilung der Situation an den Schulen. Auch schienen manche hier ein Einfallstor für die Substitution ärztlicher Leistungen zu sehen. Weitere Anträge zur Verbesserung der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit seltenen Erkrankungen fanden ebenso eine klare Mehrheit wie auch unsere Forderung nach einer Förderung und angemessenen Honorierung ärztlicher Netzwerkarbeit im Rahmen der Frühen Hilfen. Ein schöner Erfolg war auch ein mit großer Mehrheit gefasster Entschließungsantrag, durch den die Bundesregierung aufgefordert wird, einen Kinder- und Jugendbe-

auftragten im Deutschen Bundestag einzusetzen. Gemeinsam mit unserer erfolgreichen Petition zu diesem Thema bestehen jetzt gute Chancen auf die Verwirklichung dieser alten Forderung der deutschen Pädiatrie.

Abschließend konnten wir einen Ärztetagsbeschluss herbeiführen,

der das Thema „Transition“ in seinen vielfältigen Aspekten als ein Schwerpunktthema eines der nächsten Ärztetage festlegt.

**Info:** Das Beschlussprotokoll des 118. Deutschen Ärztetages finden Interessierte im Internet unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/118-deutscher-aerztetag-2015/beschlussprotokoll/>

*de/aerztetag/118-deutscher-aerztetag-2015/beschlussprotokoll/*

**Dr. Thomas Fischbach**

42719 Solingen

E-Mail: [thomas.fischbach@uminfo.de](mailto:thomas.fischbach@uminfo.de)

[uminfo.de](http://uminfo.de)

Red.: ReH

## Chronisch kranke Kinder und Jugendliche: Nicht die Krankheit ist das Problem, sondern der Umgang damit

Kinder und Jugendliche, die an einer chronischen Erkrankung leiden, benötigen Hilfe, um im Alltag und in der Schule zurechtzukommen. Darauf hat die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Rehabilitation und Prävention (DGPRP) im Mai anlässlich einer Fachtagung des Bündnisses für Kinder- und Jugendrehabilitation in Berlin hingewiesen, an der Ärzte, Psychiater, Vertreter der Renten- und Krankenversicherung, Politiker und auch Repräsentanten aus den Selbsthilfegruppen von chronisch Erkrankten teilnahmen.

**D**urch die zunehmende Spezialisierung der Ärzte und Therapeuten sowie durch bestimmte Behandlungsprogramme wie dem Disease-Management-Programm (DMP) sind die betroffenen Kinder und Jugendlichen zwar medizinisch viel besser versorgt als früher“, berichtete Alwin Baumann, Sprecher des Bündnisses für Kinder- und Jugendrehabilitation, „heutzutage ist es aber vor allem ein Problem, mit dem Krankheitsaufwand und den psychosozialen Folgen zurechtzukommen“.

Rehabilitationskliniken für Kinder und Jugendliche böten zwar Programme an, damit die Kinder und Jugendlichen mit ihrer Erkrankung, in ihrem Alltag und in der Schule wieder besser zurechtzukommen. Damit diese mehrwöchigen intensiven Therapien nicht verpuffen sei jedoch die bessere Vernetzung von stationärer Kinder- und Jugendrehabilitation mit einer ambulanten Nachsorge, die von den betreuenden Ärzten am Heimatort der Betroffenen geleistet wird, notwendig. Laut Baumann müssen die Rehakliniken auch mit der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie

enger zusammenarbeiten. Einige waren sich alle Teilnehmer, dass es für Eltern und Patienten leichter werden sollte, Anträge auf Kinder- und Jugendrehabilitation zu stellen und dass auch niedergelassene Ärzte verstärkt darüber aufgeklärt werden sollten, für welche Erkrankungen es geeignete stationäre Einrichtungen gibt.

### Frühes Eingreifen kann Chronifizierung der Erkrankung verhindern

„Wenn wir auf eine seelische Erkrankung aufmerksam werden, dann können wir leider sehr häufig nicht schnell genug reagieren. Die Wartezeiten in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychotherapie in Deutschland betragen etwa drei bis vier Monate. Und das ist oftmals zu lange – nicht selten wenden sich Jugendliche dann ab, mit der Folge, dass diese seelische Erkrankung sich manifestiert“, berichtet Prof. Dr. Michael Kölch, Kinder- und Jugendpsychiater und Chefarzt am Vivantes-Klinikum in Berlin.

„Dazu kommt, dass viele Angebote die Betroffenen gar nicht errei-

chen, da es zu viele unterschiedliche Zuständigkeiten gibt. Viele der Angebote sind in unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern verankert, was zu einem Nebeneinander von Leistungen führt, und von daher eher kontraproduktiv ist, weil die Angebote nicht wahrgenommen werden. Für die betreuenden Mediziner, Pädagogen und Sozialarbeiter bilden diese unterschiedlichen Zuständigkeiten oft hohe bürokratische Hürden, die eine frühe und nachhaltige Intervention bei den Patienten erschweren. Je früher wir uns aber den Gesundheitsproblemen der Heranwachsenden annehmen, desto höher ist die Chance, sie gesund ins Erwachsenenalter zu bringen“, so Prof. Kölch. Die Notwendigkeit von Rehabilitationsmaßnahmen im Kindes- und Jugendalter wurde auch von den anwesenden Vertretern aus der Politik und den Leistungsträgern der Rentenversicherung bestätigt. Ziel ist es, den Anspruch der Kinder und Jugendlichen auf diese wichtige Gesundheitsförderung eindeutig gesetzlich zu verankern, wie das für Erwachsene bereits der Fall ist.

Red.: ReH

# 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



# Aktuelle Aspekte der Autoimmunthyreoiditis im Kindes- und Jugendalter

Eine Autoimmunthyreoiditis (Morbus Basedow und Hashimoto-Thyreoiditis) tritt im Kindes- und Jugendalter zunehmend häufiger auf. Fast täglich wird der Kinder- und Jugendarzt mit der Frage konfrontiert, wie Schilddrüsenwerte zu interpretieren sind. Welche Maßnahmen sind erforderlich, um eine sichere Diagnose zu stellen und damit die Notwendigkeit einer Therapie zu beurteilen. Differenzialdiagnostisch müssen auch die jugendliche Struma, sowie die Behandlung von Schilddrüsenknoten berücksichtigt werden. Die enge Zusammenarbeit mit einem pädiatrischen Endokrinologen ist dabei immer zu empfehlen.



Dr. Susanne Fricke-Otto

## Einleitung

Zu den häufigsten Schilddrüsenenerkrankungen im Kindes- und Jugendalter gehören die Autoimmunthyreoiditis (AIT) in Form der Hashimoto-Thyreoiditis (HT) und des Morbus Basedow. Die Diagnosestellung einer Autoimmunthyreoiditis hat in den letzten 20 Jahren deutlich zugenommen, nachdem der Jodmangel als Hauptursache für eine erworbene Hypothyreose und Struma zurückgegangen ist. Der Nachweis positiver schilddrüsenpezifischer (Auto-) Antikörper im Kindes- und Jugendalter wird mit ca. 3 – 4 % angegeben (1, 2).

Die Hashimoto-Thyreoiditis tritt bei ca. 1 – 2 % der Schulkinder auf und nimmt mit dem Alter zu. Mädchen sind deutlich häufiger betroffen als Jungen (4:1). Es ist zu berücksichtigen, dass beim Diabetes Typ 1 und bestimmten syndromalen Erkrankungen die Inzidenz höher ist, z. B. beim Ullrich-Turner-Syndrom (ca. 37 % AIT) oder der Trisomie 21 (40 % auffällige Schilddrüsenfunktion, 3,5 % AIT) (3).

Der Morbus Basedow kommt bei ca. 0,02 % im Kindesalter vor, mit einem Häufigkeitsgipfel in der Pubertät. Auch hier sind Mädchen deutlich häufiger betroffen als Jungen (6:1).

Die Therapieempfehlungen für die manifeste Hypothyreose und die Hyperthyreose sind eindeutig festgelegt. Das therapeutische Vorgehen bei isolierter TSH-Erhöhung (latente Hypothyreose) oder bei juveniler Struma im Kindes- und Jugendalter sowie bei euthyreoter Autoimmunthyreoiditis ist jedoch oft Gegenstand anhaltender Diskussion. Die früher meist durch einen Jodmangel verursachte Hypothyreose ist heute selten, muss aber differenzialdiagnostisch noch berücksichtigt werden.

## Ätiologie und Pathogenese

Die Ätiologie und Genese der Autoimmunerkrankungen ist multifaktoriell. Zahlreiche Faktoren wie Umwelteinflüsse, virale Infekte, aber auch Jodexzess und Nikotin werden für die Manifestation der Erkrankung verantwortlich gemacht. Das gehäufte Auftreten in Familien spricht für eine genetische Ursache. Auch bestimmter HLA-

Typen sowie die gleichzeitige Manifestation mit anderen Immunerkrankungen (Diabetes mellitus Typ I, Zöliakie, Vitiligo, Alopezie) weist darauf hin.

Bei der Autoimmunthyreoiditis handelt es sich in erster Linie um eine T-Zell-abhängige Autoimmunerkrankung der Schilddrüse (4), die Aktivierung der CD4-Helfer-T-Lymphozyten ist spezifisch gegen Schilddrüsen-Antigen gerichtet. Des Weiteren wird die sog. molekulare Mimikry, d. h. die Induktion eines Immunprozesses auf Grund einer Antigenähnlichkeit zwischen bakteriellen oder viralen Proteinen und Schilddrüsenproteinen diskutiert.

## Hashimoto-Thyreoiditis

Hakaru Hashimoto beschrieb erstmals 1912 vier Patientinnen mit ähnlichen histologischen Befunden der Schilddrüse, einer Struma lymphomatosa.

Die Hashimoto-Thyreoiditis ist eine chronisch verlaufende, schmerzlose, lymphozytäre Thyreoiditis ohne systemische Entzündungszeichen. Zugrunde liegt ein au-

### Nur 15 % – 40 % der Kinder entwickeln Symptome

- Struma, schmerzlos (42 % – 90 %)
- Retardiertes Wachstum
- Obstipation
- Haarausfall
- Müdigkeit, Lethargie, Muskelschwäche
- Empfindlichkeit gegen Kälteeinwirkung
- Gewichtszunahme
- Konzentrationsschwäche, Verschlechterung der schul. Leistungen
- Bradykardie

Tab. 1: Klinische Symptomatik der Hypothyreose bei Hashimoto-Thyreoiditis

toimmunologisches Geschehen, das zu einer lokalen Entzündung mit allmählicher Zerstörung und Fibrosierung des Schilddrüsengewebes führt und damit die Einschränkung der Schilddrüsenfunktion verursacht. Entsprechend der Pathogenese wird eine hyperthyreote, eine euthyreote und eine hypothyreote Phase des Krankheitsverlaufes unterschieden. Klinische Hinweise auf eine HT können Beschwerden einer Schilddrüsenunterfunktion sein oder auch eine sichtbare Schilddrüsenvergrößerung. Oft wird die Diagnose aber zufällig gestellt, z. B. im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung. Denn gerade bei Kindern und Jugendlichen kann die Symptomatik sehr unspezifisch sein, nur bei ca. 15 – 40 % der Kinder entwickeln sich eindeutige Symptome. Zu den am häufigsten geschilderten Symptomen gehören Müdigkeit, Gewichtszunahme,

Obstipation, Kälteempfinden und Haarausfall (Tab. 1). Bei ausgeprägter, andauernder Hypothyreose können aber auch eine Wachstumsstörung oder eine verzögerte Pubertätsentwicklung sowie eine Transaminasenerhöhung, Hyperlipidämie zur Diagnose führen.

### Diagnostik

Im Blut findet man bei ca. 80 % der Betroffenen positive thyreoidale Peroxidase-Antikörper (TPO) und bei ca. 50 % Thyreoglobulin-Antikörper (TAK). Die Antigen-Antikörper-Reaktion führt zur Schädigung des Schilddrüsengewebes und damit zunehmenden Einschränkung der Schilddrüsenfunktion. Ein Merkmal ist der ansteigende TSH-Wert (Tab. 2) bei abfallenden fT4- und fT3-Werten im Serum (Abb. 1). Zeitweise kann die Schilddrüse durch

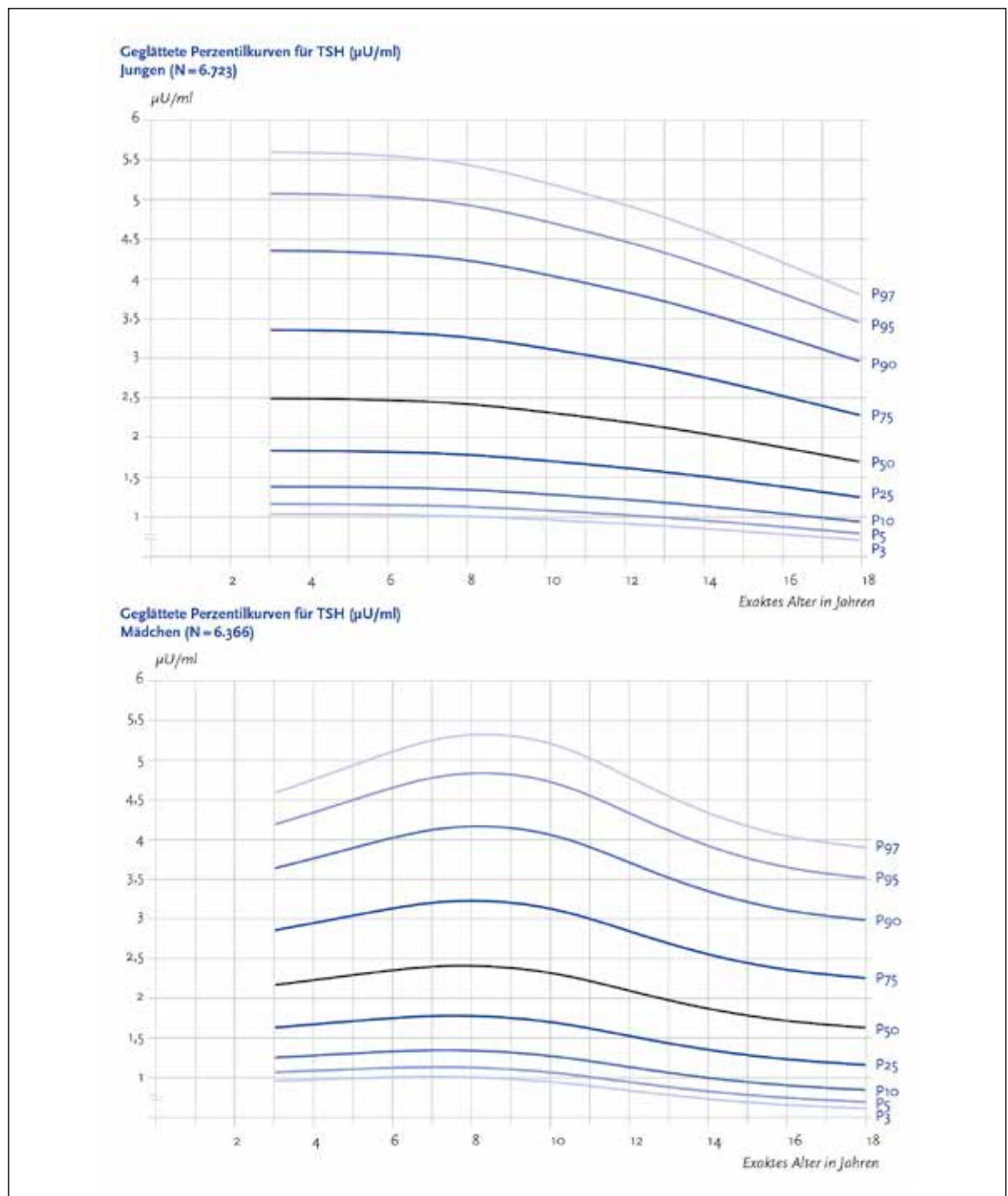


Abb. 1: KiGGS Daten TSH-Werte

Gewebezunahme (Struma) die verminderte Hormonproduktion kompensieren (Abb. 2). Häufiger ist aber der symptomarme Verlauf mit lange anhaltender peripherer Euthyreose bei nachgewiesenen Antikörpern. Es werden Übergänge von einer subklinischen in eine manifeste Hypothyreose beschrieben. Selten kommen im Anfangsstadium auch vorübergehende hyperthyreote Stoffwechselsituationen vor, diese werden als Hashi-Toxikose bezeichnet. Ein weiterer wichtiger Teil der Diagnosesicherung ist die Durchführung einer Schilddrüsenultraschalluntersuchung. Man findet das Bild einer flächenhaften oder umschrieben echoarmen Schilddrüse mit teilweise zystischer, oder auch knotiger Struktur (Abb. 3). Sowohl eine hypertrophe Form mit Schilddrüsenvergrößerung als auch eine atrophische Form sind möglich (5). Eine Szintigraphie ist in der Regel nicht erforderlich.

### Therapie

Die manifeste Hypothyreose mit erhöhtem TSH- und erniedrigtem fT4-Spiegel sowie positiven schilddrüsen-spezifischen Antikörpern wird mit einer einmaligen täglichen Gabe von L-Thyroxin (Tab. 3) morgens nüchtern ca. 30 min. vor dem Frühstück behandelt. Bei bestehender Struma wird die L-Thyroxin Dosis erhöht mit einem TSH-Zielwert zwischen 0,3 und 1,0 mU/l. FT4 und TSH werden 6 – 8 Wochen nach Therapiebeginn kontrolliert. Im Verlauf bei Euthyreose werden die Werte alle 6 – 12 Monate kontrolliert. Die Sonographie sollte 1x/Jahr durchgeführt werden. Eine immer wieder diskutierte Frage betrifft die Notwendigkeit der Behandlung einer latenten Hypothyreose bzw. einer isolierten TSH-Erhöhung. Kinderendokrinologen empfehlen bei normalen fT4-Werten und leicht erhöhtem TSH-Wert immer erst eine Verlaufskontrolle nach ca. 6 Wochen durchzuführen. Die sog. „latente“ Hypothyreose sollte im Kindes- und Jugendalter nicht behandelt werden, da es häufig zur Spontanremission kommt. Auch bei alimentär bedingter Adipositas finden sich erhöhte TSH-Werte bei peripherer Euthyreose (6). Bleibt der TSH-Wert konstant, sollte weiter abgewartet werden. Es handelt sich dann um eine kompensierte Funktionsstörung. Weitere Kontrollen werden nach 3 Monaten bzw. im späteren Verlauf nach 6 Monaten empfohlen (Abb. 4). Bei der transienten, hyperthyreoten Phase der HT (meist nicht diagnostiziert) ist eine Therapie mit Thyreostatika nicht indiziert.

### Prognose

Übergänge (von Hashimoto-Thyreoiditis zu einem M.Basedow und umgekehrt) und ungewöhnliche Verläufe sind bei der Autoimmunthyreoiditis beschrieben. Anhaltend nachweisbare Antikörper mit peripherer Euthyreose und normalem TSH-Wert, spontane Remission ohne weiter nachweisbare Autoantikörper oder auch die Entwicklung einer manifesten Hypothyreose sind immer möglich. Die Autoantikörper reflektieren die Aktivität des Immunprozesses, korrelieren aber nicht mit der Schwere der Erkrankung. Bei der atrophischen Verlaufsform, im Kindes- und Jugendalter selten, sind sie im Endstadium häufig nicht mehr nachweisbar.

- Zirkadiane Schwankungen (vormittags höher)
- Saisonale Schwankungen (im Winter höher)
- Methodische Assay bedingte Schwankungen
- Höher nach Schlafentzug
- Erhöht bei alimentärer Adipositas/erniedrigt bei Anorexie
- Erhöht in der Rekonvaleszenz nach chronischer Erkrankung
- Erhöht bei Nebenniereninsuffizienz
- Fasten senkt den Spiegel um 50%

Tab. 2: Einflussfaktoren auf den TSH-Wert

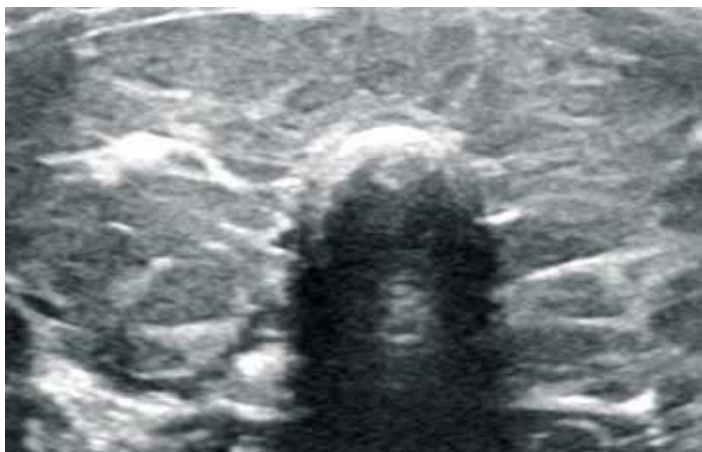
Schilddrüsenvolumen im Kindes- und Jugendalter n. Liesenkötter			
Alter (Jahre)	Jungen (+/- 2 SD)	Mädchen (+/- 2 SD)	Gesamt (+/- 2 SD)
< 6	1,2 (1,0)	1,5 (1,4)	1,4 (0,6)
6-7	2,1 (0,8)	2,5 (1,0)	2,3 (0,9)
7-8	2,3 (0,8)	2,5 (1,0)	2,4 (0,9)
8-9	2,4 (0,7)	2,5 (1,0)	2,4 (0,9)
9-10	3,0 (0,7)	2,7 (1,1)	2,4 (0,9)
10-11	3,8 (1,5)	4,2 (1,4)	2,8 (0,9)
11-12	3,9 (1,5)	4,4 (2,1)	4,0 (1,7)
12-13	4,1 (1,4)	4,9 (2,3)	4,2 (1,8)
13-14	4,4 (1,9)	4,6 (2,7)	4,5 (1,9)
14-15	4,4 (1,4)	4,9 (2,3)	4,6 (2,7)
15-16	6,2 (3,2)	6,5 (3,8)	5,9 (3,7)
16-17	6,8 (3,9)	6,9 (4,5)	6,7 (4,2)

Abb. 2: Normwerte für das Schilddrüsenvolumen

- 1 – 5 Jahre: 4 – 6 µg/kg Körpergewicht/Tag
- 6 – 10 Jahre: 3 – 4 µg/kg Körpergewicht/Tag
- Jugendliche: 2 – 3 µg/kg Körpergewicht/Tag

Tab. 3: Dosierung L-Thyroxin bei manifester Hypothyreose

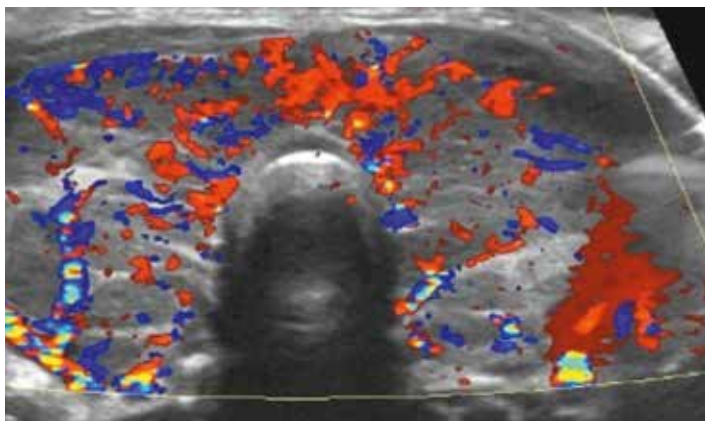




a) Zystisch-knotige Parenchymveränderungen im Querschnitt



b) Zystisch-knotige Parenchymveränderungen im Längsschnitt



c) Hyperperfusion bei Hashimoto Thyreoiditis

Abb. 3: a + b + c: Sonographie Hashimoto-Thyreoiditis Querschnitt (oben) Längsschnitt (unten)

### Morbus Basedow

Carl von Basedow beschrieb 1840 erstmals die Symptome: Exophthalmus, Kropf, Tachykardie (auch Mersebur-

ger Trias genannt). Robert James Graves hatte schon 1835 die Symptomatik beschrieben, aber als Herzerkrankung interpretiert. Somit wird die Hyperthyreose Morbus Basedow oder im angloamerikanischen Sprachgebrauch auch Graves' disease genannt.

### Pathogenese

Beim Morbus Basedow bleibt die Schilddrüsenzelle funktionell intakt. Spezifische krankheitsassoziierte Autoantikörper gegen den TSH-Rezeptor stimulieren die Schilddrüsenzelle zur unkontrollierten Synthese von Schilddrüsenhormonen und führen somit zur Hyperthyreose. In der Schwangerschaft können bei betroffenen Müttern die TSH-Rezeptor-Antikörper auf den Feten übergehen (diaplazentarer Übergang der IgG-Antikörper) und zu einer Hyperthyreose des Neugeborenen führen. Aber auch eine transiente Hypothyreose durch die thyreostatische Therapie bei der Mutter ist möglich.

### Klinik

Bei einer Überfunktion der Schilddrüse wird eine Struma deutlich häufiger beobachtet als bei der Unterfunktion. Die Kinder beklagen Hitzegefühl, vermehrtes Schwitzen, Tachykardien, Ruhetremor und eine gesteigerte Stuhlfrequenz. Bei gesteigertem Appetit wird auch eine Gewichtsabnahme beschrieben (Tab. 4). Eine lang anhaltende, unerkannte Hyperthyreose kann zu verstärktem Längenwachstum und zur Beschleunigung des Knochenalters führen. Als besondere Komplikation bzw. Begleiterkrankung tritt bei ca. 59 % der Patienten eine endokrine Orbitopathie auf. Es handelt sich um einen Exophthalmus, der auch einseitig auftreten kann. Hier müssen spezielle augenärztliche Untersuchungen und ggf. therapeutische Maßnahmen eingeleitet werden.

### Diagnostik

Im Blut findet sich ein supprimierter TSH-Spiegel, deutlich erhöhte fT4- und fT3-Werte sowie positive TSH-Rezeptor-Autoantikörper (TRAK). Auch TPO- und TAK-Antikörper können nachweisbar sein. Die Abgrenzung der transienten Form der Hyperthyreose bei Hashimoto-Thyreoiditis kann schwierig sein und wird erst durch den Verlauf entschieden. Sonographisch findet sich eine stark durchblutete, oft vergrößerte Schilddrüse mit herabgesetzter Echogenität (Abb. 5).

Sonographisch ist eine Unterscheidung zwischen Hashimoto-Thyreoiditis und M. Basedow nicht eindeutig möglich.

### Therapie

Die Therapie der Wahl der M. Basedow Hyperthyreose ist Methimazol (Thiamazol). Die Wirkung erfolgt durch die selektive Hemmung der Schilddrüsenhormonsynthese durch Blockade der thyreoidalen Peroxidase. Die initiale Dosis beträgt 0,3 – 0,5 mg/kg Körpergewicht/Tag, anfangs zwei- bis dreimal täglich verabreicht, später reicht eine tägliche Einnahme. Nach Erreichen einer Euthyreose bzw. Normalisierung des TSH-Wertes,

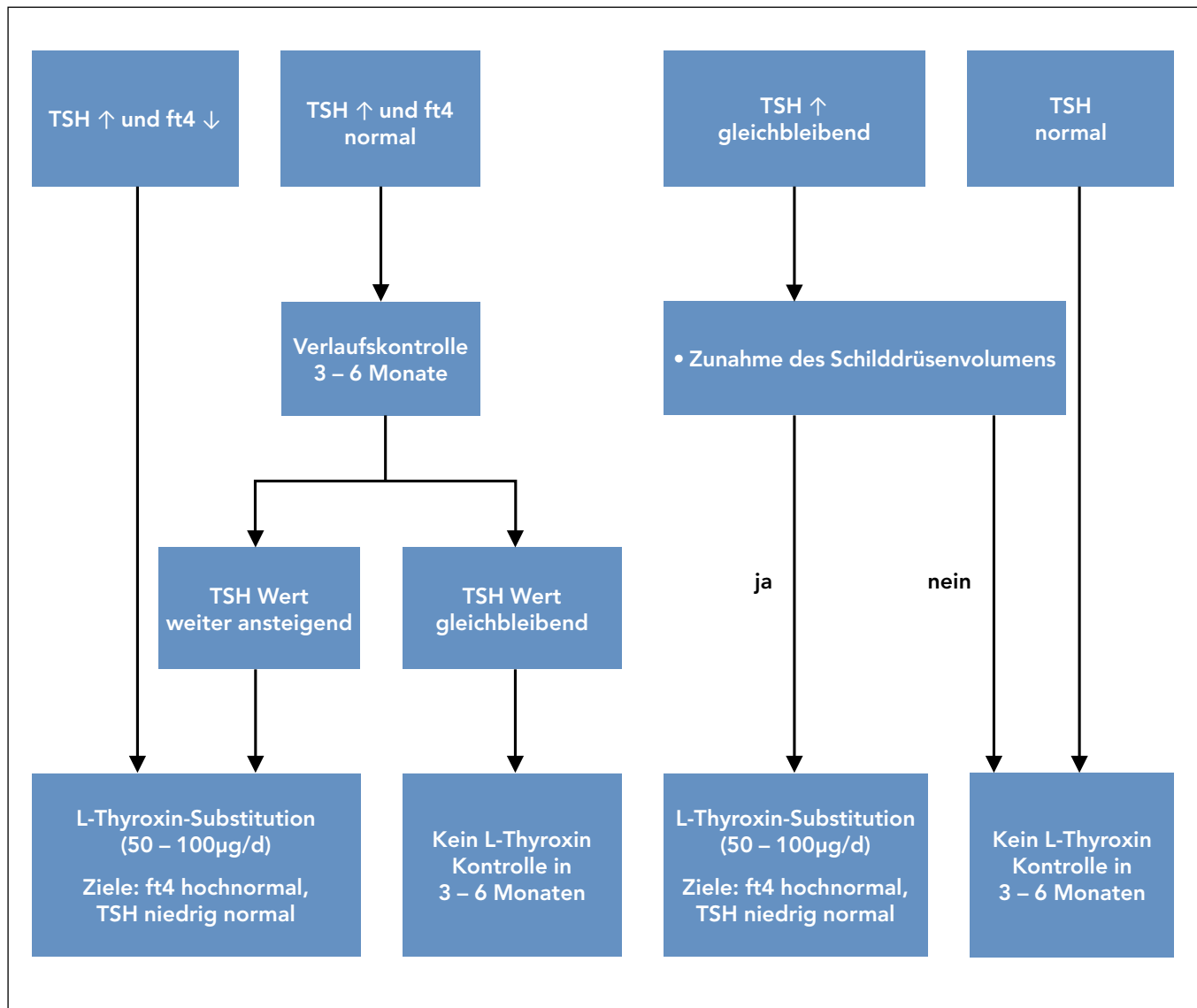


Abb. 4: Behandlungsschema TSH-Erhöhung

sollte eine Erhaltungsdosis von 0,1 – 0,3 mg/kg Körpergewicht/Tag möglichst bald angestrebt werden.

Die Therapie sollte mindestens zwei Jahre durchgeführt werden, bevor ein Auslassversuch möglich erscheint.

Als mögliche Nebenwirkungen der thyreostatischen Therapie mit Thiamazol werden Arthralgien, Hautausschläge und Juckreiz beschrieben. Schwerere Nebenwirkungen wie Granulozytopenie und Agranulozytose sind selten.

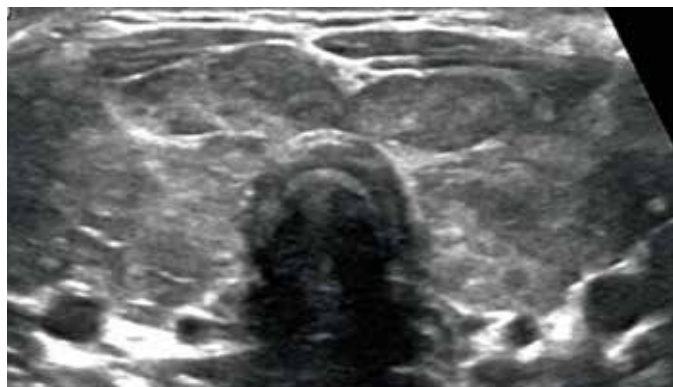
Die Therapie mit Propylthiouracil ist aufgrund schwerer Nebenwirkungen, z. B. der Lebertoxizität (Reye-Syndrom) im Kindesalter kontraindiziert.

Zu Beginn der Erkrankung kann bei aufgetretener Tachykardie auch eine Behandlung mit einem Betablocker (0,5 – 2,0 mg/kgKG/Tag z. B. Propanolol) erforderlich sein.

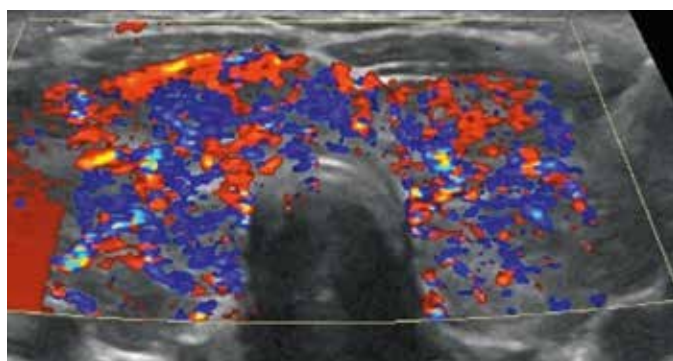
In den letzten Jahren wird im Kindes- und Jugendalter häufig die sogenannte „Block and Replace Therapy“ durchgeführt. Hier wird nach Erreichen einer Euthyrose zusätzlich L-Thyroxin zur Struma-Prophylaxe bzw. Reduktion eingesetzt.

• Struma
• Ruhetremor
• Tachykardie
• Nervosität
• Unruhe
• Konzentrationsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten
• Schlaflosigkeit
• Gewichtsabnahme bei gesteigertem Appetit
• Gesteigerte Stuhlfrequenz und Enuresis
• Endokrinre Orbitopathie (59 %), Exophthalmus (auch asymmetrisch), periorbitale Schwellung, Sicca-Syndrom, Doppelbilder und Visusminderung bei schwerer Verlaufsform

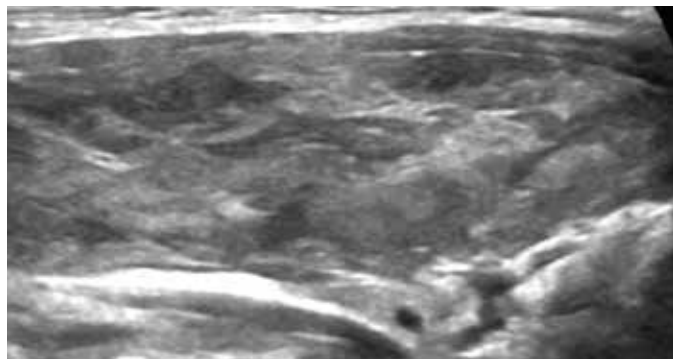
Tab. 4: Klinische Symptomatik der Hyperthyreose



a) Querschnitt: zystisch-knotige Veränderungen



b) Hyperperfusion



c) Längsschnitt: zystisch-knotige Veränderungen

Abb. 5 a + b + c : Sonographie Schilddrüse bei Morbus Basedow

Als alternative Therapie kommt im Kindes- und Jugendalter in Deutschland zurzeit nur die operative Entfernung der Schilddrüse in Betracht. In den USA wird bereits seit Jahrzehnten die ablative Radiojodtherapie (RJT) erfolgreich angewendet (7). In Deutschland bestehen für diese Therapie bisher nur Erfahrungen an spezialisierten Zentren, sodass die RJT bisher generell nur im Erwachsenenalter eine Therapieoption darstellt.

#### Prognose

Die Heilungschancen sind beim Morbus Basedow deutlich geringer als bei der Hashimoto-Thyreoiditis.

Nach zwei Jahren kommt es nur bei ca. 20 – 30 % der Patienten zu einer Remission. Negativ prognostische Parameter bei der Diagnosestellung sind ein Erkrankungsalter bei Beginn unter 12 Jahren, nichtkaukasische Herkunft, sehr hohe TRAK-Antikörper-Titer und fT4-Werte, sowie eine ausgeprägte Struma. Insgesamt wird die Rezidivrate mit ca. 30 % angegeben.

#### Ergänzende Therapie

Die in den letzten Jahren so viel diskutierte Selen-Therapie findet im Kindes- und Jugendalter keine Anwendung. Es liegen keine ausreichenden Studien vor, die eine Wirksamkeit des Selen bei einer Autoimmunthyreoiditis belegen würden. Allenfalls bei der Behandlung der Orbitopathie gibt es im Erwachsenenalter erste Studien, die eine Wirksamkeit belegen.

Jodid kann eine Autoimmunthyreoiditis begünstigen, sollte deshalb als Therapie nicht eingesetzt werden. Jodiertes Speisesalz und die Jodzufuhr über die Nahrung sind allerdings als unbedenklich anzusehen.

#### Komplikationen

Die Entwicklung eines Schilddrüsenknotens wird bei der Autoimmunthyreoiditis mit ca. 31 % angegeben, in der Literatur findet man eine Inzidenz von 20 – 25 % einer malignen Entartung (8). Die Diagnose einer malignen Entartung eines Schilddrüsenknotens ist selten, aber schwierig. Sie sollte spezialisierten Zentren mit Erfahrung in der Beurteilung kindlicher Schilddrüsenknoten überlassen werden. Eine AWMF Leitlinie der Fachgesellschaft pädiatrische Endokrinologie ist hierzu geplant.

Zusammen mit einer Autoimmunthyreoiditis sind weitere Autoimmunerkrankungen möglich. Hierzu gehören das polyendokrine Autoimmunsyndrom Typ II (Schmidt-Syndrom), der Morbus Addison, der Typ-I-Diabetes, die Vitiligo, Alopezie, die perniziöse Anämie oder die Myasthenie.

#### Fazit für die Praxis

Werden routinemäßig Schilddrüsenparameter bestimmt, sollte bei nur geringen Abweichungen von der Norm zunächst eine Kontrolluntersuchung in 4 – 6 Wochen erfolgen. Verschlechtern sich die Werte ist eine weitere Diagnostik mit Antikörperbestimmung und Ultraschall zu empfehlen. Nur so können unnötige Therapiemaßnahmen bei unseren Patienten vermieden werden.

Die Autorin erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt. Literatur bei der Verfasserin

*Dr. med. Susanne Fricke-Otto*  
 Ltd. Ärztin Bereich pädiatrische Endokrinologie  
 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin  
 Helios Klinikum Krefeld  
 Lutherplatz 40, 47805 Krefeld  
 Tel.: 02151-322347  
 E-Mail: susanne.fricke-otto@helios-kliniken.de

Red.: Huppertz

## Highlights aus Bad Orb ●●●

# Sexuell übertragbare Infektionen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Neben HIV gehören Chlamydien, Humane Papillomaviren (HPV), Gonorrhoe, Syphilis, Trichomonaden, Herpes und Hepatitis B zu den häufigsten sexuell übertragbaren Infektionen (STI) in Deutschland. Der Umgang mit STI in der Kindheit und Jugend stellt für Ärzte eine große Herausforderung dar. Zum einen ist diese Schwierigkeit sicherlich der teils unbekanntenen Diagnostik zuzuschreiben, zum anderen aber – insbesondere im Kindesalter – dem Umgang mit daraus fraglich vorliegendem sexuellem Missbrauch. Zudem wird das Vorliegen einer STI häufig gar nicht erst in Betracht gezogen. Dies ist aber immens wichtig, da aus einer STI häufig das Vorliegen einer weiteren resultiert.



Laura Susok

STI steigen zunehmend an. So hat zum Beispiel die Rate der Syphilis-Infektionen im letzten Jahrzehnt deutlich zugenommen, auch in den westlichen Industriestaaten, Deutschland einbezogen. Insbesondere bei Männern, die Sex mit Männern (MSM) haben, ist die Infektionsrate in Großstädten teilweise auf das 14-fache angestiegen [1], obwohl der Kondomgebrauch sogar zugenommen hat. Dass ein Patient sich seinem Arzt gegenüber mit seiner Sexualität öffnet, bedarf eines sensiblen, offenen Umgangs in einem geschützten Rahmen in der Arzt-Patienten-Begegnung.

### Syphilis acquisita

Es handelt sich um eine weltweit verbreitete, meldepflichtige, bakterielle STI mit typischem, teils chronischem, systemischem Verlauf. Der Erreger heißt *Treponema pallidum*.

Die Inzidenz in Deutschland beträgt 7,1/100.000 Einwohner/Jahr. Homosexuelle Männer erkranken häufiger. Bis zu 15% der Infizierten in Deutschland leiden gleichzeitig unter einer HIV-Infektion [2]. Klinisch wird die Früh- und Spätsyphilis unterschieden.

Die Frühsyphilis setzt sich aus dem Stadium I und II zusammen. Die Inkubationszeit beträgt ca. zwei bis drei Wochen. Zumeist tritt genital initial eine schmerzlose Papel auf, die rasch ulceriert und sich schließlich als derbes Ulcus präsentiert. Dieses klinische Bild kann sich in Abhängigkeit vom Sexualkontakt auch extragenital präsentieren. Im Stadium II der Syphilis kommt es systemisch zur *Treponema*-Ausbreitung mit Symptomen wie Müdigkeit, Abgeschlagenheit, leichtem Fieber, Halsschmerzen, generalisierter Lymphadenopathie, Muskel- und Gelenkschmerzen [2]. Klinisch zeigen sich nicht juckende, häufig unscheinbare, rosafarbene, makulöse Exantheme mit narbenloser Abheilung,

die so genannten Roseolen. Im Weiteren kommt es zu einem polymorphen Palmar- und Plantarerythem. Diese Lokalisation, das Hohlhand/Hohlfuß-Syphilitid ist ein wichtiges Merkmal zur differenzialdiagnostischen Betrachtung, z. B. eines Arzneimittellexanthems, einer Psoriasis oder aber auch Pityriasis rosea.

Die Spätsyphilis zeigt sich nach mehreren Jahren. Im Stadium III, das klassischerweise nach ca. fünf Jahren auftritt, zeigen sich subkutane Syphilide, die narbig abheilen und als Gumma bezeichnet werden. Zudem kann es zur Organmanifestation der Syphilis kommen, die sich an der Lunge, Auge, Gehirn, Leber, Knochen und dem Hoden präsentieren kann. Auch die Glossitis interstitialis ist richtungweisend für das Vorliegen einer Spätsyphilis. Im Stadium IV der Spätsyphilis, die nach 10-20 Jahren in Erscheinung tritt, manifestiert sich die Neurosyphilis.

Zur Diagnostik werden der TPHA-Test u. VDRL-Test als effektive Suchtests bedient. Zur Bestätigung setzt man den FTA-Test, FTA-Abs-Test ein.

### Syphilis connata

Durch regelmäßige serologische Untersuchungen aller Schwangeren und frühzeitige Behandlung ist die Neugeborenen-Syphilis in Deutschland sehr selten geworden (2009: 3 Fälle). Weltweit sterben jedoch jährlich hunderttausende Babys und Kleinkinder an einer Syphilis [4].

Die Prognose der Ausprägung des Krankheitsbildes bzw. der Entwicklung des Neugeborenen hängt vom Zeitpunkt der Übertragung, dem Stadium der Erkrankung der Mutter und der Erregerzahl entscheidend ab [3].

Liegt bei der Schwangeren eine frühe Syphilis vor, so kommt es zum diaplazentaren Übertritt der Erreger auf die Frucht im 4. bis 5. Schwangerschaftsmonat.



Prof. Dr. Norbert H. Brockmeyer



Quelle: <http://www.enzyklopaedie-dermatologie.de/artikel?id=3857>

**Abb. 1: Tonnenzähne bei einer erwachsenen Frau, bei Zustand nach Syphilis connata**

Im 7. bis 8. Schwangerschaftsmonat kommt es in 80-90% der Fälle zur syphilitischen Totgeburt [3]. Sofern bei der Mutter eine Syphilis acquisita II vorliegt, ist die Geburt eines lebenden Kindes mit Syphilis connata zu prognostizieren. Die Geburt eines gesunden Kindes ist bei Vorliegen einer Spätsyphilis bei der Mutter möglich.

Klinisch zeigt sich die Syphilis connata praecox charakteristischerweise als atrophisches, schlecht gedeihendes Kind mit zudem gelblicher, schlaffer Haut beim Neugeborenen.

Symptomatisch sind bei der Syphilis connata tarda (ab dem zweiten Lebensjahr auftretend) die Hutchinson-Trias: Keratitis, Innenohrschwerhörigkeit, Zahnanomalien (die oberen Schneidezähne betreffend und

sich in einer tonnenartigen Formatierung präsentierend). Aber auch die Sattelnase und Parrotsche Furchen sind typische Anzeichen für das Vorliegen einer Syphilis.

**Therapie**

Siehe Tabelle 1.

**Humanes Papillomavirus (HPV)**

Humane Papillomaviren sind epidermotrope Doppelstrang-DNA-Viren der Papova-Gruppe. Zurzeit sind mehr als 200 verschiedene Typen bekannt. Einige verursachen bei Menschen benigne epitheliale Tumoren, andere sind mit genitalen oder extragenitalen Karzinomen assoziiert. HPV werden basierend auf ihrer Sequenz-Verwandtschaft in die Gruppen A-E eingeteilt. Den HPV-Typen 16, 18, 31, 45 wird ein höheres Karzinomrisiko und HPV 33, 35, 39 u. a. ein mittleres zugeschrieben. HPV sind weltweit verbreitet. In über 90 Prozent der Fälle heilen HPV-Infektionen innerhalb von ein bis zwei Jahren spontan ab. Hautwarzen sind bei Kindern und Jugendlichen weit verbreitet. Bei 4% der jungen Erwachsenen lässt sich eine subklinische ano-genitale HPV-Infektion nachweisen; 10% sind wahrscheinlich latent infiziert [4]. Aufgrund des Nachweises spezifischer HPV-Antikörper wird die Durchseuchungsrate mit HPV auf 60% geschätzt. HPV 16 und 18 sind weltweit zu 70% verantwortlich für das Zervixkarzinom [4].

**Wichtig: Das Vorkommen von Condylomata acuminata bei Kindern**

Erkrankung	Bei...	Standardtherapie	Alternativen	Diagnose
<b>Syphilis</b> <i>Treponema pallidum</i>	<b>Erwachsenen</b> Frühsyphilis (<1 Jahr)	• Benzathin-Penicillin G 2,4 Mio 1x i.m. (gluteal l/ire je 1,2 Mio.I.E.)	• Ceftriaxon* 2 g tgl. i.v. 10d (Nur bei Penicillin-Allergie) • Doxycyclin 100 mg 2x tgl. p.o. 14d (Nur bei Penicillin-Allergie; nicht bei Schwangeren)	• Serologie (Material: Serum) • Suchtest: TPHA/TPPA/TPLA oder polyvalenter Immunoassay • Bestätigung (alternatives Antigenkonzept!): z.B. FTA-Abs, IgM/IgG Elisa oder IgM/IgG Westernblot
	<b>Erwachsenen</b> Spätsyphilis (>1 Jahr) oder unbekannter Infektionszeitpunkt	• Benzathin-Penicillin G 2,4 Mio 3x i.m. (d.h. an den Tagen 1, 8 und 15; gluteal l/ire je 1,2 Mio.I.E.)	• Ceftriaxon* 2,0 g tgl. i.v. 10-14d • Doxycyclin 100 mg 2x tgl. p.o. 28d (Nur bei Penicillin-Allergie; Doxycyclin nicht bei Schwangeren) • Erythromycin 500mg 4 x tgl. p.o. 28d	• Aktivität: Lipoid-Antikörper, treponemen-spezifisches IgM • NAAT (bei Epithelläsionen früher Infektionen Material: Abstrich, Gewebe aus Epithelläsion)
	<b>Kindern</b>	• Wie bei Erwachsenen mit angepasster Benzathin-Penicillin G-Dosis: 50.000 IU/kg KG Applikation i.m. (maximal Erwachsenenendosis 2,4 Mio pro Applikation) Bei Penicillinallergie: Doxycyclin oder Erythromycin <i>Cave: Unter 8 Jahren kein Doxycyclin!</i>		• Dunkelfeldmikroskopie (bei Epithelläsionen früher Infektionen, Material: Reizsekret aus Ulkus des Primäreffekts oder aus nässenden Condylomata lata <i>Klinische Kontrolle und Follow-up Serologie nach 3, 6, 9 und 12 Monaten!</i>
	<b>HIV Ko-Infektion</b>	Stadiengerechte Therapie wie bei nicht HIV-Infizierten. Ab Sekundärsyphilis erhöhtes Risiko einer Neurosyphilis < 300 CD4-Zellen/µ beachten! Bei Verdacht auf Neurosyphilis ohne Lumbalpunktion: wie Neurosyphilis behandeln		• Bei neurologischen/psychiatrischen Symptomen und/oder schwerer Immundefizienz (< 200 CD4-Zellen/µ): Lumbalpunktion!
	<b>Schwangeren</b>	Stadiengerechte Therapie wie bei nicht Schwangeren, Bei Penicillinallergie: spezifische Immuntherapie, kein Doxycyclin! Ceftriaxon nur ausnahmsweise. <i>Cave: Kreuzsensibilisierung!</i>		s.o.
<b>Syphilis connata</b>	<b>Neugeborenen</b>	• Penicillin G 200.000–250.000 i.v. IE/kg KG/Tag, verteilt auf: 1. Lebenswoche = 2 Einzeldosen; 2.-4. Lebenswo. = 3 Einzeldosen; ab 5. Lebenswo. 4 Einzeldosen. Kein Doxycyclin!		s.o., zusätzlich beim Kind: • 2 unabhängige IgM Tests (z. B. 19S FTA-ABS-IgM u. Immunoblot-IgM), Vergleich kindlicher und mütterlicher Lipoid-AK-Titer (VDR/L RPR)

\* Cave Herxheimer-Reaktion: zur Prophylaxe Prednisolon 1mg/kg KG p.o. oder i.v. 1 Stunde vor erster Penicillingabe  
\* Cave Kreuzallergie der β-Lactame

Abklärung weiterer STI!

**Tab. 1: Therapie der Syphilis acquisita und connata**

**ist per se kein Beweis für das Vorliegen von sexuellem Kindesmissbrauch.**

Jüngste Studien bestätigen, dass insbesondere der Kontakt von Kindern mit eigenen oder fremden Verrucae einen häufigen Weg der Übertragung im Sinn einer Schmierinfektion darstellt.

Begünstigt durch verschiedene Faktoren, vor allem durch Rauchen und die Einnahme oraler Kontrazeptiva, kann die HPV-Infektion bereits ab dem jugendlichen Alter chronifizieren.

**Prophylaxe**

In 2006 wurde in Europa für den Impfstoff Gardasil (MSD) die Zulassung erteilt. Die Zulassung für eine bivalente HPV-16/18 Vakzine (GlaxoSmithKline) ist 2008 erfolgt [5]. In Deutschland übernehmen Gesetzliche Krankenkassen die Kosten für die Behandlung von Frauen. Als erstes Bundesland in Deutschland empfiehlt Sachsen die Impfung gegen HPV auch für Jungen und Männer. Die Empfehlung gilt bisher nur für den Impfstoff Gardasil. Die Umsetzung orientiert sich an dessen europäischer Zulassung, die eine Impfung von Jungen grundsätzlich erlaubt. Damit geht die Sächsische Impfkommision (SIKO) über die bundesweit geltenden Impfpfehlungen hinaus [7].

Das Kondom ist das einzige Verhütungsmittel, das vor sexuell übertragbaren Krankheiten schützen kann. Allerdings können HPV auch durch den Schambereich an sich übertragen werden und sich anschließend genital vermehren und fortschreitend ausbreiten. Dennoch sollten Kondome zur Vermeidung der Übertragung einer STI verwendet werden.

**Therapie**

Der Großteil der HPV-Infektionen verläuft unemerkt, das Virus heilt entweder spontan oder innerhalb von ein bis zwei Jahren aus oder persistiert in ca. 10% der Fälle. Die Viruspersistenz in den Epithelzellen rund um die Läsion ist für die hohe Rezidivrate verantwortlich (siehe Tabelle 2).

**Scabies**

Die Scabies ist eine weltweit verbreitete, stark juckende parasitäre Infektion der Haut. Hervorgerufen wird diese durch *Sarcoptes scabiei hominis*. Die Hauterscheinungen präsentieren sich in einem sehr unterschiedlichen Bild, zumeist abhängig vom Alter der Erkrankung, sowie der individuell vorliegenden Körperpflege. Die Übertragung erfolgt meistens durch engen körperlichen Kontakt. Das Risiko, sich durch Bettwäsche zu infizieren, in denen ein Skabieskranker gelegen hatte, ist < 1: 200 [8]. Die typischen Prädilektionsstellen sind primär die Interdigitalfalten der Hände und Füße, Ellenbeugen, vordere Achselfalte, Brustwarzenhof, Nabel, Gürtelregion, Penis, Knöchelregion, Kontaktflächen der Glutaeen. Der Rücken ist selten befallen, Kopf und Nacken sind stets frei [8]. Bei Säuglingen und Kleinkindern zeigt sich meistens häufig auf Grund der noch weichen palmaren und plantaren Hautareale ein zusätzlicher Befall. Das richtungweisende und somit klassische Symptom der Scabies ist ein starker, primär nächtlich auftretender Pruritus. Zudem finden sich gewundene, millimeterlange, deutlich tastbare Milbengänge mit der als dunkles Pünktchen erkennbaren Milbe am Gangeende (Milbenhügel), die mittels Dermatoskop gut ersicht-

Erkrankung	Bei...	Standardtherapie	Alternativen	Diagnose
<b>HPV</b> Humane Papillomviren  Cervikale, pharyngeale, vulväre sowie vaginale Neoplasien oder Karzinome siehe entsprechende Leitlinien.	<b>Externen genitalen Warzen bei Erwachsenen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Podophylotoxin 0,5% Lösung oder Gel, 0,15% Creme; 2 x tgl. über 3 Tage, dann 4 Tage Pause (4 Zyklen)</li> <li>Imiquimod 5% Creme 3 x pro Wo. bis zu 16 Wo.</li> <li>Sinecatechine- oder Grüntee-Catechine 10% Salbe 3 x tgl. bis zu 16 Wochen</li> <li>Kryotherapie</li> <li>Trichloressigsäure 80-85%</li> <li>Exzision, Kürettage, Elektrochirurgie/ Lasertherapie</li> </ul>	Impfprävention: • Empfehlung zur HPV-Impfung bei Mädchen und Jungen zwischen 9-14 Jahren (vor erstem Sexualkontakt). Für gesetzlich versicherte Mädchen zwischen 9-17 Jahren ist die Impfung kostenlos!  Bei Schwangerschaft: • Trichloressigsäure, Kryotherapie oder Lasertherapie, chirurgische Abtragung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Klinisch (Condylomata), Kolposkopie, Essigsäuretest (1-5%), Ausschluss Condylomata lata durch Syphilisserologie, Histopathologie</li> <li>NAAT, Hybrid Capture (Material: Abstrich, Gewebe)</li> </ul>
	<b>Analen intraepithelialen Neoplasien (AIN)</b>	Ablative Therapie: • elektrokaustische Abtragung, ggf. zusätzl. chirurgische Exzision umschriebener Areale. Alternativ: Laserablation (z.B. CO2-Laser). • Infrarot-Koagulation ist 1. Wahl in USA, in Deutschland jedoch nicht zugelassen	Topische Therapie: • Bei perianalem Befall Imiquimod, Applikation bei intra-analer Lokalisation ggf. als Zäpfchen (off-label), 3 x pro Wo. bis zu 16 Wo. • Bei intra-analem Befall: 5% Imiquimod-Zäpfchen <sup>1</sup> oder 85% Trichloressigsäure (z.B. Woche 0, 4, 8, 12) • Applikation von 5% 5-FU 2x tgl. bis zu 16 Wo.; NW-Rate jedoch höher als bei Imiquimod!	<ul style="list-style-type: none"> <li>Digitale rektale Untersuchung</li> <li>Analzytologie (anslog d. Cervix-Zytologie, bei allen Hochrisiko-Patienten für AIN) als Basis-Screening Bei ASCUS-ASC-H, LSIL, HSIL <b>hochauflösende Anoskopie:</b>                          1. Applikation von 5% Essigsäure oder Lugol'sche Lösung (z.B. mit getränktem Wattetupfer) ca. 2 Min.                          2. Einführen eines Anoskops, Einstellung d. Kolposkops (Abstand ca. 30 cm), langsame Fokussierung                          3. Untersuchung, Beginn im distalen Rektum (bis höchste Vergrößerung), langsame Rückführung d. Anoskops zur Darstellung d. Linea dentata (Transformationszone), des Analkanals u. der Perianalregion                          4. Ggf. Fotodokumentation der erhobenen Befunde</li> </ul>
	<b>Analrandkarzinom</b>	• Exzision bei operablen Befunden (in der Regel <2cm)	• Radio-Chemotherapie bei sehr großen, inoperablen Tumoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>Immer biopsische Abklärung aller suspekten Areale (Histopathologie)</li> </ul>
	<b>Analkanalkarzinom</b>	• Kombinierte Radio- und Chemotherapie: Radio mit 50 Gy (1.8 Gy tgl.) 5-FU (1000 mg/m <sup>2</sup> , Tag 1-5 und Tag 29-33) und Mitomycin-C (10 mg/m <sup>2</sup> , Tag 1,29)	• Primäre Exzision bei sehr kleinen, operablen Tumoren (<2 cm Durchmesser)	

Abklärung weiterer STI!

Literatur: <sup>1</sup> Kaspari et al. Br J Dermatol 2002; 147:757-759  
 - AWMF Leitlinie, 2013: Impfprävention HPV-assoziiertier Neoplasien, <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/082-002.html>  
 - AWMF Leitlinie, 2013: Anale Dysplasien und Analkarzinom bei HIV-Infizierten: Prävention, Diagnostik und Therapie, <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/055-007.html>

Tab. 2: Therapie von HPV

lich darstellbar sind. Des Weiteren kennzeichnet sich das klinische Bild durch Ekzematization und Kratzariefakte, sowie eine mögliche bakteriell Superinfektion.

### Therapie

Zunächst sollte immer eine suffiziente Lokaltherapie mittels Permethrin 5% (Säuglinge und Kinder in reduzierter Dosierung mit 2,5%), sowie die begleitenden Hygiene- und Sanierungsmaßnahmen vollzogen werden. Im Anschluss kann bei Persistenz über eine systemische Therapie mittels Ivermectin nachgedacht werden, wobei die übliche Dosierung bei 200 µg/kg Körpergewicht p.o. (max. bis zu 400 µg/kg KG) als Einmaldosis liegt. Diese Therapie bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Patienten bzw. der Erziehungsberechtigten, da es sich bislang um eine Off-label-Therapie handelt. Die Behandlung kann nach zwei bis vier Wochen wiederholt werden.

### Fazit für die Praxis

Im Hinblick insbesondere auf die Folgeschäden und Komplikationen durch primär sexuell übertragbare

Infektionen, ist eine umfangreiche Prävention unabkömmlich.

Aufklärungsbroschüren der deutschen STI-Gesellschaft sind neben Aufklärung durch Peers und gezielten groß angelegten Kampagnen im Internet durch die BzGA ein bedeutender Bestandteil zur Gewinnung von Informationen.

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

### Korrespondenzanschrift:

**Laura Susok**  
**Prof. Dr. med. Norbert H. Brockmeyer**  
**Klinik für Dermatologie, Venerologie**  
**und Allergologie**  
**Zentrum für sexuelle Gesundheit und Medizin**  
**Ruhr Universität Bochum**  
**Gudrunstr. 56, 44791 Bochum**  
**Telefon: 0234-509-3473, Fax: 0234-509-3472**  
**E-Mail: n.brockmeyer@derma.de**

Red.: Keller

## 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: bvkj.buero@uminfo.de

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

- |                                                                            |                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ich suche einen Praxismachfolger/Partner          | <input type="checkbox"/> Ich suche eine Vertretung                         |
| <input type="checkbox"/> Ich suche einen Kollegen zur Mitarbeit/Jobsharing | <input type="checkbox"/> Ich nehme eine/n Weiterbildungsassistenten/in auf |
| Zeitraum: von _____ bis _____                                              |                                                                            |

Unterkunft kann gestellt werden:  ja  nein

- |                                                                                   |                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ich möchte in eine Praxis/Gemeinschaftspraxis einsteigen | <input type="checkbox"/> Ich möchte in einer Praxis mitarbeiten/Jobsharing |
| <input type="checkbox"/> Ich möchte in einer Praxis vertreten                     | <input type="checkbox"/> 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

## Impfungen und Plötzlicher Kindstod („SIDS“)

In gewisser Regelmässigkeit werden wir mit dem Aufeinandertreffen von Impfung(en) und plötzlichem Kindstod konfrontiert – die wenigsten von uns in der eigenen Impfpraxis, wohl aber mit Medienberichten oder unrühmlichen Anschuldigungen, die sich in Laienforen im Internet verbreiten. Dem liegen in aller Regel Einzelbeobachtungen oder begrenzte Fallserien zugrunde. Die Zulassungsbehörden nehmen jede einzelne Meldung ernst und bei Häufungen spricht man von „Signalen“, die einer weiteren Abklärung bedürfen. Da es sich bei SIDS (Sudden Infant Death Syndrome; manche bevorzugen den Terminus SUDI, Sudden Unexplained Death in Infancy) letztendlich um eine Ausschlussdiagnose handelt, sind zahlreiche Abklärungen erforderlich, um eine zugrunde liegende evtl. Ursache des plötzlichen Todes aufzudecken. Eine Anleitung, wie mit diesem Phänomen als unerwünschtes Ereignis nach Impfungen umzugehen ist, hat die Brighton Collaboration ([www.brightoncollaboration.org](http://www.brightoncollaboration.org)) schon vor vielen Jahren erarbeitet (Jorch et al., *Vaccine* 2007;25:5707-16). Viele von Ihnen werden sich erinnern, dass wenige Jahre nach Einführung der hexavalenten DTPa-IPV-HBV/Hib Impfstoffe in der Europäischen Union (mit zahlenmässig häufigstem Gebrauch in Deutschland) Diskussionen um die Auslösung von plötzlichem Kindstod durch diese Impfstoffe entstanden. Bis März 2003 wurden 5 Todesfälle (4 aus Deutschland, 1 aus Oesterreich) gemeldet, die in engem zeitlichen Zusammenhang zur Gabe eines hexavalenten Impfstoffes auftraten. Bei damals nach Herstellerangaben 8,7 Millionen verteilten Impfdosen in Europa entsprach dies einer Häufigkeit von einer Meldung auf 1,7 Millionen Impfdosen, wie die Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen der DAKJ seinerzeit in einer Stellungnahme kommentierte ([www.dakj.de](http://www.dakj.de)). In Übereinstimmung mit zahlreichen Fachgremien empfahlen wir damals (zurecht, wie sich herausstellte), die hexavalenten Impfstoffe weiterhin zu gebrauchen, da kein Anhalt für einen kausalen Zusammenhang erkennbar war. Nun gibt es solide Argumente für Ihre Aufklärungsgespräche bei Impfungen mit kritischen Patienteneltern, welche sogar das Gegenteil nahelegen, nämlich die Annahme, dass Impfungen das Risiko für einen plötzlichen Kindstod reduzieren können. Mitarbeitende der Charité der Universität Berlin haben Daten der Centers for Disease Control aus den USA aus den Jahren 1968 bis 2009 analysiert und kamen zu dem Erkenntnis, dass zunehmende Durchimpfungsraten mit Diphtherie-Tetanus-Pertussis-Impfstoffen zu einem Rückgang an SIDS führten (Müller-Nordhorn et al, *BMC Pediatrics* 2015, <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/15/1>). Hoppla, mag man da spontan denken, das erinnert doch an die „Storchpopulation/Geburtenrate“ Assoziation, die ja bekanntlich in keinem ursächlichen Zusammenhang steht ([http://www.zeit.de/2006/25/Stimmt-s\\_P-25\\_xml](http://www.zeit.de/2006/25/Stimmt-s_P-25_xml)). Aber, nein, zum einen ist dies nicht die erste Studie welche einen protektiven Effekt für Impfungen fand, zum anderen wurde für einen wesentlichen Störfaktor – Schlafposition des Kindes – statistisch korrigiert. Wissend, dass Pertussis bei jungen Säuglingen plötzlichen Tod bewirken kann (Eur J Pediatr 1996;155:551-3), gibt es auch eine plausible Hypothese für diese Beobachtung: die Pertussiskomponente in den DPT- basierten Kombinationsimpfstoffen mag den plötzlichen Tod durch Pertussis verhindern, welcher bei Säuglingen durchaus als „SIDS“ fehlagnostiziert werden kann. Wie dem auch sei – den früher und heute gebräuchlichen Impfstoffen darf man das nach wie vor ungeklärte Phänomen des SIDS jedenfalls nicht in die Schuhe schieben. Warum



### Impfforum

drücke ich mich so vorsichtig aus, indem ich einschränkend sage „den früher und heute gebräuchlichen Impfstoffen“? Weil es keine absolute Sicherheit gibt und jederzeit ein neuer Impfstoff entwickelt werden könnte, bei dem es im schlimmsten Fall zu solch einer gravierenden Nebenwirkung kommen mag.

#### Mit rechtzeitiger MMR-Impfung geht man Fieberkrämpfen aus dem Weg

Lebendimpfstoffe wie MMR können Fieber induzieren, typischerweise zwischen Tag 5 und 12 nach der ersten Dosis, Fieber kann bei prädestinierten Kindern Fieberkrämpfe auslösen, ergo können Lebendimpfstoffe wie z.B. MMR (und insbesondere auch MMRV, siehe Impfforum, *Kinder- und Jugendarzt* 2011;42:711) auch Fieberkrämpfe auslösen. Richtig, aber es handelt sich hierbei um einen Triggereffekt, denn das absolute Risiko für Fieberkrämpfe ist bei den geimpften Kindern im Vergleich zu ungeimpften Gleichaltrigen nicht erhöht. Nichtsdestoweniger – wer möchte schon kurz nach MMR/V Impfung bei seinen Patienten mit einem Fieberkrampf konfrontiert werden, wenn man diese Assoziation vermeiden kann? Eine Studie aus den USA zeigt, dass bei MMR (mit oder ohne Varizellenkomponente) Impfung das Fieberkrampfrisiko zwischen Tag 7 und 10, dem von den Autoren gewählten Risikozeitfenster, stark mit dem Alter des Kindes korreliert (Hambidge et al, *Pediatrics* 2014;133:e1492–e1499). Im Ansatz der „Selfcontrol Analyse“, bei der jedes Kind als seine eigene Kontrolle fungiert, indem man das Fieberkrampfrisiko im gewählten Zeitfenster (hier: Tag 7 bis 10) mit demjenigen in vorbestimmten Intervallen davor und danach vergleicht, ergab sich kein erhöhtes Risiko bei Impfung im ersten Lebensjahr. Im Gegensatz dazu betrug das relative Risiko für Fieberkrämpfe zwischen Tag 7 und 10 nach MMR-Impfung im Alter von 12 bis 15 Monaten 2.65 (95% Vertrauensbereich [VB] 1.99–3.55) und im Alter von 16 bis 23 Monaten sogar 6.53 (95% VB 3.15–13.53). Für MMRV-Impfung betrug das relative Risiko 4.95 (95% VB 3.68–6.66) bzw. 9.80 (95% VB 4.35 –22.06). Wenn man also der STIKO-Empfehlung folgt und die erste MMR/V Impfung schon im Alter von 11 Monaten verabreicht, so besteht das geringste Risiko einer Koinzidenz mit kurz danach auftretendem Fieberkrampf. Das ist ein unbestrittener Vorteil, vom früheren Impfschutz ganz zu schweigen.

*Prof. Dr. Ulrich Heininger, Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB), Basel (Schweiz)*

Red.: Huppertz





## Review aus englischsprachigen Zeitschriften

### Intra-zelluläre Bakterien als Ursache für rezidivierende Harnwegsinfekte im Kindesalter?

#### Intracellular Bacteria in the Pathogenesis of Escherichia coli Urinary Tract Infection in Children

Robino L et al., *Clin Infect Dis* 59 (11): e 158-64, first published online, August 2014

**H**arnwegsinfekte zählen nicht nur im Erwachsenenalter, sondern auch im Kindesalter zu den häufigsten bakteriellen Infektionen. Das Risiko für einen Harnwegsinfekt (HWI) bis zum Alter von 11 Jahren liegt für Mädchen zwischen 3 – 7 % und für Jungen zwischen 1 – 2 %.

Die Entwicklung eines HWI hängt von den mikrobiologischen Charakteristiken des Keimes und von Umgebungsfaktoren ab. *Escherichia coli* (*E. coli*) ist der mit 4 phylogenetischen Gruppen (A, B1, B2 und D) in den Harnwegen am häufigsten auftretende Erreger. Die Fähigkeit von *E. coli*, einen HWI auszulösen, wird von unterschiedlichen Virulenzfaktoren bestimmt. Die Anwesenheit von mindestens zwei Virulenzfaktor-Genen scheint für eine Uropathogenität (UPEC) erforderlich zu sein. Unterschiedliche Wege der Bakterien können zu HWIs führen, entweder der Weg über die Blutbahn oder der aufsteigende Weg über die Urethra. Die meisten Erreger gelangen vor allem über die weibliche Urethra in die Blase und heften sich dort mit ihren Fimbrien an das Urothel der Blasenwand, was zu einer entzündlichen Reaktion führt. Kürzlich durchgeführte tierexperimentelle und klinische Studien haben gezeigt, dass *E. coli* sich nicht nur an das Urothel anheftet, sondern auch in das Urothel eindringt und sich dort vermehrt. Dies führt zur Bildung intra-zellulärer bakterieller Gemeinschaften (IBC – intra cellular bacterial communities) im Epithel der Blasenwand. Die IBC bilden dabei Biofilm-ähnliche Gemeinschaften.

Jetzt haben Studienautoren versucht, intra-zelluläre Bakterien bei Kindern mit durch *E. coli* verursachten Harnwegsinfekten nachzuweisen und ihre Virulenz in Verbindung mit dem Behandlungsergebnis zu definieren. Dabei wurden 133 Kinder mit einem durch *E. coli* ausgelösten HWI zwischen Juni und November 2012

in die Studie aufgenommen. Die Urinproben wurden analysiert und mit optischer und konfokaler Mikroskopie auf abgeschilferete Urothelzellen mit eingeschlossenen Bakterien untersucht. Die phylogenetische Gruppe der *E. coli* und 24 einzelne Virulenzfaktoren zur Uropathogenität wurden mit einer Multiplex-PCR bestimmt.

Bei 49 von 133 (36 %) Urinproben konnten intrazelluläre Keime durch die Konfokal-Mikroskopie nachgewiesen werden, bei 30 Proben als intrazelluläre bakterielle Communities (IBC) und bei 19 Proben als isolierte einzelne intrazelluläre Bakterien (IB). Nur die Hälfte der Erreger konnte durch die Lichtmikroskopie identifiziert werden. Mit dem Nachweis von IBC und IB waren unterschiedliche Virulenz-Gene assoziiert. IBC/IB waren mit wiederholten Harnwegsinfekten (Odds Ratio 3,3, 95 % KI 1,3 – 9) bei Kindern ohne funktionelle oder morphologische Auffälligkeiten der ableitenden Harnwege verbunden.

Die Autoren vermuten, dass das Vorhandensein von IBC (Biofilmbildung) und IB eine Erklärung für die bei manchen Kindern wiederholt auftretenden Harnwegsinfekte sein könnte.

### Kommentar

Die Resistenzen gegen Antibiotika, nicht nur zur Behandlung von HWIs, nehmen weltweit zu. Immer weniger Antibiotika stehen daher für eine erfolgreiche Behandlung rezidivierender Harnwegsinfekte zur Verfügung und auch bei ihnen muss zunehmend mit einer Resistenzentwicklung gerechnet werden.

Der Nachweis intra-zellulärer bakteriologischer Gemeinschaften und einzelner Bakterien führt zu einem neuen, biologisch plausiblen Ansatz zur Erklärung wiederholter Harnwegsinfekte bei normalen anatomischen Verhältnissen. In einem vorangehenden Bericht beschreiben dieselben Autoren bereits die Erkrankung eines Kindes mit wiederholten HWIs, in dessen Urothel intra-zelluläre Bakterien mit Hilfe der Licht- und konfokalen Laser-Mikroskopie nachgewiesen werden konnten. Die Fähigkeit einiger Erreger vom Typ *E. coli*, intra-zelluläre Infektionen auszulösen, wurde im Mäuse-Modell mit den von den erkrankten Kindern isolierten Erreger-Typen bestätigt. Wahrscheinlich leiden viele Kinder mit rezidivierenden *E. coli*-Infektionen ohne Hinweis auf anatomische Ursachen unter Infektionen mit IBC/IB. Ein Nachweis in der Praxis ist bisher nicht möglich. Was können wir also anderes tun, als bei HWIs weiter Antibiotika oder Desinfektiva zu verordnen?

In der Erwachsenenliteratur lassen einige Studien einen Zusammenhang zwischen dem Vitamin D-Spiegel und der Induktion Vitamin D-abhängiger antimikrobieller Peptide vermuten. Eine limitierte Evidenz zeigt, dass 1,25 (OH)-Vitamin D<sub>3</sub> über die Hochregulation von Cathelicidin (LL37) und humanem  $\beta$ -Defensin einen antibakteriellen Effekt auf die Blasenschleimhaut ausübt. Diese Beobachtungen könnten vielleicht ein präventiver Ansatz zur Vermeidung rezidivierender HWIs sein, der in weiteren Studien bei Kindern und Erwachsenen, auch hinsichtlich ihrer Vitamin D-Rezeptor Polymorphismen, abgeklärt werden müssten. Vitamin D-Rezeptor-Polymorphismen scheinen die Empfänglichkeit für Harnwegsinfekte bei Kindern zu beeinflussen. Es mag ohnehin nützlich sein, wenn Kinder einen ausreichenden Vitamin D-Spiegel im Blut aufweisen.

**Literatur über den Autor:**  
juergen.hower@googlemail.com

(Jürgen Hower, Mülheim/Ruhr)

## Die Verbindung zwischen Karies und Knochendichte bei Jugendlichen

### Caries in Adolescents in Relation to their Skeletal Status

Kostik MM et al., *J PediatrEndocrinolMetab* 28 (3-4): 399-402, März/April 2015

**T**rotz vorhandener Hinweise auf einen Zusammenhang gibt es nur wenige Untersuchungen zur Verbindung zwischen Karies, Knochendichte und Knochenstoffwechsel.

Die Autoren haben in einer aktuellen Studie diesen möglichen Zusammenhang an 123 Karies-kranken Kindern (KK) im Alter zwischen 12 – 15 Jahren (63 Jungen und 60 Mädchen) untersucht und die Ergebnisse mit denen von 42 Karies-freien (KF) Kindern verglichen. Die KK-Kinder wurden entsprechend der Schwere ihrer Karies in zwei Gruppen eingeteilt, in die mit „decayed, missing and filled tooth“ (DMFT) und in die mit beginnender Karies (BK). Die Knochendichte (BMD – bone mineral density) wurde bei allen Kindern an der lumbalen Wirbelsäule mit DEXA (dual energy X-ray absorptiometry) gemessen. Der Knochenstoffwechsel wurde über die Bestimmung von Osteocalcin, Carboxy-terminal-telepeptide Typ I Kollagen (CTX, ein Marker für die Resorption und Abbau von Typ 1 Kollagen des Knochens), Parathormon, Calcium, Phosphat und alkalischer Phosphatase erfasst.

Die Ergebnisse zeigen, dass Kinder mit DMFT im Vergleich zu KF-Kindern und zu Kindern mit einer beginnenden Karies (BK) eine niedrigere Knochendichte aufweisen, die mit einem niedrigen Osteocalcin-Spiegel und hohen CTX-Spiegeln assoziiert ist. Die Karies-Stadien korrelierten negativ mit der BMD ( $r=-0,86$ ,  $p<0,001$ ). CTX und Osteocalcin waren in der DMFT-Gruppe negativ korreliert ( $r=-0,22$ ,  $p=0,043$ ), während sie in der BK- ( $r=0,42$ ,  $p=0,002$ ) und KF-Gruppe ( $r=0,58$ ,  $p=0,000$ ) positiv korreliert waren.

Kinder mit Karies wiesen eine verstärkte ossäre Resorption und eine verminderte Knochendichte auf. Die Untersucher betrachteten Karies als einen Marker für einen gestörten Knochenstoffwechsel.

## Kommentar

Die Zahnkaries zählt zu den häufigsten Erkrankungen des Menschen. Sie ist der Hauptgrund für einen frühzeitigen Zahnverlust. In der Vergangenheit wurden bereits viele Studien zum Zusammenhang zwischen UV-B-Exposition, Vitamin D und Karies durchgeführt. Die ersten tierexperimentellen Befunde hatten in den zwanziger Jahren des vorigen Jahrhunderts an Hunden gezeigt, dass Vitamin D die Calcifizierung der Zähne stimuliert. In weiteren Untersuchungen konnte auch ein positiver Einfluss auf die Kariesentstehung im Erwachsenen- und Kindesalter nachgewiesen werden. Ergänzende Studien zur Kariesentstehung wurden in New York in Abhängigkeit von der Jahreszeit bei Schulkindern durchgeführt. Es konnte damals schon nachgewiesen werden, dass 800 IU pro Tag ausreichen, um einer Karies wirksam vorzubeugen.

Die Autoren Kostik et al. bestätigen mit ihrer aktuellen Untersuchung die älteren Ergebnisse, dass die Knochenmineralisation einer der Schutzfaktoren für Karies ist. Mit einer aktuellen weiteren Auswertung der „GINIplus study group“ konnte ebenfalls gezeigt werden, dass höhere Serum-Vitamin D-Spiegel mit einer besseren Mineralisation der molaren Schneidezähne verbunden sind. Karies tritt bei Jugendlichen mit einer guten Knochenmineralisation etwa um die Hälfte weniger häufig auf, als bei denen mit einer niedrigen Mineralisation. Der pränatale Vitamin D-Spiegel der Mutter scheint ebenfalls das kindliche Karies-Risiko zu beeinflussen. Vielleicht können diese Ergebnisse neben anderen zu Überlegungen führen, den Vitamin D-Spiegel bei Kindern und Jugendlichen häufiger zu überprüfen und falls notwendig zu supplementieren. Das mag nicht nur für Kinder und Jugendliche, sondern auch für ältere Menschen gelten, wenn die Mineralisation des Knochens zurückgeht.

Wir sollten bei Kindern mit einer frühen Zahnkaries daran denken, dass bei ihnen ein Vitamin D-Mangel vorliegen könnte, die nicht nur die Mineralisation der Zähne, sondern auch die des Skelettsystems negativ beeinflusst.

### Literatur über den Autor:

[juergen.hower@googlemail.com](mailto:juergen.hower@googlemail.com)

(Jürgen Hower, Mülheim/Ruhr)

## 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.**





## Suchtforum

## Steckbrief zu:

## Shisha (Wasserpfeife)

**Chemische Bezeichnung:** Spezieller Wasserpfeifentabak aus der Grundsubstanz Melasse, einer Mischung aus Tabakblättern mit Zuckerrohr oder/und einer Vielzahl an Aromastoffen; Hauptwirkstoff ist das Nikotin. Davon abzugrenzen ist der Gebrauch der Wasserpfeife mit Cannabis als Rauschmittel; neben Teer werden krebserlösende Stoffe wie Arsen, Chrom und Nickel im Spezialtabak nachgewiesen; es gibt auch nikotinfreien Wasserpfeifentabak oder die sog. „Shiako – Steine“ (= mit Melasse und Aromastoffen getränkte Steine ohne Tabak), wodurch der Nikotineffekt wegfällt.

**Straßenname(n):** „Bong“, „Blubber“, „Hookah“.

**Dosierung(en):** Trotz des niedrigeren Nikotingehalts von speziellem Wasserpfeifentabak werden durch die Art des Inhalierens des durch Wasser gekühlten Rauches größere Nikotin- und Schadstoffmengen aufgenommen als bei Zigaretten.

**Einnahmeform:** Inhalieren des entzündeten Spezialtabaks über ein (auch von mehreren Konsumenten gemeinsam) benutztes Mundstück, der Rauch wird durch einen mit gekühltem Wasser gefüllten Behälter geführt, der gekühlte Rauch sammelt sich zunächst in diesem Behälter und wird dann stoßweise eingeatmet.

**Straßenpreis(e):** 50 Grammdose kostet ca. 6 Euro und reicht für 6 Sitzungen.

**Erwünschte Wirkung(en):** Entspannung, zentral stimulierend und anregend.

**Unerwünschte Wirkung(en):** Nikotinabhängigkeit; bei Verwendung in geschlossenen Räumen auch Risiko einer Kohlenmonoxidvergiftung mit CO HB bis 18% mit Kopfschmerzen und Synkope; bei gemeinsamer Benutzung von Mundstücken traten gehäuft Infektionskrankheiten wie Tbc und Pilzinfektionen auf; auch bei nikotinfreien Shiako – Steinen Risiko der Feinstaubinhalation.

**Nachweismethoden:** CO- Warngeräte (Feuerwehr).

**Therapieoptionen akut:** Frischluft und körperliche Schonung.

**Therapieoptionen chronisch:** Verstärkung der Prävention im Setting „Schule“, da in der Altersgruppe der 12-17-Jährigen jeder zehnte Jugendliche innerhalb des letzten Monats Wasserpfeife geraucht hat (Kuntz et al.: Wasserpfeifenkonsum bei Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 2015. 58: 467-473).

**Langzeitfolgen:** Lungenkrebs, Atemwegserkrankungen, erhöhtes Risiko für Myokardinfarkte, lokale Krebsformen an Lippen (speziell für Shisha), Mundhöhle und Harnblase; niedrigeres Geburtsgewicht wegen IUGR bei Shisha-Rauchen in der Schwangerschaft.

*Dr. Matthias Brockstedt*

*Ärztlicher Leiter KJGD –Mitte*

*Reinickendorfer Str. 60b*

*13347 Berlin*

*Tel.: 030/9018-46132*

*E-Mail: matthias.brockstedt@ba-mitte.berlin.de*

*Red.: Heinen*

## 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

# Welche Diagnose wird gestellt?

Peter H. Höger

## Anamnese

Ein 7-jähriger Junge wird zur Beurteilung einer Nagelveränderung vorgestellt. Seit 1-2 Jahren entwickle sich ein brauner Streifen unter dem Nagel des rechten Daumens. Die übrige Eigen- und Familienanamnese sind unauffällig.

## Untersuchungsbefund

Altersgerecht entwickelter, 7-jähriger Junge in gutem Allgemeinzustand. Hauttyp II nach Fitzpatrick. Im Bereich der Lateralseite des rechten Daumens zeigt sich ein über die gesamte Länge des Nagels geradlinig verlaufender, brauner Streifen von etwa 3 mm Breite, der aus mehreren konfluierenden Einzelstreifen besteht. Die übrigen Nägel, das übrige Integument sowie der pädiatrische Befund sind unauffällig.



Abbildung: Konfluierende, bräunliche Streifen im Bereich der Lateralseite des rechten Daumens.

## Welche Diagnose wird gestellt ?

### 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.



**Diagnose:****Melanonychia striata**

Naevi der Nagelmatrix sind bei Nordeuropäern relativ selten; sie werden häufiger in Asien und Afrika beobachtet. Die Naevi können angeboren und erworben sein. Typisch für beide Formen sind längliche bräunliche Streifen in der Nagelplatte, die als longitudinale Melanonychie oder Melanonychia striata bezeichnet werden. Sie beruhen auf der Ablagerung von Pigment in der Nagelplatte infolge vermehrter Pigmentproduktion in der Nagelmatrix.

Die Melanonychia striata tritt am häufigsten im Bereich der Fingernägel, und unter diesen am häufigsten am Daumen auf. Die Streifen bedecken meist 30-50% der Nagelfläche. Differenzialdiagnostisch müssen in erster Linie die harmlosen Pigmentnaevi von einem Melanom der Nagelmatrix abgegrenzt werden (1,2), denn bei Erwachsenen sind bis zu 6% der Läsionen, die sich als Melanonychia striata zeigen, mit einem Melanom assoziiert (2). Bei Kindern ist diese Rate allerdings deutlich geringer (3).

Neben der klinischen Beurteilung, die durch eine auflichtmikroskopische Untersuchung ergänzt werden sollte, besteht die Möglichkeit der histologischen Klärung mittels Hautbiopsie im Bereich des Nagelbettes. Entgegen früheren Empfehlungen ist diese nur in folgenden Fällen indiziert (4,5):

1. Breite des Pigmentbandes > 3mm
2. Farbliche Inhomogenität, d.h. Vielfarbigkeit des Pigmentnaevus in der Auflichtmikroskopie

3. Positives Hutchinson-Zeichen, d.h. eine Pigmentierung des proximalen oder lateralen Nagelbettes

Weitere Verdachtsmomente sind eine begleitende Nageldystrophie, unscharfe Begrenzung des Pigmentnaevus, irreguläre Linien oder rasches Wachstum (6).

Nur wenn sich bei der Nagelbettbiopsie histologische Verdachtsmomente ergeben, d.h. ein Melanom histologisch nicht ausgeschlossen werden kann, ist die Exzision des gesamten Naevus erforderlich. In jedem Fall empfehlen sich eine Fotodokumentation des klinischen Befundes und Verlaufskontrollen.

**Literaturangaben**

- 1 Tosti A, Baran R, Piraccini BM et al. Nail matrix nevi: A clinical and pathological study of 22 patients. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34: 765-771
- 2 Theunis A, Richert B, Sass U et al. Immunohistochemical study of 40 cases of longitudinal melanonychia. *Am J Dermatopathol* 2011; 33: 27-34
- 3 Goettmann-Bonvallot S, André J, Belach S. Longitudinal melanonychia in children: a clinical and histopathologic study of 40 cases. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41: 17-22
- 4 Cooper C, Arva NC, Lee C et al. A clinical, histopathologic, and outcome study of melanonychia striata in childhood. *J Am Acad Dermatol* 2015; 72: 773-779
- 5 DiChiacchio ND, Farias DC, Piraccini et al. Consensus on melanonychia nail plate dermoscopy. *An Bras Dermatol* 2013; 88: 309-313
- 6 Antonovich D, Grin C, Grant-Kels J. Childhood subungual melanoma in situ in diffuse nail melanosis beginning as expanding longitudinal melanonychia. *Pediatr Dermatol* 2005; 22: 210-212

**Prof. Dr. Peter H. Höger**

**Abt. Pädiatrie und**

**Pädiatrische Dermatologie/Allergologie**

**Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift**

**Lilientronstr. 130**

**22149 Hamburg**

# Wahl des Tollwut-Impfstoffes bei Hühnerweißallergie

## CONSILIUM

Priv.-Doz. Dr. med.  
Christoph Grüber

### Frage:

Bei einem Patienten ist die Indikation für eine Tollwut-Impfung gegeben. Zur Verfügung steht lediglich der Impfstoff Rabipur, welcher aus Zellkulturen gewonnen wird. Der Patient leidet an einer Hühnerweißallergie.

1. Ist eine Impfung möglich? Welche Inhaltsstoffe enthalten die aktuellen Tollwutimpfstoffe?
2. Unter welchen Vorkehrungen sollte die Impfung durchgeführt werden?

### Antwort:

Infektion mit Tollwut erregendem Lyssa-Virus führt ohne präexpositionelle Impfung bzw. ohne postexpositionelle Impfung nahezu obligat zu tödlich verlaufender Enzephalitis. Eine verlässliche Therapie ist bislang nicht verfügbar. In Deutschland ereignete sich zuletzt 2006 durch Biss eines Tollwut-erkrankten Fuchses ein terrestrischer Tollwutfall, der letzte Tollwutfall aus Deutschland wurde 2007 nach im Ausland erworbenem Biss durch einen erkrankten Hund berichtet (1). In Deutschland lebende Patienten sind derzeit lediglich durch Fledermäuse (2003 bei 3 Fledermäusen nachgewiesen (2)) und terrestrisch im Ausland von Tollwut-Exposition bedroht. Die Indikation für eine präexpositionelle Prophylaxe ist gegeben, wenn eine besondere Exposition (Personen wie z. B. Förster mit Umgang mit Tieren in Gebieten mit neu aufgetretener Wildtiertollwut, Personen mit engem Kontakt zu Fledermäusen, exponiertes Personal in Tollwutlaboratorien, vor Exposition in ausländischer Risikoregion) vorliegt.

Für die Tollwut-Impfung stehen in Deutschland zwei Impfstoffe zur Verfügung:

1. Rabipur, ein in Hühnerembryo-Fibroblasten gezüchteter inaktivierter Impfstoff, der neben residuellem Hühnerweiß aus dem Produktionsprozess auch Gelatine (Polygelin) als Stabilisator und potentielles Allergen enthält.
2. Tollwut-Impfstoff (HDC) inaktiviert\*, ein auf humanen Fibroblasten gezüchteter Impfstoff, der Spuren des Antibiotikums Neomycin, Humanalbumin und Phenolrot als potentielle Allergene enthält.

Die Mengen von Hühnerweiß in Tollwutimpfstoffen werden als sehr gering eingeschätzt, etwa vergleichbar mit MMR-Impfstoffen (Ovalbumin  $\leq 1$  ng/Impfdosis) (3). Anaphylaxie-Fälle sind gelegentlich im Zusammenhang mit Tollwut-Impfung berichtet worden (4). Bei anaphylaktischen Reaktionen auf Tollwut-Impfung scheint Allergie gegen residuelles Hühnerweiß im Impfstoff eine marginale Rolle zu spielen (5).

Bei klinisch manifester Hühnerweißallergie mit schweren respiratorischen oder Kreislauf-Reaktionen sollte auf den alternativen auf HDC-Kultur gezüchteten Impfstoff ausgewichen werden, sofern keine Kontraindikation bezüglich der übrigen potentiellen Allergene besteht. Letzteres wird zumeist nicht der Fall sein. Ist der HDC-Impfstoff bei postexpositioneller Prophylaxe nicht zeitgerecht verfügbar, sollte in Abwägung von Tollwut-Risiko durch verzögerte Prophylaxe und Anaphylaxie-Risiko mit Rabipur® unter klinischer Überwachung (mind. 30 Minuten) und der Möglichkeit, im Anaphylaxie-Fall prompt und effektiv behandeln zu können, geimpft werden.

### Literatur

1. Schmiedel S. Klinische Fallbeschreibung einer im Ausland erworbenen Tollwuterkrankung. *Epidemiol Bull* 2007; 24: 201-202.
2. WHO Collaborating Centre for Rabies Surveillance and Research Greifswald: Rabies – Bulletin – Europe 2013; 37 (2). Rabies Information System of the WHO Collaboration Centre for Rabies Surveillance and Research. (<http://www.who-rabies-bulletin.org/Journal>)
3. Weißer K, Barth I, Keller-Stanislawski B. Sicherheit von Impfstoffen. *Bundesgesundheitsbl* 2009; 52: 1053-64.
4. Dobardzic A, Izurieta H, Woo EJ, Iskander J, Shadomy S, Rupprecht C, Ball R, Braun MM. Safety review of the purified chick embryo cell rabies vaccine: Data from the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS), 1997-2005. *Vaccine* 2007; 25: 4244-51.
5. Plotkin SA, Koprowski H, Rupprecht CE. Rabies vaccine. In: Plotkin SA, Orenstein W, Offit P (Hrsg.). *Vaccines*. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier 2008: 687-714.

Priv.-Doz. Dr. med. Christoph Grüber  
Kinderzentrum Klinikum Frankfurt (Oder)  
Müllroser Chaussee 7  
15236 Frankfurt (Oder)

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.

# Kinderbeauftragte – noch kein konkreter Fahrplan für die Entscheidungsfindung

Am 15. Juni wurde im Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages über die Petition über die Einrichtung eines Kinderbeauftragten beraten. Diese Petition ist von der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin im Konsens mit allen pädiatrischen Verbänden eingebracht worden.

In den Praxen wurden Unterschriften gesammelt, die mit 107.033 das notwendige Quorum weit überschritten haben. Bei den Regierungsfractionen wurde das große öffentliche Interesse zwar durchaus registriert, eine Entscheidung für die Einsetzung eines Kinderbeauftragten konnte aber nicht getroffen werden.

**D**er oder die Kinderbeauftragte soll nach der Idee der Petition unabhängig und nicht weisungsgebunden sein. Er solle Gesetze und Entscheidungen der Exekutive darauf hin überprüfen, ob sie den Rechten unserer Kinder und Jugendlichen entsprechen und zugleich Ansprechpartner für die Kinder und Jugendlichen, deren Eltern und für Kinderrechtsvertreter sein. Schließlich solle der Kinderbeauftragte selbstständig tätig werden, wenn Kinderrechte verletzt sein könnten. Durch einen jährlichen Bericht des Kinderbeauftragten im Bundestag würden die Kinderrechte stärker in den Fokus von Politik und Öffentlichkeit gerückt.

Die Vertreter der Linksfraktion und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen befürworteten die Einsetzung eines Kinderbeauftragten ebenso wie die Aufnahme von Kinderrechten in die Verfassung. Kerstin Kassner, Obfrau der Fraktion Die Linke im Petitionsausschuss setzt sich für eine schnelle Umsetzung der Forderung ein: „Kinder und Jugendliche brauchen eine starke Lobby und eine vernehmbare Stimme in unserer Gesellschaft“. Sie verwies auch auf die neuerliche Kritik des UN-Ausschuss für die Rechte des Kindes der Defizite im Bereich Kinderschutz und Partizipation angeprangert hat. Die Einrichtung des Kinderbeauftragten müsse jedoch an ganz bestimmte Bedingungen geknüpft werden, „damit es kein Papiertiger wird“, forderte Cornelia Möhring (Die Linke). Dazu benötige es eine Stärkung der Kinderrechte durch die Aufnahme der Kinderrechte in die Verfassung, die gesetzlichen Verankerung der Funktion des Kinderbeauftragten und eine entsprechende Ausfinanzierung des Amtes. Katja Dörner (Bündnis 90/Die Grünen) erinnerte daran, dass Deutschland die UN-Kinderrechtskonvention von 1992 noch nicht vollständig umgesetzt habe. Das Amt des Kinderbeauftragten müsse eine unabhängige Beschwerde- und Ansprechstelle sein.

## Grundsätzliche Unterstützung aber kein konkreter Plan

Die SPD-Fraktion findet „die Idee eines Kinder- und Jugendbeauftragten beim Deutschen Bundestag gut. Wir werden prüfen, ob und wie ein solcher Beauftragter eingerichtet werden kann.“ Stefan Schwartz, Sprecher der Arbeitsgruppe Petitionen, denkt besonders an jene Kinder und Jugendlichen in Deutschland, die schwer an ihre Rechte herankommen. „Das können zum Beispiel Kinder von Flüchtlingen, intersexuelle Kinder oder Kinder mit Behinderungen sein.“

Christina Schwarzer (CDU/CSU) war von der breiten Unterstützung für die Petition beeindruckt. Sie zeige, dass die Anliegen der Kinder derzeit noch nicht gut genug im Parlament vertreten werden. Sie hält die Grundaussage der Petition für richtig. „Kinder brauchen eine größere, eine bessere Stimme, weil sie oftmals gar keine haben“. Bei den Regierungsfractionen wurde die Idee der Petition also grundsätzlich unterstützt, die Überlegungen innerhalb der Fraktion seien noch nicht abgeschlossen.

Für über 100.000 Unterstützerinnen und Unterstützer der Petition war der 15. Juni kein Freudentag. Sie müssen enttäuscht sein, dass die Fachpolitiker der Regierungsparteien sich noch keine Meinung gebildet haben. Eine grundsätzliche Unterstützung ist von einem klaren Ja noch weit entfernt. Das Versprechen, über einen Vorschlag nachzudenken, ist nach der Ablehnung die zweitschlechteste Antwort. Die Sicherung der Grundfesten des Kinderschutzes wird wieder einmal auf die lange Bank geschoben.

*Dr. Christoph Kupferschmid*  
E-Mail: [Ch.Kupferschmid@t-online.de](mailto:Ch.Kupferschmid@t-online.de)

Bericht vom Obleutetreffen 2015

# Vom VstG und Bedarfsplanung über Frühe Hilfen und Selektivverträge bis zum Notdienst

120 Obleute des BVKJ aus dem gesamten Bundesgebiet waren am 9. 5. nach Berlin gekommen, um sich dort auszutauschen und die Weichen für die Zukunft der pädiatrischen Versorgung zu stellen. Das umfangreiche Tagungsprogramm bestand aus Vorträgen, Gruppenarbeit und Plenumsdiskussionen. Die Vorträge des Präsidenten, Dr. Wolfram Hartmann, und von Dr. Thomas Fischbach, dem designierten Präsidenten, brachten die Obleute auf den neuesten Stand in Bezug auf die Lage des Verbandes und die aktuellen Projekte und Entwicklungen in Politik und KBV. Aus aktuellem Anlass informierte die BVKJ-Service GmbH über den Dienstleisterwechsel zur Abrechnung der bundesweiten Selektivverträge und dessen erweitertes Leistungsspektrum.



Dr. Dehtleff  
Banthien

## Kooperation frühe Hilfen

Dr. Heidrun Thaiss, neue Leiterin der BzGA und Mitglied des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen (NZFH), opferte den ersten Tag ihres Frühlingurlaubes, um auf der Obleutetagung für die Kooperation zwischen den Institutionen der Frühen Hilfen und den Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten zu werben. Nach dem Aufbau der Wissensplattform Frühe Hilfen laufe seit 2011 die zweite Förderphase durch das Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend. Im Focus stehen jetzt Qualifizierung und Kooperation. Im Rahmen des Bundes-Kinderschutzgesetzes übernehme das NZFH konkrete Aufgaben. Forschung soll initiiert und Wissen für die Praxis nutzbar gemacht werden, gute Praxis soll unterstützt und weiterentwickelt werden, interdisziplinäres Lernen soll ermöglicht und Kompetenz gestärkt werden, dabei sollen Kompetenzen verschiedener Bereiche genutzt werden, es soll Öffentlichkeit hergestellt und für frühe Hilfen geworben werden, die Bundesinitiative Frühe Hilfen soll koordiniert, wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden. Im Rahmen dieser Aufgaben wurde beispielsweise ein Werkbuch Vernetzung entwickelt, das Unterstützung beim Aufbau einer regionalen Vernetzung bietet. Befragungen von Jugendämtern ergaben Hinweise auf Verbesserungspotential bei der Netzwerkarbeit. Eine Kosten-Nutzen-Analyse zeigte, dass Frühe Hilfen eine effektive Investition sind, die 60-mal höhere Kosten für spätere Betreuung verhindert. Im Bereich Interdisziplinäres Lernen nutzt das NZFH ärztliche Qualitätszirkel als Orte fachübergreifender Fallbesprechungen unter Leitung eines Moderatoren-Tandems aus beiden Bereichen. Hiermit sollen die Kommunikation und Kooperation auf Augenhöhe gefördert werden. Ein Modellprojekt wurde in Baden-Württemberg initiiert. Im Auftrag der

Bundesregierung soll das NZFH auch die Weiterentwicklung einer Fehlerkultur im deutschen Kinderschutz unterstützen.

## Inhalte und Refinanzierung Jugendmedizin

Der aktuelle und auch zukünftige Vizepräsident Prof. Ronald Schmid referierte über Jugendmedizin. Das Jugendalter sei medizinisch und präventiv unterversorgt, obwohl nach der Kiggs-Studie ein erheblicher Bedarf bestehe. Damit sei die Jugendmedizin für die allgemeine ambulante Pädiatrie ein Handlungsfeld, in dem gleichermaßen Kompetenzen präsentiert und ökonomische Ressourcen für die Zukunft gehoben werden können. Für den Bereich der seelischen Gesundheit plädierte Prof. Schmid für ein zwischen ambulanter Pädiatrie und spezialisierten Einrichtungen abgestuftes Konzept, basierend auf dem IVAN – Papier. Dabei stehen für den ambulanten Versorgungsbereich im EBM die neuen Ziffern 04355 und 04356 (qualifikationsabhängig) zur Verfügung. Für beide Ziffern wurde neues Geld in die MGV eingestellt. Daneben stehen die bereits bekannten Ziffern, der Entwicklungsstatus 04352, die standardisierten Tests 35300, die psychometrischen Tests 35301, die projektiven Tests 35302, die Psychosomatik-Ziffern 35100 und 35110 sowie die Gesprächsziffer 04230 für die Abrechnung und Leistungsdarstellung der Versorgung zur Verfügung. Prof. Schmid sprach sich für ein aktives Bemühen um Qualifikation und Beschäftigung mit diesen Themen in der allgemeinpädiatrischen Praxis aus.

## Bedarfsplanung – Gruppenarbeit

Die Bedarfsplanung war der Schwerpunkt der Gruppenarbeit bei der Obleutetagung 2015. Unter der Lei-



zung der Dres. Thomas Jansen, Tilman Kaethner und Stefan Trapp analysierten drei Gruppen Grundlagen, Auswirkungen und Perspektiven der aktuellen Bedarfsplanung. Eltern klagen über Terminmangel und Aufnahmestopps, PädiaterInnen klagen über Überlastung und unbezahlte Arbeit. Die Politik hingegen redet von Überversorgung. Der G-BA sieht eine durchschnittliche Patientenzahl von 2405 pro Kinder- und JugendärztIn in der Stadt, 3859 auf dem Land und 4372 in der Nähe größerer Städte vor. Es besteht eine deutliche Diskrepanz zu den für Allgemeinärzte vorgesehenen 1671 Patienten. Die Bedarfsplanung ist keine auf Fakten und Daten basierende Planung. Sie geht von einem historischen Status quo der Arztlizenzen aus. Zahlen zu medizinisch begründetem Leistungsbedarf und tatsächlichem Leistungsgeschehen gibt es nicht. Die Analyse der Versorgung ist durch die hohe Pauschalierung der Vergütung schwierig. Mindestens für die Pädiatrie gilt: Wesentliche Leistungen sind wegen fehlender Abbildung im EBM nicht sichtbar. Strukturelle Unterschiede wie starke Abweichungen von der durchschnittlichen Fachgruppenfallzahl oder die unterschiedlichen Leistungsspektren der Praxen werden nicht berücksichtigt. Daneben beeinflusst die freie Arztwahl die unterschiedliche Auslastung der Praxen. Der Versorgungsaufwand pro Patient hat sich seit Einführung der Bedarfsplanung dramatisch gewandelt. Das Vorsorgeprogramm und die einzelne Vorsorgeuntersuchung sind wesentlich umfangreicher geworden. Sozialpädiatrie braucht Zeit und Personal. Sehr junge Kinder besuchen heute schon Gemeinschaftseinrichtungen. Dadurch haben die Infektlast sowie die Vorstellungshäufigkeit in den ersten Lebensjahren erheblich zugenommen. Chronische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter erfordern einen höheren Betreuungsaufwand. Die Verlagerung stationärer Behandlungen in den ambulanten Bereich belastet. Eine hohe Zahl von PädiaterInnen bietet die Betreuung in einem Schwerpunkt an.

### **BVKJ soll Gegenentwurf zur Bedarfsplanung erarbeiten**

Eine bedarfsgerechte Ausweitung pädiatrischer Tätigkeit im ambulanten Sektor ist nicht möglich. Die Einbindung zusätzlicher Pädiater, seien es Praxisinhaber, Praxispartner oder Angestellte, würde wegen der Budgetierung zu einem inakzeptablen Absinken des Honorars pro Arzt und damit zu einer erheblichen Benachteiligung der niedergelassenen Pädiater gegenüber anderen niedergelassenen Fachgruppen und den im Krankenhaus tätigen führen. Die Übernahme von Arbeitgeberpflichten und -risiken ist so nicht möglich. Zusätzlich lastet die Sicherstellung ausschließlich auf dem Sitzinhaber. Dazu ist es fraglich, ob neue Arztsitze und Stellen überhaupt besetzt werden könnten. In allen Umfragen bei den jungen Kolleginnen und Kollegen wird zwar Interesse an der Tätigkeit im ambulanten Sektor bekundet. Ganz überwiegend werden aber dabei das Angestelltenverhältnis und die Möglichkeit zur Teilzeitarbeit bevorzugt. Die Obleute fordern den BVKJ auf, an einer realistischen, bedarfsorientierten Bedarfsplanung als Gegenentwurf

zu arbeiten. Dabei müssen die Rolle der Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte als Hausärzte der Patienten bis 18 Jahre, der differenzierte Versorgungsbedarf einerseits, die zur Befriedigung dieses Bedarfs zur Verfügung stehenden Ressourcen andererseits analysiert werden. Darauf aufbauend müsste ein detailliertes Exposé zu zukünftigen Perspektiven der Versorgung erarbeitet werden. Das vom BVKJ entwickelte Konzept zur zukünftigen allgemeinpädiatrischen Versorgung sollte detaillierter ausgeführt und mit medizinischen und ökonomischen Fakten hinterlegt werden. Die Förderung der ambulanten Weiterbildung muss für die Pädiatrie genau wie für die Allgemeinmedizin umgesetzt werden. Konkrete Vorschläge zur raschen Verbesserung der Situation waren die gezielte Förderung der ambulanten allgemeinpädiatrischen Ausbildung auf dem Land und die Möglichkeit zur Einrichtung von Praxen, die unter einer BSN an wechselnden Orten praktizieren können. Die Nutzung von kommunalen Unterstützungen sollte einbezogen werden. Die Entlastung von Sicherstellungspflichten auf dem Land ist ebenfalls wichtig.

### **Modulare Weiterentwicklung von Selektivverträgen**

Eine weitere Gruppe beschäftigte sich unter der Leitung von Dr. Ulrike Gitmans und Dr. Klaus Rodens mit den Voraussetzungen für weitere Module in zukünftigen Selektivverträgen. In der Mitgliederumfrage waren bevorzugte Module für Selektivverträge benannt worden. Diese Module sollten vor allem als eigenständige Leistung nicht nur kostendeckend sondern gewinnbringend erbracht werden können. Es sollte keine weitere Quersubventionierung durch EBM-Honorare erforderlich sein. Das Modul sollte für eine in der jeweiligen Praxis relevante Patientengruppe in Frage kommen. Der Verwaltungsaufwand und die Bürokratie sollten kleinstmöglichen Aufwand erfordern. Die Gruppenmitglieder fanden auch die Chance einer späteren Übernahme in die Regelversorgung im Gegensatz zu dem Bestreben der Krankenkassen, Leistungen als werbeträchtiges Alleinstellungsmerkmal zu gewähren, wichtig. Die Erschließung weiterer Partner neben den Krankenkassen war ein weiterer Wunsch.

### **Wünsche an eine optimale Kooperation mit einem Selektivvertragsdienstleister**

Unter der Leitung von Dr. Martin Lang versuchte die fünfte Gruppe der Obleute, Anforderungen für eine optimale Kooperation mit einem Abwicklungs- und Abrechnungsdienstleister für Selektivverträge zu definieren. Die Abwicklung sollte schnell, einfach und sicher sein. Eine einheitliche Benutzeroberfläche für die verschiedenen AIS- und Vertrags-Konstellationen ist wichtig. Eine Einbindung in die existierenden AIS-Systeme wurde gewünscht. Möglichst alle, auch die regionalen Selektivverträge sollten unter dieser einheitlichen Benutzeroberfläche abwickelbar sein. Die Möglichkeit einer Honorarabschlagszahlung vor der endgültigen

Abrechnung des Dienstleisters mit den Krankenkassen ist interessant. Ein Abruf von Statistiken und einem Benchmarking, möglichst online, sollte möglich sein.

## Notdienst in Not

Der aktuellen Diskussion um pädiatrische Bereitschaftsdienste wurde zum Ende der Obleutetagung ausführlich Raum gegeben. Dr. Roland Ulmer, Honorar Ausschussvorsitzender und designierter Vizepräsident des BVKJ, schilderte die Grundlagen und die Hintergründe der aktuellen EBM-Entwicklung. Pädiatrischen Notdiensten wird durch aktuelle EBM-Änderungen der finanzielle Boden entzogen. KVen sind verpflichtet, die Versorgung aller GKV-Versicherten auch zur Unzeit sicher zu stellen. Pädiatrische Notdienste sind dabei nicht selbstverständlich. Aus der Aufwertung von Notdienstleistungen hatten sich hohe Abflüsse aus der MGV für den Notdienst ergeben. Auf dem Lande nahm bei allen beteiligten Fachgruppen der Unmut über lange Dienstzeiten, häufige Dienstbelastungen und niedrige Umsätze im Vergleich zu dichter besiedelten Regionen zu. Diese Faktoren gelten auch als Niederlassungshindernis. Deshalb gingen KVen dazu über, zentrale Notdienste zu organisieren. Als Reaktion auf ein Gerichtsurteil, das auch den Krankenhäusern die hausärztliche Besuchsbereitschaft in der Unzeitversorgung zusprach, strich die KBV rückwirkend diese Ziffer aus dem EBM und schlug das frei werdende Geld den Hausbesuchen zu. Damit senkte sich der Fallwert in pädiatrischen Notdiensten um 24 bis 51 Prozent, da in diesen keine Hausbesuche fallen. Mit Verweis auf die von regionalen KVen nicht veränderbare EBM-Änderung und die daraus entstandene, überfällige Verbesserung der Hausbesuchvergütung wurden Forderungen nach Ausgleich in regionalen Notdienstordnungen zurückgewiesen. Aus Sicht des BVKJ haben alle

Kinder und Jugendlichen ein Recht auf bestmögliche medizinische Versorgung. Damit ist auch ein separater pädiatrischer Notdienst gerechtfertigt und wünschenswert. Ein flächendeckendes Angebot ist schwierig, da die Gruppe der Kinder- und Jugendärzte klein ist und gleichzeitig der pädiatrische Notdienst sehr hoch frequentiert wird. Der Vorstand des BVKJ hatte sich für eine angemessene Vergütung von Bereitschaftsdienstärztlicher Tätigkeit ausgesprochen, vor Streiks und der Abschaffung pädiatrischer Bereitschaftsdienste aber gewarnt. Für die überwiegende Mehrheit der Pädiater, auch für die nachfolgende Generation, ist die Erfüllung des Sicherstellungsauftrages nur im Rahmen einer Beteiligung an einem fachspezifischen Bereitschaftsdienst vorstellbar. Die Existenz pädiatrischer Bereitschaftsdienste ist aber vom Wohlwollen der KVen abhängig. Die Obleute des BVKJ erkannten die Verpflichtung zur Teilnahme an der Sicherstellung in Form eines pädiatrischen Bereitschaftsdienstes an, forderten den BVKJ aber auf, sich stärker als bisher für eine bessere Bezahlung einzusetzen. Sie wünschten sich eine stärkere Unterstützung von Bundesseite für die Durchsetzung besserer Honorare auf Landesebene. Sie forderten die Kassen als Nutznießer der fachgerechten Versorgung während der Bereitschaftsdienste (weniger Einweisungen, kostengünstigere Therapie) auf, dem Beispiel von Kassen in Bremen und Baden-Württemberg zu folgen, die zusätzliches Geld für eine angemessene Honorierung bereitstellen.

*Dr. Dehtleff Banthien*

*Vorsitzender des Länderrates des BVKJ*

*23843 Bad Oldesloe*

*E-Mail: [dbanthien@uminfo.de](mailto:dbanthien@uminfo.de)*

*Dr. Karin Geitmann*

*Dr. Nikolaus Weissenrieder*

*Red.: ReH*



## WAHLAUFRUF FÜR DEN LANDESVERBAND NORDRHEIN

Termingerecht findet vom **07.09.2015** bis **28.09.2015** die Wahl der/des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter/innen, der Delegierten, der Ersatzdelegierten, der Beisitzer/innen sowie der/des Schatzmeisterin/s statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum **28.09.2015** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

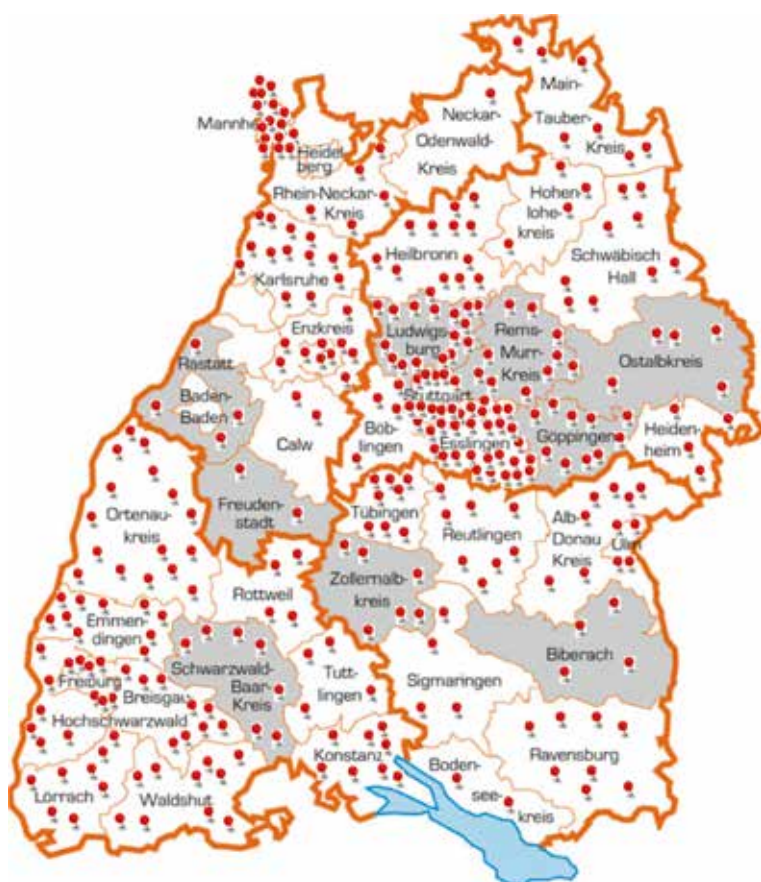
Ich bitte alle Mitglieder im **Landesverband Nordrhein**, sich an der Wahl zu beteiligen und von ihrem Stimmrecht Gebrauch zu machen.

Dr. med. Thomas Fischbach, Solingen  
Landesverbandsvorsitzender

Resümee nach einem Jahr Vertrag

# Kinder- und jugendärztliche HzV nach §73b SGB V mit der AOK in Baden-Württemberg

Nach „anfänglichen Schwierigkeiten“, einen für Pädiaterinnen und Pädiater passenden Selektivvertrag mit der AOK Baden-Württemberg zu verhandeln, ist dieser mittlerweile aus unserer Sicht sehr erfolgreich abgeschlossen worden.



Zur Zeit teilnehmende Kinder- und Jugendarztpraxen in Baden-Württemberg

**Z**ur Vorgeschichte: 2008 wurde ein Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung zwischen dem Hausärzterverband und der AOK Baden-Württemberg geschlossen. Dieser war für uns Pädiaterinnen und Pädiater im Land aber überwiegend aus inhaltlichen Gründen völlig uninteressant. Die Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen waren beispielsweise pauschaliert und die pädiatrische Expertise wurde in keiner Weise abgebildet. Das Verhältnis zwischen Pädiater und AOK war sehr unterkühlt - um nicht zu sagen eisig. Der fabelhafte Zusammenhalt aller Kinder- und Jugendärzte in Baden-Württemberg unter Führung des damaligen Landesverbandsvorsitzenden Dr. Klaus Rodens führte dazu, dass bis auf wenige Ausnahmen die Pädiaterinnen und Pädiater nicht an dem HzV teilnahmen.

Ende 2012 kam die AOK Baden-Württemberg mit ihrem Vorstandsvorsitzenden Herrn Dr. Hermann unter Vermittlung von Herrn Dr. Baumgärtner von MEDI auf uns zu und wir begannen mit Vertragsverhandlungen – AOK, MEDI und die BVKJ Service GmbH. Um einem neuen Gesetzespassus zur Refinanzierung solcher hausarztzentrierten Verträge auszuweichen, war es notwendig und logisch, unter dem Dach des 2008 geschlossenen Vertrags eine zweite Versorgungssäule zuzufügen – die pädiatriezentrierte Versorgung.

Diese pädiatrische Säule des HzV nach §73b SGB V mit der AOK ist nicht nur finanziell für uns interessant, sondern bildet auch inhaltlich unsere Arbeit exzellent ab. Von Bedeutung ist auch, dass die Vergütung nicht mehr ausschließlich an eine Intervention geknüpft ist.

Erweiterte, auch zusätzliche Vorsorgen im Sinne der Paed.Check-Konzeption, Sonografieleistungen, Ambylopiesscreening, Standby-Labor (BB und CRP), Sozialpädiatrische Beratung, um nur einige zu nennen, konnten abgebildet und als Zuschlagsleistungen eingebunden werden. In einem zweiten Schritt folgten dann auch Leistungen der Schwerpunktpädiatrie und der Zusatzweiterbildungen.

Unsere Einkommenssituation ist wieder planbarer. Budgetierung, Fallzahlbegrenzung oder Abstufung gibt es in diesem Vollversorgungsvertrag nicht. Der Fallwert liegt stabil >50% über dem des Kollektivvertrags mit der KV. Die Vorstände unserer KV in Baden-Württemberg und die große Mehrzahl der Mitglieder der Vertreterversammlung stehen hinter den Selektivverträgen - sie stehen für ein geordnetes Nebeneinander von kollektiv- und selektiv vertragsärztlicher Versorgung. Die Zusammenarbeit mit der AOK Baden-Württemberg hat sich während der Vertragsentwicklung deutlich verbessert und ist in einer respektvollen Kooperation konstruktiv und vorwärtsgerichtet.

Nach anfänglichen kleineren Holprigkeiten konnten bei der Umsetzung der Softwarelösungen der Praxisprogramme deutliche Verbesserungen implementiert und Fehler nach und nach behoben werden.

Die praktische Arbeit mit unserem Vertrag läuft nun seit gut einem Jahr. Mittlerweile sind über 300 Praxen mit ca. 350 Kolleginnen und Kollegen (das entspricht ungefähr der Hälfte der Praxispädiater/-innen in Baden-Württemberg) sowie deutlich über 70.000 Kinder und

Jugendliche in unser Modul der Kinder- und Jugendarzt zentrierten Versorgung eingeschrieben.

Nach wie vor bestehende Vorbehalte eines Teils der Kollegenschaft an der Vertragsteilnahme sollen nicht verschwiegen werden. Misstrauen gegenüber den Vertragsparteien sind hier ebenso Motive wie auch ein Misstrauen gegenüber der online-Abrechnung. Das Dach der Sicherstellung seitens der KV zu verlassen und diese der AOK zu übertragen, ist für manchen der KollegInnen eine ebenfalls größere Schwelle. Wir wissen aber auch, dass viele noch abwarten und die Entwicklungen mit Interesse beobachten.

Einen zentralen Anteil am Zustandekommen des -aus meiner Sicht- beispielhaften pädiatrischen Vollvertrags

hatten insbesondere Dr. Klaus Rodens, mein Freund und Vorgänger im Amt des Landesvorsitzenden des BVKJ Baden-Württemberg, und Klaus Lüft, Geschäftsführer der BVKJ-Service-GmbH, die zusammen mit einer geschlossen arbeitenden Vertragsarbeitsgruppe von baden-württembergischen Kinder- und Jugendärzten die Architektur dieses Vertrags mitgestaltet haben.

**Dr. Roland Fressle**  
Landesverbandsvorsitzender  
BVKJ Baden-Württemberg  
79110 Freiburg  
E-Mail: [rfressle@rfressle.de](mailto:rfressle@rfressle.de)

Red.: Kup

## Angestellte Ärzte führen nicht automatisch zu gewerblichen Einkommen

Eine ärztliche Gemeinschaftspraxis ist auch dann freiberuflich tätig, wenn sie einen angestellten Arzt beschäftigt, die wesentlichen Behandlungsentscheidungen jedoch von den Praxisinhabern getroffen werden. Die Einkünfte aus der Gemeinschaftspraxis sind dann nicht gewerbsteuerpflichtig.

### Hintergrund

Freiberufliche Einkünfte unterliegen nicht der Gewerbesteuer. Zu den freiberuflichen Einkünften gehören u. a. auch Einkünfte aus einer ärztlichen Tätigkeit. Sobald der Arzt jedoch angestellte Ärzte beschäftigt, besteht die Gefahr, den Status der Freiberuflichkeit zu verlieren – denn dann ist er möglicherweise nicht mehr leitend und eigenverantwortlich tätig. Folge: Gewerbesteuer wird fällig.

### Streitfall

Eine Gemeinschaftspraxis war auf dem Gebiet der Anästhesie spezialisiert und übernahm für andere Ärzte, die ambulant behandelten, die Anästhesie der Patienten. Die Gemeinschaftspraxis beschäftigte eine angestellte Ärztin, die die Anästhesie in einfachen Fällen übernahm. Die jeweilige Voruntersuchung der Patienten wurde von einem der Praxisinhaber durchgeführt, der auch jeweils eine Behandlungsmethode vorschlug. Die Praxisinhaber behielten sich die Behandlung in problematischen Fällen vor. Das Finanzamt ging wegen der Beschäftigung einer Ärztin von gewerblichen Einkünften der Praxis aus.

### Entscheidung

Der Bundesfinanzhof gab der hiergegen gerichteten Klage der Gemeinschaftspraxis statt: Bei einem Arzt ist die Mithilfe qualifizierter Mitarbeiter steuerlich un-

schädlich und führt nicht zu gewerblichen Einkünften, wenn er aufgrund eigener Fachkenntnisse leitend und eigenverantwortlich tätig wird. Den wesentlichen Teil der ärztlichen Behandlung muss der Praxisinhaber also selbst übernehmen.

Allerdings genügt es, wenn der Praxisinhaber durch eine regelmäßige und eingehende Kontrolle Einfluss auf die Tätigkeit seiner Mitarbeiter nimmt und damit die Behandlung prägt.

Im Streitfall war eine derartige Eigenverantwortlichkeit der Praxisinhaber zu bejahen. Denn sie führten die Voruntersuchungen selbst durch, legten die Behandlungsmethode fest und behielten sich die Behandlung problematischer Fälle vor. Die angestellte Ärztin durfte nur in einfachen Fällen die Anästhesie übernehmen.

### Hinweise

Nicht erforderlich ist damit die unmittelbare Ausführung der Anästhesie durch die Inhaber der Gemeinschaftspraxis. Dies würde die Anforderungen an eine freiberufliche Tätigkeit überdehnen und dazu führen, dass der Einsatz fachlich qualifizierten Personals im Bereich der Medizin stets zu gewerblichen Einkünften führt.

**Quelle:**  
Laufenberg Michels und Partner mbB - Steuerberater und Wirtschaftsprüfer  
in Köln [www.laufmich.de](http://www.laufmich.de)

Red.: Kup

# Codein: Anwendungsbeschränkungen zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Husten; Empfehlung des europäischen Ausschusses für Risikobewertung bestätigt



Foto: Tanja Rusanova - Fotolia.com

durchgeführt wurden. Mit der nun verabschiedeten Position auf europäischer Ebene werden die Maßnahmen zur Risikominimierung konsequent fortgeschrieben.

## Genetisch hohe Morphinspiegel möglich

Codein ist ein Opioid, das als verschreibungspflichtiges Hustenmittel zur Anwendung bei Erwachsenen und Kindern zugelassen ist. Die Wirkung des Codeins beruht auf seiner Umwandlung zu Morphin im Körper des Patienten. Einige Patienten verstoffwechseln Codein schneller zu Morphin, was zu hohen Morphinspiegeln im Blut und zu schwerwiegenden Nebenwirkungen wie beeinträchtigter Atemfunktion führen kann. Obwohl dieses genetisch bedingte Risiko altersunabhängig auftritt, sind Kinder durch den variablen und unvorhersehbaren Stoffwechsel von Codein besonders gefährdet. Etwa fünf bis zehn Prozent der europäischen Bevölkerung weisen diese genetisch bedingten Risiken auf.

Die Koordinierungsgruppe für dezentrale Verfahren und Verfahren der gegenseitigen Anerkennung (CMDh) hat sich den Schlussfolgerungen des Ausschusses für Risikobewertung (PRAC) einstimmig angeschlossen.

Zur Risikominimierung werden nun verbindliche Maßnahmen festgelegt, dass

1. Codein bei der Anwendung für Kinder unter 12 Jahren kontraindiziert ist und deshalb bei dieser Patientengruppe nicht angewendet werden darf und
2. die Anwendung codeinhaltiger Arzneimittel zur Behandlung von Husten bei Kindern und Jugendlichen zwischen 12 und 18 Jahren mit ausgeprägten Atemwegsbeeinträchtigungen nicht empfohlen wird.

## Husten braucht keine Medizin

Der CMDh bestätigt auch, dass Husten in der Regel eine selbstlimitierende Störung ist und die Evidenz zum Nachweis der Wirksamkeit von Codein bei der Behandlung von Kindern mit Husten begrenzt ist. Internationale Leitlinien weisen zudem darauf hin, dass Husten infolge einer viralen Infektion auch zufriedenstellend mit einer ausreichenden Trinkmenge und Atemluftbefeuchtung behandelt werden kann; beim chronischen Husten sollte die zugrundeliegende Krankheit behandelt werden.

**D**as Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hatte im April 2014 auf europäischer Ebene ein Risikobewertungsverfahren für codeinhaltige Arzneimittel zur Anwendung bei Kindern und Jugendlichen angestoßen. Ziel war die Neubewertung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses von Codein zur Behandlung von Husten bei Kindern, nachdem bereits 2013 eine Reihe von Maßnahmen zur Risikominimierung bei Anwendung codeinhaltiger Arzneimittel in der Schmerzbehandlung bei Kindern

Darüber hinaus fordert der CMDh die Zulassungsinhaber und nationalen Behörden zur fachlichen Einschätzung auf, ob dem Risiko von Medikationsfehlern/Fehlanwendungen (z.B. durch Überdosierungen) ergänzend begegnet werden kann, indem alle flüssigen Darreichungsformen codeinhaltiger Arzneimittel nur in kindergesicherten Verpackungen abgegeben werden sollen.

In ergänzenden Informationen sollen Patienten und medizinisches Fachpersonal mit den Risiken und der

Neubewertung von Codein bei Kindern und Jugendlichen vertraut gemacht und gewarnt werden. Stillende Mütter dürfen Codein wegen des Risikos für den Säugling nicht mehr anwenden.

Die nun durch den CMDh vereinbarten Maßnahmen werden national entsprechend einem noch zu verabschiedenden Zeitplan umgesetzt werden.

Quelle: BfArM

Red.: Kup



bvkj.

Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e.V.

## ERGEBNIS der Wahlen im Landesverband Brandenburg des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V. Wahlperiode 2015-2019

**Landesverbandsvorsitzender  
und 1. Delegierter:**

**Dipl.-Med. Detlef Reichel,  
Prenzlau**

**Stellv. Landesverbandsvorsitzender  
und 2. Delegierter:**

**Dr. Hans Kössel,  
Brandenburg**

**Ersatzdelegierte:**

**1. Dipl.-Med. Jens-Uwe Köhler, Erkner**

**2. Dipl.-Med. Bärbel Kreuz, Cottbus**

**3. Dr. Gerrit Meier, Herzberg**

**Schatzmeisterin:**

**Dr. Ina Preller, Bad Freienwalde**

## 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](http://www.dgaap.de)



Kinderleben / röm. Relief, Mitte 2. Jhdt., Dep. Des Antiquites Grecques et Romaines

Ein Rückblick nach zweitausend Jahren

## Kindheit und Schule im alten Rom



Dr. Olaf Ganssen

Nach römischem Recht reichte die Kindheit bis zum 14. Lebensjahr. Auch darüber hinaus standen Kinder unter der Vormundschaft (*potestas*) des Vaters (*pater familias*), Mädchen danach unter der ihres Ehemannes. Erst im Laufe der Kaiserzeit erhielten Frauen größere rechtliche Freiheiten.

Das Neugeborene musste von seinem Vater offiziell angenommen werden, indem er es vom Boden aufhob. Andernfalls wurde es meist ausgesetzt, wie auch bei drückender Armut oder angeborener Behinderung. Abtreibungen wurden in der spätrömischen Kaiserzeit strafrechtlich verfolgt. Das Wickeln des Neugeborenen in feste Binden belegen zahlreiche Darstellungen, und Tacitus (55-nach 115) rügte schon das verbreitete Bestellen einer Amme, statt selbst zu stillen. Bereits Augustus förderte die Geburtenfreudigkeit: Familienväter waren bei der Vergabe öffentlicher Ämter bevorzugt.

### Spielzeug und Spiele

Was und womit Kinder sich die Zeit vertrieben, haben v. a. Ovid (45 vor-17 n. Chr.) und Su-

eton (70-130) aufgezeichnet und ist auf Wandmalereien, Mosaiken und Vasenbildern festgehalten. Sie spielten mit Nüssen, wie wir früher mit Murmeln. Das lateinische Sprichwort *Nuces relinquere* (Die Nüsse zurücklassen) war synonym mit dem Ende der Kindheit. Würfel, meist aus Tierknochen, waren sehr beliebt; kostbare aus Ton, Marmor oder Bronze fanden sich als Grabbeigaben früh Verstorbener. Mit Bällen vergnügten sich alle Lebensalter, auch beim Sport. Galen verfasste im 2. Jh. ein Traktat: „Die Leibesübung mit dem kleinen Ball“ – Es gab *Pupae*/Puppen und *Pupillae*/Püppchen. Davon leitet sich die Bezeichnung „Pupille“ ab. Schon früh hatte man beobachtet, dass sich ein Mensch im Auge seines Gegenüber spiegelt und wie eine kleine Puppe aussieht, eben wie eine *Pupilla*, (A.Backe-Dahmen). Es gab aus Lumpen gefertigte, bis

zu aufwendigen Gliederpuppen aus Ton oder Elfenbein für die Reichen.

Römische Knaben weihten bei Beginn der Pubertät ihre Spielsachen zusammen mit der Kindertoga den Laren (Hausgöttern) oder Vesta, der Göttin des Herdfeuers. Bei Mädchen war dieser Ritus am Vorabend ihrer (frühen) Hochzeit üblich.

### Lernen und Leiden

Erziehung und Bildung waren in Rom Privatsache, eine allgemeine Schulpflicht gab es nicht. Die Eliten sorgten über qualifizierte, meist griechische Hauslehrer für die schulische Bildung ihrer Kinder. Seit dem dritten vorchristlichen Jahrhundert waren sie, überwiegend als Kriegsgefangene, ins Land gekommen und als Sklaven auch in römische Familien. Dort unterrichteten sie Grundlagenwissen, ihre Sprache und Kultur.

Vielfach waren es Freigelassene, die einen „ludus litterarum“, eine Elementarschule, gründeten, in die Eltern ihre sechs- bis siebenjährige schicken konnten, wenn sie das Schulgeld aufbrachten. Knaben und wenige Mädchen – auch Kinder von Sklaven – wurden gemeinsam unterrichtet. Die meisten Unterschichtkinder blieben jedoch wohl Analphabeten.

Schulgebäude gab es nicht. Unterricht fand in ausgeräumten Läden, Buden oder Säulenhallen statt, notdürftig abgeschirmt durch Vorhänge gegen Neugierige und den Lärm der Umgebung. Die Ausstattung war karg, Schemel für die Schüler, ein erhöhter Stuhl für den Lehrer. Schreibsachen und -tafeln brachten die Kinder mit, sowie ein Öllämpchen in der dunklen Jahreszeit. Etliche Quellen berichten über den viel zu frühen Beginn des Unterrichts. Der Dichter Martial (um 40 - nach 100) beklagte die armen Schüler als erste Kunden der Bäcker, während ringsum die Hähne krächten. Nach zwei Jahrtausenden ist das Thema heute so aktuell wie damals.

Foto: © akg-images/Erich Lessing



Spielende Kinder /röm. Relief, 2. Jhdt.

## Stock- Pädagogik

Die Lehrmethoden konnten die Schüler kaum motivieren: Stupidus Auswendiglernen und ständiges Wiederholen. Der Lehrer sprach vor, die Kinder nach, einzeln oder im Chor. Nach den Buchstaben wurden Silben und Silbenketten geübt: ba, be, bi, bo, bu, danach ca, ce, ci, co, cu und weiter bis zum Ende des Alphabets. Sätze lesen war durch die übliche *scriptio continua* antiker Texte (ohne Wortgrenzen) recht mühsam. Von den Grundrechenarten war Addieren und Subtrahieren wohl von allen zu lernen. Noten und Zensuren gab es nicht, auch keine Zeugnisse. Das Ansehen des Lehrers war so schlecht wie seine Bezahlung. Je nach seiner nie überprüften Qualifikation und der Begabung des Schülers, waren die Lernerfolge eher mäßig.

Im Unterricht herrschte (mit Ausnahmen) ein raues angstbesetztes Klima, es wurde gebrüllt und geprügelt. Die *ferula* (der Stock) war unentbehrliches Requisite. Von den

Foto: © privat



Kleiner Wagenlenker ganz groß. röm. Mosaik





Foto: © privat

Trauer um das tote Kind, röm. Relief 2. Jhd.

Eltern kam kein Mitleid, sie hatten als Kind das gleiche erfahren: *Quid discis, tibi discis* (Was Du lernst, lernst Du für Dich). Solche Sprüche mussten sich Schüler zu Hause damals schon anhören. Für die meisten Kinder endete die Schulzeit spätestens nach vier Jahren Elementarschule. Die musische und gymnische Erziehung spielte im Gegensatz zu Griechenland eine geringere Rolle. Die rationalen Römer legten mehr Wert auf körperliche Ertüchtigung für spätere soldatische Fähigkeiten.

### Weiterführende Bildung

An die Elementarschule schloss sich für Knaben aus der begüterten Mittel- und Oberschicht der Besuch des *grammaticus* an. Hier lernte er Latein und Griechisch, Deklinieren und Konjugieren „rauf und runter“, aber auch die antiken Autoren kennen. Basis war Vergils *Aeneis*, das römische Nationalepos. Auch hier viel Formalismus: Das Hauptaugenmerk lag auf Auswendiglernen, fehlerfreiem Rezitieren, Analyse, Aufbau, Metrik und Stilübungen.

Die oberste Stufe des römischen Bildungssystems war für wenige anschließend der mehrjährige Besuch einer Rhetorikschule bei einem möglichst angesehenen Lehrer. Sie galt als

Vorbereitung einer Karriere als Staranwalt, Politiker oder Staatsmann.

Als einziger „Anwalt der Kinder“ forderte Quintilian (30-96), erster staatlicher Professor für Rhetorik in Rom, eine Reform des Unterrichts für Kinder. Er verfocht ein gewaltfreies und verständnisvolles Lehren. *Affectus*, d. h. Zuneigung und emotionales Beteiligtsein waren Voraussetzungen. Unterricht solle motivieren und in Gemeinschaft Ehrgeiz wecken. Zu seiner Zeit fand er wenig Gehör. Heute befremdet, dass er seine Forderungen nur für frei geborene Kinder erhob, hier also noch ganz der Antike verhaftet blieb.

### Sklavenkinder – Kinderarbeit

Sklaverei war in vielen antiken Gesellschaften verbreitet. Sklaven gelangten, wie erwähnt, meist als Kriegsgefangene nach Rom, unter ihnen auch Kinder. Weitere Ursachen einer Versklavung waren Überschuldung der Familie mit Verkauf des Nachwuchses und ein Schicksal als Findelkind. Durch ihre Rechtlosigkeit waren sie der Gewalt der Herrschaft ausgeliefert, mussten oft niedrige Arbeiten verrichten und konnten auch zum Betteln und zur Prostitution gezwungen werden.

Die griechische Päderastie als eine institutionalisierte Durchgangsphase in der Beziehung zwischen einem reifen Mann und einem älteren Knaben, gab es bei den Römern nicht. Die Liebe Hadrians (117-138) zu dem jungen Antinoos war eher ein berühmt gewordener Sonderfall durch die Person des Kaisers.

### Bestattungsbräuche

Man nimmt heute an, dass jedes dritte Neugeborene im ersten Lebensjahr starb und nur die Hälfte zehn Jahre alt wurde. Der Tod eines Kindes, die *mors immatura*, galt als besonders schmerzlich, da durch ihn alle Hoffnungen der Eltern auf ein erfülltes, erfolgreiches Leben zerstört wurden mit der unterbewussten Angst, im Alter selbst unversorgt zurück zu bleiben.

Kinder wurden auf Friedhöfen in besonderen Arealen bestattet, aber auch in Wohnsiedlungen, oft direkt an der Hausmauer nach Früh- und Totgeburten. Die Grabstätten reichten je nach Stand und Vermögen vom einfachen Verscharren bis zu aufwendigen Grabmälern mit reichen Beigaben (Miniaturgefäße, Spielzeug und Schmuck). Grabaltäre reflektierten in vielfältiger Form die elterliche Trauer. Sie zeigen Kinder mit ihren Lieblingstieren, als kleine Reiter zu Pferd oder auch als Diana, Göttin der Jagd, mit Hund, Pfeil und Bogen. – Häufig war neben dem Namen der Eltern ein *infelicissimi* (die Untröstlichen) eingraviert, und für die Toten der Zusatz *dulcissimus/a* (der/die Süßeste) oder *carissimus/a* (der/die Liebenswerteste). Die offiziellen Trauerzeiten richteten sich nach dem Alter: Erst ab drei bis zu zehn Jahren trauerte man so viele Monate wie das Kind an Jahren gelebt hatte, danach ein volles Jahr.

#### Literatur

Backe-Dahmen, A.: Die Welt der Kinder in der Antike, Verlag Ph. v. Zabern, Mainz, 2008

Weeber, K.W.: Lernen und Leiden, Schule im Alten Rom, Konrad Theiss Verlag 2014  
In beiden Standardwerken weiterführende Literatur

**Dr. med. Olaf Ganssen**  
**Kinder- und Jugendarzt**  
**Am Grünwald 38, 42549 Velbert**

Red.: Kup

Der Geruchssinn als emotionale Botschaft, die sachlich analysiert gehört

## „Das riecht nach Kindeswohlgefährdung“

Der Geruchssinn des Menschen ist ein Überlebenssinn: Gefahr wittern und ohne langes Nachdenken fliehen. Verdorbene Lebensmittel riechen und sich nicht vergiften. Bei diesen unmittelbaren Reaktionen unseres limbischen Systems, das starke Emotionen wie Angst oder Ekel auslöst, braucht es nicht den Umweg über den analysierenden Verstand, dieser ist bei den akuten Fluchtreaktionen eher ausgeschaltet. Das Gleiche kennen wir aus dem Bereich der Pheromone, der Riechstoffe, die sexuelle Attraktivität vermitteln, auch hier ist der Verstand meistens ausgeschaltet. Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte können ihren Sinnen trauen und auch den scheinbar wenig objektiven Informationen ihres Geruchssinnes in der Betreuung von Kindern mehr Bedeutung einräumen. Ich möchte vermitteln, dass die über den 1. Hirnnerven, den Nervus olfactorius, direkt ins limbische System des Gehirns via Riechzellen transportierte Information zu einer möglichen Kindeswohlgefährdung ebenso sichere und belastbare Aussagen liefert wie wir es gemeinhin vom 2. Hirnnerven, dem nervus opticus, gewohnt sind. Dem Sehnerv messen wir Menschen als „Augentiere“ stets eine größere Bedeutung bei, zumal sichtbare und in Zentimetern messbare blaue Flecken bei einem Kind auf Fotos festgehalten werden können und damit so viel objektiver erscheinen.

### Eine Nase für plötzlichen Kindstod

In der ontogenetischen Entwicklung entstehen Seh- und Geruchssinn beinahe zeitgleich und sind beim menschlichen Fötus in der 25. bzw. 28. Schwangerschaftswoche (Geruch) vollständig angelegt; d. h. auch ein Frühgeborenes hat bereits 30 Millionen Riechzellen und kann den Hautgeruch der Mutter und den süßlichen Duft der Muttermilch sicher unterscheiden. Wenn die Mutter in der Schwangerschaft stark geraucht hat und weiter raucht, war dieses unter Umständen auch der Grund für die Frühgeburt und das Neugeborene wird den mütterlichen Zigarettergeruch als normal empfinden und hoffentlich später unterscheiden lernen, wenn es nicht wegen des anhaltenden Nikotinabusus der Mutter im Alter von drei Monaten am plötzlichen Kindstod stirbt; denn neben der Bauchlage im Schlaf und der Überwärmung ist elterlicher Nikotinabusus der wichtigste Risikofaktor mit einer hochsignifikanten odds ratio von 3,49 im Vergleich zu nichtrauchenden Müttern (Vennemann et al, Acta Paediatr. 2005; 94: 655-60). Wenn die rauchende Mutter ihr

Frühgeborenes mit in ihrem Bett schlafen lässt, erhöht sich das Risiko für den plötzlichen Kindstod auf eine odds ratio von 17,7, also höher als durch Bauchlage, von der wir seit den bahnbrechenden Studien von 1989 abraten (Carpenter et al, Lancet 2004; 363: 185-191).

Die Sozialpädagoginnen unseres Dienstes KJGD - Mitte wissen um diese Sachverhalte und nehmen deshalb das „Raumklima“ beim Ersthäusbesuch auch sehr genau wahr, sie können das Risiko geradezu riechen.

### Typischer Krankheitsgeruch

Ein gesunder Säugling nimmt nicht nur Gerüche wahr, sondern riecht auch selber – in aller Regel aromatisch und angenehm. Selbst der Stuhl eines Säuglings riecht aromatisch. Bei Erkrankungen verändert sich das und kann uns Hinweise zur Krankheitsursache geben: ein Azetongeruch aus dem Mund kann für Hunger sprechen, aber auch für eine beginnende Ketoazidose; ein fauliger Mundgeruch passt zur Mandelentzündung, ein süßlicher Mundgeruch zur Diphtherie, die kaum ein Arzt mehr kennt.

Ein Säugling oder Kleinkind kann auch nach Schweiß und Urin

riechen. Wir sind dann schnell geneigt, von typischen Zeichen der Vernachlässigung und mangelnden Körperpflege zu reden. Hier ist aber Vorsicht angebracht, um keine vorilige Schuldzuweisung auszusprechen: Sie haben einen unangenehmen Geruch nach Schweiß und Urin bemerkt, wenn das Kind im Raum ist. Riechen die Kleidung und Spielgegenstände des Kindes oder riecht auch das unbedeckte Kind nach Schweiß, Urin, Kohl, Schweißfüßen oder vergammeltem Fisch?

### Geruchsanamnese

Charakteristischen Körpergerüche können durch angeborene Stoffwechselstörungen ausgelöst sein. Waschen und Kleidungswechsel helfen da nicht, nur eine biochemische Analyse aus Blut und Urin. Manche dieser angeborenen Erkrankungen werden dank des Neugeborenen Screenings frühzeitig erkannt und behandelt (Hyperphenylalaninämie = Mäuseurin; Isovalerialanazidurie = Schweißfüße; Tyrosinämie = Kohl). Die seltene Trimethylaminurie erkennen Sie erst am Körpergeruch des Kindes nach verwesendem Fisch oder Küchenabfällen. In leichter Form kann dieser unangenehme Körpergeruch



Foto: © Roman Bodnarchuk - Fotolia.com

auch in der Pubertät vorübergehend auftreten und Sie können ihn selbst erzeugen, wenn Sie stark lecithin- und cholinhaltige Lebensmittel in größerer Menge zu sich nehmen, also Fisch und mediterranes Gemüse. Bevor Sie also von mangelnder Körperpflege eines Kindes ausgehen, sollten Sie eine kurze Ernährungsanamnese erhoben haben.

### Umgebungsgeruch färbt ab

Ein Kind kann auch nach Pasta riechen. Das war meine Erfahrung beim fünften Kind einer rumänischen Mutter. Auch nackt und ohne Windel roch der Säugling von fünf Monaten immer noch nach Nudeln, er war voll gestillt und erhielt keine Beikost. Meine Frage nach den Wohnverhältnissen bestätigte die „Geruchsdiagnose“: dieser Säugling schlief neben dem Nudeltopf in der Küche zusammen mit fünf anderen Kindern und fünf Erwachsenen in der 1 ½-Zimmerwohnung. Dieser Säugling war nicht nur psychosozial, sondern akut stark unfallgefährdet. Unsere Sozialpädagogin hat sofort einen Hausbesuch durchgeführt und wir haben uns um eine bessere Wohnsituation für die Familie bemüht, denn in einem vergleichbaren Fall musste ein Säugling wegen schwerer Verbrennungen durch den Nudeltopf mehrwöchig stationär behandelt werden.

Jeder Kontakt mit Kindern und deren Eltern bietet Gelegenheit, seinen Geruchssinn zu schärfen und an den folgenden Beispielen will ich alle Kinder- und Jugendärzte ermutigen, ihm auch zu trauen:

Bevor ein Kleinkind zur Kita-Aufnahmeuntersuchung in mein Sprechzimmer kommt, habe ich mir bereits sein Vorsorgeheft und den Impfausweis angeschaut. Die Hefte sind ähnlich gepflegt und versorgt wie die zugehörigen Kinder, manche mit Schutzhüllen, manche riechen stark nach Nikotin und sind voller Flecken. Unsere Sozialpädagoginnen nehmen beim Hausbesuch nicht nur eine „Inaugenscheinnahme“ vor, sondern auch eine „Innasenaufnahme“, die sie informiert über Nikotinabusus, Alkoholkonsum, Küchenabfälle, Schimmelgeruch und ungelüftete Zimmer. „Und wer in einer Dreckhöhle wohnt, der riecht auch. Das Kind wird in Kita und Schule gemieden.“ – das sagt eine, die alle ihre Sinne beieinander hat und tagtäglich „Innasenaufnahme“ vornimmt, Frau Kriminalhauptkommissarin Gina Graichen vom LKA 125 (Delikte an Schutzbefohlenen), in einem Interview der ‚Berliner Zeitung‘ vom 30.08.2013.

In unserem Sprechstundenalltag geht es in der Regel weniger dramatisch zu. Da hat das Dreijährige zur Kita-Aufnahme eine massive unversorgte Karies und Zahnstummel und riecht unangenehm aus dem Mund. Auch das muss angesprochen werden, denn unangenehmer Mundgeruch zeugt nicht nur von mangelnder zahnärztlicher Betreuung, sondern isoliert das Kind im Spiel mit anderen.

### Es reicht nach Vernachlässigung

Nicht der Geruchseindruck allein lässt uns Schlüsse ziehen und zwingt uns zum Handeln. Er ist ein Baustein in einer Fülle von Eindrücken, zum Teil auch erst aus wiederholten Kontakten, bei denen sich z. B. die Mutter im Arztzimmer abseits setzt, weil sie so deutlich nach Alkohol riecht.

Wie beurteilen Sie z. B. ein 3- und ein 5-jähriges Mädchen, die ziellos

im Untersuchungsraum bei der Kita-Aufnahmeuntersuchung herumlaufen, die Ältere hat keine Unterwäsche und die Dreijährige eine verschmutzte, die zudem wegen eines Fluor vaginalis unangenehm riecht. Beide Kinder haben eine gestörte Sprachentwicklung, lassen sich ohne jeglichen Widerstand schweigend untersuchen. Richtig: es handelt sich neben der chronischen Vernachlässigung akut um eine sexuelle Misshandlung der Dreijährigen mit Fremdkörperresten in der Scheide.

Von erfahrenen Psychologen und Therapeuten können wir lernen, die Kinder bei Verdacht auf sexuelle Misshandlungen nach ihren Wahrnehmungen zu fragen: wie riecht das denn? Wie schmeckt das? – die Antworten auf diese Fragen entstammen meist der Erfahrung, nicht der Phantasie.

### Ein „unangenehmes Thema“

Ein Beispiel aus den Reihenuntersuchungen von Vierjährigen in den Kitas unseres Bezirkes verdeutlicht, dass im Grunde jeder Laie über das Untersuchungsinstrument Geruchssinn verfügt, sich nur zu wenig traut, seine Beobachtung auszusprechen:

Bei Artur fällt eine Sprachentwicklungsverzögerung auf, er ist sehr unsicher, will mir alles recht machen, lacht nicht. Als Nebenbefund stelle ich eine nicht gut behandelte Neurodermitis fest. Auf meine Rückfrage bei der Erzieherin, die ihn seit zwei Jahren betreut, erfahre ich, dass Artur in den letzten sechs Monaten regelmäßig 8 bis 13 Tage im Monat fehlt, die Mutter wohnt direkt gegenüber der Kita. Außerdem riecht er öfters ungepflegt und ungewaschen. „Was haben Sie denn bisher deswegen unternommen? Haben Sie die Mutter auf Ihre Wahrnehmungen, denen Sie sicher trauen dürfen, angesprochen?“ – „Nein, sie ist doch eine der wenigen, die uns hier in der Kita aushelfen mit freiwilligen Malerarbeiten. Das wäre mir unangenehm.“ – „Haben Sie Ihre Wahrnehmungen denn wenigstens mit der Kita-Leiterin, der insofern erfahrenen Fachkraft Ihres

Betriebes oder Kolleginnen besprochen?“ – „Nein, bisher noch nicht.“

Meine daraufhin angestellten Recherchen bestätigen, dass die suchtkranke Mutter seit Arturs Geburt zwei Jahre lang engmaschig vom Jugendamt betreut wurde, die Familienhilfen aber mit Eintritt in die Kita ausliefen, weil das Jugendamt gemäß Handlungsleitfaden zum Kinderschutz davon ausgeht, dass auffälliges Verhalten der Mutter (Fehlzeiten) oder mangelnde Versorgung (riecht ungepflegt) automatisch zu Meldungen von Seiten der Kita ans Jugendamt führen. Der Handlungs-

leitfaden Kinderschutz enthält den „Berliner Indikationskatalog für Kindeswohlgefährdungen“ für Erzieherinnen. Dort findet sich der Hinweis: Erscheinungsbild des Kindes: „sehr schlechter Zahnstatus“, „unzureichende körperliche Pflege“.

Für mich unverständlich ist, dass der „unangenehme Geruch“, wie er noch im Handlungsleitfaden für die Schulen enthalten war, sehr zu Unrecht herausgefallen. Die Hinweise zu elterlichem Nikotin-, Drogen- oder Alkoholabusus sind in beiden Handlungsleitfäden noch enthalten. Ich betone dieses so sehr, weil bei-

des durch Geruchswahrnehmung auffallen kann und angesprochen werden muss. Vielleicht nicht beim ersten Kontakt, aber bei Gelegenheit.

**Dr. Matthias Brockstedt**  
(Ärztlicher Leiter KJGD – Mitte  
Fortbildungsbeauftragter der  
Ärztelkammer Berlin; Suchtmittel-  
beauftragter des Berufsverbandes  
des bvkj)  
Reinickendorfer Str. 60b  
13347 Berlin, Tel.: 030/9018-46132  
E-Mail: matthias.brockstedt@  
ba-mitte.berlin.de

Red.: Kup

## Mit Praxis-Homepage negative Bewertungen im Netz umgehen

Immer mehr Patienten informieren sich online über ihre Ärzte. Nicht selten beginnt die Arztsuche im Internet – insbesondere bei den jüngeren Patienten bzw. Eltern. Bei Ärzten, die keine Praxis-Homepage haben, ergibt die Internetrecherche oft ernüchternde Ergebnisse. Sehr häufig finden sich unter den ersten Suchertreffern Einträge in Bewertungsportalen, deren Seriosität der Patient oft nicht beurteilen kann. Gegen diese – manchmal auch negativen Bewertungen – kann man nur selten etwas unternehmen, es sei denn, die Bewertung ist diffamierend oder nachweislich gefälscht (z.B. wenn Angaben über die Praxis offensichtlich unwahr sind). Ärztinnen und Ärzte hingegen, die eine eigene Homepage haben oder bei der Arztsuche auf der Patientenseite ihres Verbandes registriert sind, erscheinen bei einer Suchanfrage der Patienten oftmals mit diesen Adressen unter den ersten Suchergebnissen. Auf der Praxis-Homepage, die auch smartphonefähig ist, kann sich der (potenzielle) Patient ein eigenes, seriöses Bild von Arzt und Praxis machen, sofern entsprechende Informationen dort hinterlegt sind. Beim populären Patientenportal des Berufsverbandes der

Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) [www.kinderaerzte-im-netz.de](http://www.kinderaerzte-im-netz.de)

(KIN) ist die eigene Praxis zusätzlich eingebunden in wissenschaftlich evidente und aktuelle Informationen zur Kinder- und Jugendheilkunde, die viele Eltern und Patienten sehr nützlich finden, wie die hohen Nutzerzahlen zeigen. Monatlich wird diese Seite von mehr als 800.000 Patienten besucht.

### Praxis-Homepage bei Kinderärzten-im-Netz (KIN) immer aktuell

Neben der leichten Auffindbarkeit und den seriösen Inhalten bietet die Einbindung der Homepage auf der Patientenseite des BVKJ noch weitere große Vorteile. Der Nachrichtenticker zur Kinder- und Jugendmedizin sorgt dafür, dass die eigene Praxis-Homepage immer aktuell ist – unabhängig davon, ob diese exklusiv bei KIN eingerichtet oder extern verlinkt ist. Diese Aktualisierungen sind sehr wichtig, denn in manchen Bewertungen von Patienten wird auch registriert, ob die Praxis-Homepage aktuell gepflegt wird oder veraltet ist. Darüber hinaus wird auf diesen Seiten auch darauf geachtet, ob die Pflichtangaben im Impressum den gesetzlichen Vorgaben entsprechen

oder nicht. Und schließlich können mit einem neuen mobilen Service – der PraxisApp „Mein Kinder- und Jugendarzt“ – Terminerinnerungen oder Urlaubsankündigungen direkt aus der Praxis auf das Smartphone der Patienten geschickt werden. Die Praxisdaten für die neue App werden vom Eintrag bei [www.kinderaerzte-im-netz.de](http://www.kinderaerzte-im-netz.de) übernommen. Viele niedergelassene Kinder- und Jugendärzte sind seit Langem auf dieser Seite registriert. Für all diejenigen, die mit ihrer Praxis noch nicht auf der Patientenseite des BVKJ gelistet sind, gibt es nun eine Sonderaktion. Pädiater, die sich mit ihrer Praxis bis zum 15.07.2015 bei „Kinderärzten-im-Netz“ anmelden, zahlen keine Erstellungsgebühr.

Informationen zu dieser Sonderaktion und zur Praxis-Homepage bei KIN sowie zur Praxisapp „Mein Kinder- und Jugendarzt“, finden Sie unter <http://www.monks-aerzte-im-netz.de/homepage-im-aerzteverzeichnis/sonderaktion/>. Oder telefonisch unter 089/642482-12

**Ansprechpartner: Steven Monks**  
[support@kinderaerzte-im-netz.de](mailto:support@kinderaerzte-im-netz.de)  
Monks – Ärzte im Netz  
Tegernseer Landstraße 138  
81539 München

Red.: Kup

 Buchtipp

Dr. med. Michael Hauch  
**Kindheit ist keine Krankheit**

Ein Kinderarzt empört sich

Fischer Paperback, 2015

320 Seiten, € 14,99

ISBN 978-3-596-03230-3



**D**as waren noch Zeiten, in denen beim Kinder- und Jugendarzt Krankheiten zumeist noch wirklich Krankheiten waren! Kinder etwa, die schwerwiegende Bauchschmerzen hatten, denen der Kopf weh tat, die mit hohem Fieber zu kämpfen hatten oder die auffällig rote Flecken auf der Haut hatten. Solche Krankheiten kommen natürlich auch heute noch vor. Viel häufiger suchen heute aber Eltern mit ihren Kindern die Praxen auf, die Kontaktprobleme haben, die sich aggressiv verhalten, die nicht richtig sprechen können, die unkonzentriert oder ungeschickt sind. „Das ist doch irgendwie nicht normal, da muss man doch was tun“, fordern die Eltern ihre behandelnden Kinder- und Jugendärzte Tag für Tag auf. Unterstützt werden Sie dabei meist von Erzieherinnen, Grundschullehrern, Pädagogen oder Therapeuten, die den Druck auf die Eltern noch zusätzlich erhöhen und Katastrophen-Szenarien ausmalen, wenn nicht bald eine Therapie erfolgt. An dieser Stelle des Buches gleich auf Seite 10 drückt der in Düsseldorf niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt Dr. Michael

Hauch zum ersten Mal seine Empörung direkt aus. Pädagogische Probleme werden heute allzu oft mit einer medizinischen Diagnose belegt und viele Kinder werden heute unnötigerweise pathologisiert. Dabei, so stellt Hauch gleich zu Beginn seines höchst lesenswerten 320 Seiten umfassenden Buches klar, ist „Kindheit keine Krankheit.“

Doch die Realität stellt sich heute häufig ganz anders dar. Aus einem Kind, das mit zwei Jahren noch keine zwei oder drei Wortsätze spricht, wird rasch ein junger Patient mit Sprachentwicklungsstörung. Aus einem wilden Jungen, der im Kindergarten manchmal andere Kinder umrennt, wird rasch ein ADHS-Patient, stellt Michael Hauch immer wieder ernüchternd fest. Und wer in der ersten Klasse nicht sofort gut mit Zahlen umgehen kann, dem wird schnell eine Dyskalkulie (Rechenschwäche) angeheftet. Michael Hauch empört sich hier erneut: „Wir erleben hier den tausendfachen Missbrauch von Kindern und den Missbrauch von Medizin.“

Warum der Kinder- und Jugendarzt in seinem ganzen Buch auf einer Empörungswelle reitet, wird ganz besonders im ersten Kapitel deutlich, in dem er an verschiedenen Fallbeispielen seinen ganz normalen Praxisalltag schildert. Z. B. Laura. Sie geht in die erste Klasse der Grundschule. Ihre Lehrerin sieht sie als zu verträumt an, weshalb sie im Unterricht oft nicht aufpasst. Wahrscheinlich hat sie ADS, eine Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität. Ihre Mutter plädiert für eine Therapie, wie sie auch einige andere Kinder aus der Klasse mit einer vermeintlichen Aufmerksamkeitsstörung erhalten. Die Rede ist von Ergotherapie, Psychotherapie oder auch von Medikamenten. Nur mit Mühe kann Michael Hauch die Mutter davon abbringen, weil für Laura überhaupt kein Therapiebedarf besteht. Sie schreibt säuberlich, malt sorgfältig, erzählt phantasievoll, ist von vielen Freundinnen und Freunden umgeben. Für Michael Hauch ein „ziemlich sicheres Zei-

chen dafür, kein ADHS zu haben.“ Statt einer Therapie für Laura verordnet sich Michael Hauch selbst ein Gespräch mit der Lehrerin. Die Verordnung einer Therapie wäre sicherlich für alle Beteiligten zunächst der einfachere Weg gewesen, zumal der Markt der Therapien blüht. Neben den klassischen Therapien wie Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie spielen dabei auch immer wieder Modetherapien wie z. B. die Bachblüten-Therapie, die Delfin-Therapie oder auch die Osteopathie eine große Rolle.

Doch weniger Therapien können für viele Kinder weit mehr bewirken, stellt Michael Hauch klar. Um das besser zu verstehen, sind die Buchkapitel zu den Therapien (warum ist es so schwer NEIN zu sagen, wann Therapien schaden und wann sie sinnvoll sind) besonders wertvoll. Hier wird die Spreu vom Weizen getrennt, ein spannender Lesestoff, der zudem Eltern entscheidenden Halt bietet.

Das wichtigste Kapitel steht aber am Ende des Buches, in dem der Kinder- und Jugendarzt „Hausaufgaben für alle“ verteilt. So fordert er darin z. B. die Politik und die Kinder- und Jugendärzte dazu auf, bei den Vorsorgeuntersuchungen die seelische Gesundheit von Kindern deutlich stärker in den Fokus zu rücken. Zudem fordert er – wie in den USA – Elternschulungen durch Kinder- und Jugendärzte, damit Eltern die Entwicklung ihrer Kinder besser einordnen können. Zudem seien gerade für Kinder aus bildungsfernen Familien niedrigschwellige Hilfsangebote z. B. in stadtteilbezogenen Familienzentren. Diese Idee, die vom Berliner Kinder- und Jugendarzt Dr. Ulrich Fegeler stammt und die im „Deutschen Kinderbulletin“ eingefordert wird, hält auch der Autor für den richtigen Weg. Aber nur dann, wenn dort Kinder- und Jugendärzte eng mit Sozialarbeitern und Familientherapeuten zusammenarbeiten.

Ihre Hausaufgaben müssen aber auch die Eltern selbst machen. Hierfür zählt Hauch am Ende des Buches seine elf Lieblingsaktivitäten

auf, die dazu dienen, gemeinsame Ziele zu verfolgen, Erfahrungen zu machen, zu staunen und damit eine „Wir-Sphäre“ zu schaffen.“ Kochen und backen zählen dabei für Hauch zu seinen persönlichen Favoriten: „Möhren schnippeln, Kartoffeln schälen aus Mehl, Eiern, Butter und Zucker herrlich duftenden Teig machen, den man mit beiden Händen bearbeiten kann: ein einziges Vergnügen, das Geist und Sinne anregt,

das Sprechen lernen fördert und Grob- und Feinmotorik schult.“ Solche Aktivitäten schaffen „Beziehung statt Aktionismus“ und sorgen für „Gelassenheit statt Therapiewahn.“

Es sei daher höchste Zeit, aus diesem Therapiewahn herauszukommen, empört sich Michael Hauch am Ende ein letztes Mal. Kinder, die nicht krank sind, sollten künftig nicht mehr vorschnell als krank abgestempelt werden. Für die wirklich

kranken Kinder und Jugendlichen stünde dann auch wesentlich mehr Zeit zur Verfügung, Zeit, die heute in vielen Praxen für wirklich behandlungsbedürftige Kinder schlichtweg fehlt!

**Raimund Schmid**  
63739 Aschaffenburg  
E-Mail: [schmid@main-echo.net](mailto:schmid@main-echo.net)

Red.: Kup

## „Theater auf Rezept“: Kulturprojekt mit Rekordzahlen

Unter der Schirmherrschaft von Peter Maffay werden Kinder mit zwei Theatergutscheinen für das örtliche Kindertheater belohnt, wenn sie bestimmte Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen. Dank der Unterstützung der Siemens-Betriebskrankenkasse SBK haben bundesweit bereits über 80.000 Kinder und Jugendliche davon profitiert.

Seit 2009 verschreiben Kinder- und Jugendärzte eine etwas andere Medizin, sie funktioniert ganz ohne Risiken und Nebenwirkungen und besteht aus Gutscheinen für einen Besuch im örtlichen Theater. Verteilt werden die Gutscheine bei den Vorsorgeuntersuchungen U10, U 11 und J 1 durch die Kinder- und Jugendärzte.

Bundesweit haben allein in den letzten drei Jahren über 80 000 Kinder- und Jugendliche Theateraufführungen besucht. „Viele Kinder haben durch „Theater auf Rezept“ überhaupt zum ersten Mal in ihrem Leben eine Theateraufführung erlebt. Darüber freuen wir uns sehr. Denn kaum etwas regt intellektuelle Fähigkeiten und alle Sinne gleichermaßen intensiv an wie ein Theaterbesuch. Kinder und Jugendliche sind „live“ dabei, sie sehen, hören, riechen und fühlen, was sich auf der Bühne und um sie herum tut. In den Geschichten geht es um Fragen, die wichtig für sie sind,“ so Dr. Hermann Josef Kahl. Der Düsseldorfer Kinder- und Jugendarzt ist einer der Gründer von „Theater auf Rezept“,

das nach seinem Start in Düsseldorf durch die Stiftung Kind und Jugend des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte bundesweit weiterentwickelt wurde. Inzwischen machen insgesamt 12 Kinder- und Jugendtheater überall in Deutschland mit.

### Der Sänger und die Krankenkasse

Schirmherr von „Theater auf Rezept“ ist der Sänger Peter Maffay. Seit Beginn des Projekts ist er mit an Bord: „Kinder haben so viel Fantasie. Vor der Glotze und beim Daddeln an der Spielkonsole verkümmert sie. Im Theater blüht sie auf und mit etwas Glück trägt sie die Kinder durch ihr ganzes Leben. Deshalb mache ich mit!“

Gesponsert wird „Theater auf Rezept“ durch die Siemens Betriebskrankenkasse SBK, die dieses Angebot nicht nur für ihre Versicherten, sondern für **alle** Kinder und Jugendlichen bereitstellt. SBK-Familienexpertin Kathrin Spindler: „Gerade im Kindes- und Jugend-



Foto: © David Baltzer/bildbuehne.de

alter ist es besonders wichtig, auch ein Augenmerk auf die Förderung geistiger und seelischer Gesundheit zu legen. Kulturelle Erlebnisse, wie beispielsweise Theaterbesuche, können dazu einen wesentlichen Beitrag leisten.

Durch das Verschenken der Theaterkarten in den Praxen wird außerdem ein Anreiz geschaffen, Vorsorgeuntersuchungen überhaupt wahrzunehmen.“

Mehr Infos zu „Theater auf Rezept“ unter: <http://www.theateraufrezept.de>

**Regine Hauch**

# Erfolgreiche Promotion mit 102 Jahren

Prof. Dr. Ingeborg Syllm-Rapoport hat am Mittwoch, 13. Mai 2015, im Alter von 102 Jahren erfolgreich ihre mündliche Prüfung zur Promotion abgelegt: Magna cum laude. Sie hat in Hamburg Medizin studiert, war von 1937 bis 1938 als Assistenzärztin am Israelitischen Krankenhaus Hamburg tätig und fertigte während dieser Zeit ihre Dissertationsschrift über Diphtherie an. Die Zulassung zur mündlichen Doktorprüfung und damit die Promotion wurden ihr jedoch von den nationalsozialistischen Hochschulbehörden in Deutschland unter Bezug auf die geltenden „Rassengesetze“ aufgrund ihrer jüdischen Abstammung verweigert.



Fotos: © UKE/Tomrlin

Prof. Dr. Gabriele M. Rune, Institut für Neuroanatomie, und Prof. Dr. Dr. Michael Frotscher, Institut für Strukturelle Neurobiologie. Die Prüfung legte Prof. Dr. Ingeborg Syllm-Rapoport nach Angaben der Klinik nach der aktuellen Promotionsordnung in ihrem Wohnzimmer ab. Vorbereitet hatte sich die Doktorandin, indem sie sich die aktuelle Literatur zu ihrem Promotionsthema von Angehörigen und Freunden vorlesen ließ, berichtete das „Wall Street Journal“. Nach der 45-minütigen Prüfung sagte der Dekan der Medizinischen Fakultät, Professor Uwe Koch-Gromus: „Nicht nur unter Berücksichtigung ihres hohen Alters war sie einfach brillant.“

Am Dienstag, 9. Juni, wurde im Rahmen einer bewegenden Feierstunde die Promotionsurkunde an die Kinder- und Jugendärztin übergeben. Ihre Dankesrede hielt Ingeborg Syllm-Rapoport frei. Sie habe diese Promotion nicht für sich selbst gebraucht, sagte sie. „Ich bin bereits Doktorin und Professorin. Ich habe es getan, um auf diese Art und Weise jenen eine Stimme zu geben, denen während der Zeit des Nationalsozialismus schlimmes Unrecht geschehen ist. Es ist mein Beitrag zur Aufarbeitung dieser dunklen Seite deutscher Geschichte an Hochschulen und Universitäten. Ich danke sehr dem Dekan der Medizinischen Fakultät des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus, dass er diese Idee hatte und dass er mich bei diesem Wirken so großartig unterstützt hat. So seltsam es vielleicht klingen mag, aber ich will mit dieser Geschichts-

aufarbeitung ein wichtiges Werk für die Zukunft leisten.“

Ingeborg Rapoport, 1912 als Tochter der jüdischen Pianistin Maria Syllm in Kamerun geboren, emigrierte 1938 in die USA und arbeitete dort als Kinderärztin. Dort lernte sie ihren späteren Mann, den Mediziner und Biochemiker Samuel Mitja Rapoport (1912-2004) kennen, mit dem sie vier Kinder hat.

Beide engagierten sich in der Kommunistischen Partei. Für seine Forschung zur Konservierung von Blut verlieh US-Präsident Harry S. Truman Samuel Rapoport nach dem Krieg eine Auszeichnung. Dennoch drohte ihm Anfang der 50er-Jahre eine Vorladung wegen seines Engagements für die Kommunistische Partei. Rapoport erfuhr davon auf einer Konferenz in der Schweiz und kehrte nicht in die USA zurück.

## Neonatologie an Charité aufgebaut

Das Ehepaar zog mit seinen Kindern 1952 nach Ost-Berlin, wo beide Partner an der Charité arbeiteten. Syllm-Rapoport habilitierte sich 1958 und wurde im Jahr darauf Dozentin an der Charité-Kinderklinik. 1968 wurde sie zur ordentlichen Professorin berufen.

Sie baute die Abteilung für Neonatologie an der Charité auf. 1984 erhielt sie den Nationalpreis der DDR.

1997 erschienen ihre Memoiren: „Meine ersten drei Leben“.

Jetzt dürfte Syllm-Rapoport die älteste Doktorandin der Welt sein.

Red.: ReH

**M**it dieser nachträglichen Promotion können wir geschehenes Unrecht nicht wieder gut machen. Aber wir tragen damit zur Aufarbeitung der dunkelsten Seiten deutscher Geschichte an den Universitäten und Hochschulen bei,“ erklärt Prof. Dr. Dr. Uwe Koch-Gromus, Dekan der Medizinischen Fakultät. Die Prüfungskommission bestand aus Prof. Koch-Gromus,

# Fortbildungstermine

**bvkj.**

 Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e.V.

**Programme und Anmeldeformulare finden Sie immer aktuell unter:**  
[www.bvkj.de/kongresse](http://www.bvkj.de/kongresse)

## Juli 2015

29.07.2015  
**„Immer etwas Neues“ 2015 in Fürth**  
Update für das gesamte Praxisteam  
Auskunft: ⑤

## August 2015

19. August 2015  
**„Immer etwas Neues“ 2015 in Leverkusen**  
Update für das gesamte Praxisteam  
Auskunft: ⑤

## 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

9. September 2015  
**Jahrestagung des LV Mecklenburg-Vorpommern**  
des Berufsverbandes der  
Kinder- und Jugendärzte e. V.,  
in Rostock  
Auskunft: ①

09. September 2015  
**„Immer etwas Neues“ 2015 in Berlin**  
Update für das gesamte Praxisteam  
Auskunft: ⑤

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 in Verden**  
Update für das gesamte Praxisteam  
Auskunft: ⑤

23. September 2015  
**„Immer etwas Neues“ 2015 in Erfurt**  
Update für das gesamte Praxisteam  
Auskunft: ⑤

30. September 2015  
**„Immer etwas Neues“ 2015 in Hamburg**  
Update für das gesamte Praxisteam  
Auskunft: ⑤

## Oktober 2015

7.-9. Oktober 2015  
**Workshop für Leitende Ärztinnen und Ärzte in Bad Orb**  
Wiss.Leiter:  
Prof. Dr. Ronald G.Schmid, Altötting  
Auskunft: Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e. V.  
Mielenforster Str. 2, 51069 Köln  
Tel.: 0221/68909-16  
Fax: 0221/68909-78  
(eva.ebbinghaus@uminfo.de)

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: 0221/68909-78,  
(bvkj.kongress@uminfo.de) ②

21. Oktober 2015  
**„Immer etwas Neues“ 2015 in München**  
Update für das gesamte Praxisteam  
Auskunft: ⑤

## November 2015

7. November 2015  
**Jahrestagung des LV Niedersachsen**  
des BVKJ in Verden  
Verantwortlich: Dr. Tilman Kaethner und  
Dr. Ulrike Gitmans, Auskunft: ③

7.-8.November 2015  
**Psychosoziale Themen**  
**des Praxisalltages in Herford**  
Wiss.Leiter: Dr. Uwe Büsching, Bielefeld  
Auskunft: Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e. V.  
Mielenforster Str. 2, 51069 Köln  
Tel.: 0221/68909-15/-26  
Fax: 0221/68909-78  
(bvkj.kongress@uminfo.de)

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

25.11.2015  
**„Immer etwas Neues“ 2015 in Nürtingen**  
Update für das gesamte Praxisteam  
Auskunft: ⑤

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

⑤ 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





## Geburtstage im August 2015

### 65. Geburtstag

Herr Manfred *Rieke*,  
Nordhorn, am 02.08.  
Frau Dr. med. Christiane *Brech*,  
Markkleeberg, am 05.08.  
Frau Dr. med. Gesine *Konkel*,  
Greifswald, am 06.08.  
Herr Dr. med. Wilhelm *Park*,  
Bad Saulgau, am 08.08.  
Frau Dipl.-Med. Magdalena *Sterner*,  
Bernterode, am 09.08.  
Herr Prof. Dr. med. Dipl. Phys.  
Joachim *Freihorst*, Aalen, am 09.08.  
Frau Dr. med. Martina *Weh*,  
Berlin, am 11.08.  
Herr Dr. med. Rainer *Gehl*,  
Freiburg, am 12.08.  
Frau Dr. med. Evelyn *Koalick*,  
Berlin, am 14.08.  
Herr Dr. med. Suhail *Jarrar*,  
Paderborn, am 17.08.  
Herr Dr. med. Hans-W. *Klopp*,  
Winterbach, am 20.08.  
Frau Dr. med. Gabriele *Oefner*,  
Baunatal, am 20.08.  
Frau Dr. med. Elfi *Kleeberg*,  
Henstedt-Ulzburg, am 22.08.  
Herr Dr. med. Fred *Kleinhans*,  
Kamen, am 23.08.  
Herr Dr. med. Morina *Alush*,  
Gelsenkirchen, am 24.08.  
Herr Dr. med. Reinhard *Koch*,  
Dittelbrunn, am 31.08.

### 70. Geburtstag

Herr Dr. med. Hermann *Rossius*,  
Neumünster, am 02.08.  
Herr Dr. med. Rudolf *Kappes*,  
Kempten, am 02.08.  
Frau Dr. med. Gisela *Schneider*,  
Freigericht, am 06.08.  
Herr Dr. med. Klaus *Strasser*,  
Villingen-Schwenningen, am 13.08.  
Frau Dr. med. Agnes *Hofmann*,  
Jena, am 14.08.  
Herr Dr. med. Friedrich *Boos*,  
Bonn, am 20.08.  
Frau Dr. med. Marianne *Breter*,  
Stadecken-Elsheim, am 21.08.  
Herr Dr. med. Ingwer *Jürgensen*,  
Bremen, am 26.08.  
Herr Georg-Christian *Weymann*,  
Lilienthal, am 27.08.  
Herr Dr. med. Hans-Jochen *Teuber*,  
Duisburg, am 27.08.

Herr Hans-Joachim *Bänsch*,  
Nossen, am 31.08.

### 75. Geburtstag

Frau Dr. med. Karin *Meyer*,  
Meiningen, am 01.08.  
Herr Dr. med. Burkhard *Will*,  
Rudolstadt, am 01.08.  
Herr Dr. med. Karl *Zeller*,  
Ludwigshafen, am 02.08.  
Frau Dr. med. Inge *Liebhold*,  
Bernkastel-Kues, am 02.08.  
Herr Dr. med. Karl H. R. *Soer*,  
Unna, am 02.08.  
Herr Dr. med. Eugen *Pinkawa*,  
Aachen, am 07.08.  
Herr Prof. Dr. med. Hans-Peter *Weber*,  
Bonn, am 07.08.  
Herr Dr. med. Jörg *Radicke*,  
Detmold, am 08.08.  
Herr Dr. med. Jürgen *Beese*,  
Wernigerode, am 10.08.  
Frau Dr. med. Gisela *Avrambos*,  
Unna, am 11.08.  
Frau Dr. med. Renate *Bley*,  
Leipzig, am 11.08.  
Herr Wolf *Doering*, Lübeck, am 14.08.  
Herr Dr. med. Dirk *Brands*,  
Heidelberg, am 23.08.  
Herr Dr. med. Hans-Walter *Zillhardt*,  
Stuttgart, am 25.08.  
Herr Prof. Dr. med. Nikolaus *Stahnke*,  
Hamburg, am 25.08.  
Frau SR Friderun *Paasch*,  
Fröndenberg, am 28.08.  
Frau Monika *Heidelmann*,  
Erkelenz, am 29.08.

### 80. Geburtstag

Frau Dr. med. Edith *Kurek*,  
Dinslaken, am 07.08.  
Herr Dr. med. Franz Josef *Lang*,  
Groß-Umstadt, am 19.08.  
Frau Dr. med. Heidi von *Leszczyński*,  
Frankfurt, am 31.08.  
Frau Dr. med. Anne *Gettmann*,  
Saarbrücken, am 31.08.

### 81. Geburtstag

Herr Dr. med. Jaroslav *Cermak*,  
Prag, am 01.08.  
Herr Dr. med. Klaus *Schönfelder*,  
Berlin, am 04.08.  
Frau Dr. med. Elisabeth *Happe*,  
Rheine, am 07.08.  
Herr Prof. Dr. med. Helmut *Bartels*,  
Würzburg, am 10.08.  
Herr Dr. med. Raul *Chavez*,  
Alfter, am 11.08.  
Frau Dr. med. Eva *Gliesche*,  
Berlin, am 18.08.

### 82. Geburtstag

Herr Dr. med. Georg *Schüler*,  
Hannover, am 04.08.  
Herr Dr. med. Manfred *Schwerdtfeger*,  
Flein, am 05.08.

Herr Dr. med. Hans *Hofmann*,  
Dohna, am 13.08.

Frau Dr. med. Käthe *Deutsch*,  
Schöneiche, am 19.08.

### 83. Geburtstag

Herr Dr. med. Sigmar *Seimer*,  
Hamburg, am 30.08.

### 84. Geburtstag

Frau Dr. med. Gabriele *Maus*,  
Gießen, am 05.08.

Frau Dr. med. Gerlinde *Otto*,  
Dessau, am 12.08.

Herr Schapur *Aliani*, Saarburg, am 16.08.

### 85. Geburtstag

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

### 86. Geburtstag

Herr Dr. med. Harald *Zoepffel*,  
Würzburg, am 05.08.

### 87. Geburtstag

Herr Ltd.Med.Dir.a.D. Dr. Hans Wolfgang  
*Schmidt*, Zorneding, am 13.08.

### 88. Geburtstag

Herr Dr. med. Ahmad *Nikpour*,  
Essen, am 18.08.

Herr Dr. med. Meinolf *Bartscher*,  
Schwalbach, am 27.08.

### 91. Geburtstag

Frau Dr. med. Inge *Tropf*,  
Tiefenthal, am 28.08.

### 92. Geburtstag

Frau Dr. med. Renate *Scheier*,  
Wermelskirchen, am 01.08.

### 94. Geburtstag

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

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

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

### 95. Geburtstag

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

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

### 100. + Geburtstag

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

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

### Wir trauern um:

Frau Anna Maria *Dahm*, Meerbusch  
Herrn Prof. Eberhard *Straub*,  
Königstein  
Frau Dr. Inghild *Westermann*,  
Porta Westfalica  
Herrn Dr. med. Hubert *Schulte*,  
Essen

## Im Monat Mai durften wir 23 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.  
*Janine Morgenthaler*



**Berlin**  
Herrn Dr. med.  
*Thomas Schinkel*



**Hessen**  
Frau Dr. med.  
*Inmaculada Martinez Sagner*



**Mecklenburg-Vorpommern**  
Frau Dr. med. *Silke Hamp*



**Nordrhein**  
Herrn Dirk *Borchard*  
Frau Gioulnara *Gadjieva*  
Frau Andrea *Graumann*  
Frau Isabel *Heesen*  
Herrn Dr. med.  
*Peter Kaiser*  
Herrn Dr. med.  
*Ulrich Müller-Römer*  
Frau Dr. med.  
*Carla Reiner*



**Saarland**  
Herrn Dr. med. *Thomas Doerfert*  
**Schleswig-Holstein**



Frau Dr. med. *Nathalie Beaud*  
Herrn Dr. med. *Eric Fischer*  
Frau Dr. med. *Ulrike Weihofen*



**Thüringen**  
Frau Kerstin *Ehrentraut*

## Compliance als Voraussetzung für den Therapieerfolg

## Erwachsenwerden mit Cystinose

Bei seltenen Erkrankungen stellen die frühzeitige Diagnose und der sofortige Therapiebeginn eine ärztliche Herausforderung dar. Prof. Jochen Ehrich, Hannover, geht bei der Cystinose von einem hohen Anteil nicht-diagnostizierter und somit nicht adäquat behandelter Fälle aus. Dabei spielt gerade bei dieser seltenen Stoffwechselerkrankung die frühzeitige und vor allem lebenslange Therapie die entscheidende Rolle, um die schwerwiegenden Folgen der Erkrankung möglichst lange hinaus zu zögern. Ein wesentlicher Punkt ist daher die Compliance der Patienten, die sich laut Dipl. Psych. Dirk Bethe mit multimodaler Intervention verbessern lässt.

## Einleitung

Die nephropathische Cystinose ist eine seltene, genetisch-bedingte Stoffwechselerkrankung mit einer Prävalenz von circa 1:100.000 bis 1:200.000 Geburten.<sup>1</sup> Rund 140 Menschen (Kinder und Erwachsene) leiden hierzulande unter dieser Erkrankung. Die C y s t i n o s e beruht auf einer Mutation des CTNS-Gens, welches für das lysosomale Membranprotein Cystinosin kodiert. Ohne funktionierendes Cystinosin kann Cystin nicht mehr aus den Lysosomen transportiert werden. Es kommt

zur Akkumulation unlöslicher Cystin-Kristalle in fast allen Zellen, Geweben und Organen des Körpers. Im Verlauf der Erkrankung führt diese Cystin-Ablagerung zu einer fortschreitenden Schädigung der Gewebe und schließlich zu massiven Funktionsstörungen verschiedener Organe. Wenngleich in den ersten Jahren die Nierensymptomatik im Vordergrund steht handelt es sich um eine Systemerkrankung. Die Betroffenen leiden unter Niereninsuffizienz, sowie meist an einer Photophobie, im späteren Verlauf folgen ZNS-Schäden, Ateminsuffizienz und Muskelschwund

[siehe Abb. 1]. Unbehandelt sterben die Patienten mit circa 10 Jahren an terminaler Niereninsuffizienz.<sup>2</sup>

Leitsymptom:  
tubuläre Insuffizienz

Die Mehrheit der Erkrankten zeigt die infantil-nephropathische Verlaufsform (ca. 95 %), nur selten tritt die adultbenigne oder okuläre Form auf. Bei der Geburt weisen die Kinder mit infantiler Form noch keine Krankheitssymptome auf, doch machen sich die ersten Anzeichen einer Nierenfehlfunktion bereits im Alter von etwa sechs Monaten bemerkbar (Fanconi-Syndrom).<sup>2</sup>

Aufgrund einer zunehmenden Fehlfunktion im proximalen Tubulus kommt es insbesondere zu einer Störung des Elektrolythaushalts. Frühe Symptome umfassen Polydipsie, Polyurie, Erbrechen, Wachstumsstörung, metabolische Azidose sowie Rachitis. Ohne adäquate Therapie nimmt die Nierenfunktion bei fortschreitender Krankheit so weit ab, dass zwischen dem achten und zwölften Lebensjahr eine Dialyse oder eine Nierentransplantation erforderlich wird. Mit zunehmendem Alter kommt es zu weiteren Komplikationen [siehe Abb. 1].

Kontinuierliche Therapie  
verlangsamt die Progression

Das zentrale Therapieziel in der Behandlung der nephropathischen Cystinose ist es, einen konstant niedrigen Cystin-Spiegel in den Körperzellen zu erreichen. Dafür ist es notwendig, den Wirkstoff Cysteamin in der vorgeschriebenen Dosierung und vor allem in genauem Abstand regelmäßig einzunehmen. Denn bereits eine kurze Verlängerung

Betroffene Organe und Bereiche	Komplikationen	Zeitpunkt des Auftretens
Nieren	Fanconi-Syndrom Terminale Niereninsuffizienz	6 – 12 Monate 8-10 Jahre
Wachstum	Gedeihstörung, Kleinwuchs	6 – 12 Monate
Knochen	Rachitis	6 – 12 Monate
Schilddrüse	Hypothyreose	5 – 10 Jahre
Augen	Photophobie, Retinale Erblindung	1 – 12 Jahre 13 – 40 Jahre
Muskeln	Myopathie	12 – 40 Jahre
Gastrointestinaltrakt	Schluckstörungen, Übelkeit	12 – 40 Jahre
Lunge	Lungenfunktionsstörungen	21 – 40 Jahre
Optionale Spätkomplikationen	Auswirkungen auf ZNS, Diabetes mellitus, Hypogonadismus	18 – 40 Jahre

Abb.1: Klinische Merkmale der unbehandelten Cystinose und mögliche Spätkomplikationen.<sup>2</sup>

der Dosierungsintervalle kann den Cystin-Spiegel auf ein Niveau ansteigen lassen, welches die Zellen schädigt.<sup>3</sup> Unter einer vorschriftsmäßigen Therapie erfolgt eine kontinuierliche Elimination von Cystin aus den Lysosomen. Dies hat für den Patienten spürbare Auswirkungen: Das Längenwachstum der Kinder verbessert sich, die Funktionsfähigkeit der Organe bleibt länger erhalten. Insgesamt verlangsamt sich die Krankheitsprogression, wodurch die Lebenserwartung deutlich ansteigt. Während die Erkrankung unbehandelt im Alter von etwa 10 Jahren wegen terminaler Niereninsuffizienz zum Tod führt, erreichen die Betroffenen unter adäquater Behandlung ein Lebensalter von 50 Jahren oder mehr.<sup>1</sup>

Allerdings ist die zuverlässige Einnahme der Medikation nicht immer einfach. Bethe betonte, dass es für Familien mit einem schwer chronisch erkrankten Kind eine große Herausforderung darstelle, die Therapie stets zuverlässig, Tag für Tag, umzusetzen.

In der Therapie der Cystinose ist ein wichtiger, potentiell jedoch belastender, Faktor das Dosierungsintervall von bisher sechs Stunden. Dadurch ist auch während der Nacht eine Einnahme erforderlich.

Zudem kann die Therapie u. a. zu gastro-intestinalen Nebenwirkungen (Erbrechen, Übelkeit, Durchfall, Bauchschmerzen, Atemgeruch, Gastroenteritis, Dyspepsie), Nebenwirkungen des Nervensystems (Kopfschmerzen, Enzephalopathie) und zu Nebenwirkungen der Haut (abnormaler Körpergeruch, Hautausschlag) führen.<sup>4</sup> Eine wichtige Aufgabe für den Arzt besteht folglich darin, die Patienten und ihre Familien zu unterstützen und zu einer guten Compliance zu motivieren.

### Empathie verbessert die Compliance

Die Noncompliance (NC) ist laut Bethe ein weit verbreitetes und komplexes Problem. So zeigt eine Metaanalyse mit nieren-transplantierten Jugendlichen, dass 43 % ihre Immunsuppressiva nicht zuverlässig einnehmen, im Vergleich zu 35 % NC bei allen Altersgruppen.<sup>5</sup>

„Die NC stellt oft eine emotionale Herausforderung für die Arzt-Patient-Beziehung dar“, erklärte Bethe. Auf Seiten des Arztes kann die NC mit aversiven Gefühlen wie Sorge, Enttäuschung oder Ärger einhergehen. Zudem ist sie oftmals mit großer

Unsicherheit behaftet: Wie soll man mit der Familie darüber sprechen, wie kann man die NC angehen? Ähnlich ergeht es den Patienten. Auch hier bestehen häufig aversive Empfindungen wie etwa Scham und zusätzlich die Unsicherheit, wie man sich gegenüber dem Arzt verhalten soll.

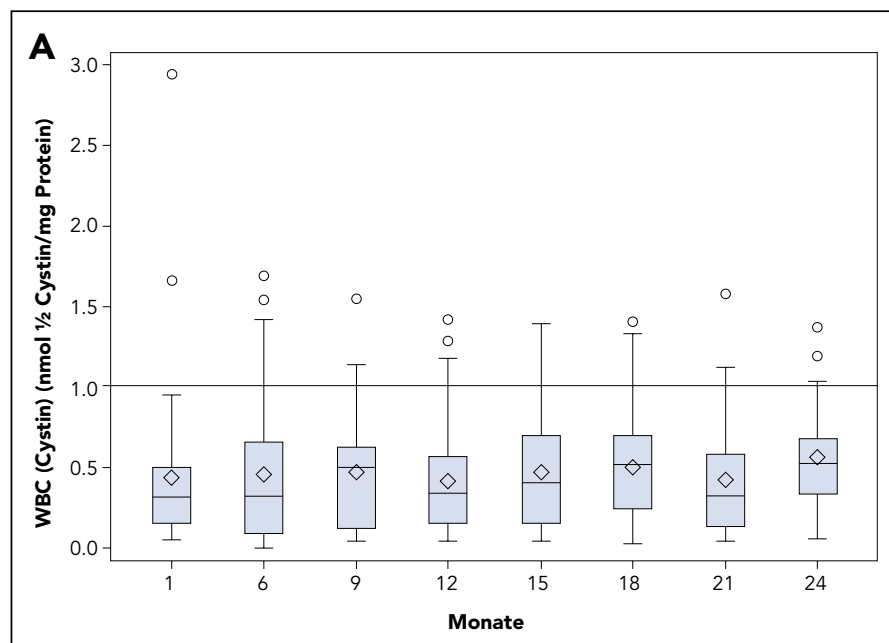
Bei pädiatrischen Patienten korreliert die NC mit einer ganzen Reihe an Risikofaktoren, beispielsweise einem geringen Selbstwertgefühl oder wenig Familienzusammenhalt. Die gute Nachricht ist laut Bethe jedoch, dass die NC keine stabile Persönlichkeitseigenschaft ist, sondern ein dynamisches Phänomen, welches durch Unterstützung und Intervention beeinflussbar ist. Daher hat auch die zwischenmenschliche Beziehung zu dem behandelnden Arzt einen Einfluss auf die Compliance.

In einer Untersuchung ermittelte Bethe die häufigsten Ursachen für NC bei Jugendlichen mit chronischer Niereninsuffizienz: die Hälfte hatte ihre Medikation schlicht vergessen. Als nützlich beschrieben die Jugendlichen praktische Hilfen (etwa die Medikation an eine gut sichtbare Stelle zu legen), Gespräche über den Sinn der Medikamente sowie soziale Unterstützung.<sup>6</sup> „Aus pädiatrischen Populationen mit anderen chronischen Erkrankungen ist bekannt, dass eine multimodale Intervention die Compliance fördert“, berichtete Bethe. Diese umfasst Schulungen, Einbezug der Eltern, Selbstkontrolle, emotionale Unterstützung und Wertschätzung sowie das Lösen praktischer Probleme.

Da sich der Effekt dieser Interventionen jeden Monat verringert, ist eine kontinuierliche Unterstützung erforderlich. Für den Praxisalltag hat Bethe einige Tipps: So sollte man „mit einer explorativen, nicht-vorwurfsvollen, empathischen Haltung auf die Patienten zugehen. Dies macht es leichter, offen über Compliance-Probleme zu sprechen.“ Überhaupt sei es besser, über Compliance zu sprechen, als auf NC zu reagieren. „Dabei sollte man als sachlich beratender Partner auftreten, nicht wie ein ermahnender Lehrer. Lobenswert ist bereits, wenn sich die jungen Patienten um Compliance bemühen, selbst wenn es Lücken gibt“, rät Bethe.

### Vorteile verzögerter Freisetzung

Die einzige zugelassene Therapieoption bei Cystinose ist die Behandlung mit Cysteamin.



**Abb. 2 :** Der mittlere leukozytäre Cystinspiegel blieb während der gesamten Studie unter 1nmol Hemicystin / mg Protein. Die durchgezogene Linie begrenzt den Bereich des leukozytären Cystinspiegels, der während der Therapie mit Cysteamin erreicht werden sollte. Es gab während der 24-monatigen Studie keine signifikanten Änderungen des leukozytären Cystinspiegels.<sup>10</sup> Die Boxplots zeigen den Median (–) und den Mittelwert (◆). Das erste und dritte Quartil zeigt das untere und obere Ende der Werte in der Box auf. Die unteren und oberen Whisker zeigen jeweils das Minimum und Maximum und die (O) zeigen die Ausreißer.<sup>10</sup>

Cysteamin teilt Cystin in zwei Cysteinmoleküle. Cystein wird an Cysteamin gebunden und kann hierdurch das Lyso-som über einen alternativen Transporter verlassen. Die Akkumulation von Cystin wird somit unterbunden.<sup>7</sup> Bei der bisher gebräuchlichen Cysteamin-Formulierung wird der Wirkstoff bereits im Magen freigesetzt und resorbiert. Wie eine Studie belegt, findet jedoch die beste Resorption im Dünndarm statt.<sup>8</sup> „Das ist bemerkenswert, denn es wirkt sich auf die Pharmakodynamik aus. Der Zielparameter – der leukozytäre Cystinspiegel – zeigt die niedrigsten Werte, wenn der Wirkstoff im proximalen Dünndarm resorbiert wird, der Abfall hält auch am längsten an“, betonte Prof. Lutz Weber, Köln. Seit kurzem steht eine Cysteaminformulierung mit verzögerter Freisetzung zur Verfügung (Procysbi®), mit der die Freisetzung und Resorption des

Wirkstoffs erst im Dünndarm erfolgt. Die Einnahme erfolgt nur noch alle 12 Stunden im Gegensatz zum strikten 6 stündlichen Einnahmintervall des sofort-freisetzenden Cysteamin. Als Folge haben Patienten und deren Betreuungspersonen wieder eine ungestörte Nachtruhe. Darüber hinaus wurde in einer Studie die signifikante Verbesserung der Lebensqualität gezeigt.<sup>9</sup>

Nur zweimal täglich eingenommenes Cysteamin ist ebenso wirksam wie die viermalige Einnahme. In einer sechswöchigen Cross-Over-Studie mit 43 Patienten unterschieden sich die leukozytären Hemicystin-Spiegel im Plasma nicht signifikant zwischen den beiden Studienarmen.<sup>10</sup>

„Bei beiden Medikationen wurde der Zielbereich von 1 nmol leukozytäres Hemicystin pro mg Protein im jeweiligen Zeitraum von sechs bzw. zwölf Stunden nicht überschritten“, berichtete Weber.

Dieses Ergebnis wurde auch in einer Folgestudie bestätigt, die über einen Beobachtungszeitraum von 24 Monaten lief.<sup>10</sup> [Abbildung 2]

Die Cysteamintherapie mit verzögerter Freisetzung zur Behandlung der nephropathischen Cystinose kann helfen, die Compliance bei den Patienten zu verbessern und damit einen positiven Einfluss auf den Krankheitsverlauf haben.

**Dr. Marion Hofmann-Aßmus,  
Fürstenfeldbruck**

#### Quelle

Mittagssymposium „Erwachsenwerden mit Cystinose“ im Rahmen der 46. Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie, veranstaltet von Raptor Pharmaceuticals am 12.03.2015 in Berlin.

#### Literatur

- 1 Nesterova G, Gahl WA, *Pediatric Nephrol* 2013; 28:51 – 59
- 2 Adaptiert nach Gahl WA et al., *N Engl J Med* 2002; 347:111-121
- 3 Levchenko EN et al. *Pediatr Nephrol* 2006; 21: 110–113
- 4 Fachinformation PROCYSBI®, Stand September 2013
- 5 Dobbels F et al. *Pediatr Transplant* 2010; 14:603–613
- 6 Bethe D et al., European Working Group on Psychosocial Aspects of Children with Chronic Renal Failure, Annual Meeting, Glasgow, 22.-25.Mai, 2002
- 7 Gahl WA *New Engl J Med* 2002; 347:111-121
- 8 Dohil R. et al. *J Pediatr* 2006; 148:764-769
- 9 Langman CB et al. *J Pediatr* 2014; 165:528-533
- 10 Langman CB et al. *Clin J Am Soc Nephrol* 2012; 7:1112–1120
- 11 Fine RN et al., *Am J Transplant* 2009; 9:35-41

## Definition Compliance, Noncompliance

Gemäß der Nonadherence Consensus Conference im Jahr 2008 ist „eine zufriedenstellende Compliance dann erreicht, wenn die Diskrepanz zwischen dem Medikamenten-Einnahmeverhalten und dem angeordneten Medikamenten-Regime keinen Einfluss auf das Behandlungsergebnis hat.“<sup>11</sup> Zur Noncompliance besteht laut Bethe kein theoretisches Modell, welches alle Aspekte umfasst und erklärt. Stattdessen werden Risikofaktoren ermittelt, um potentiell betroffene Patientengruppen zu identifizieren.

### PROCYSBI 25 mg magensaftresistente Hartkapseln / PROCYSBI 75 mg magensaftresistente Hartkapseln

**Wirkstoff:** Cysteamin (als Mercaptaminbitartrat). **Zusammensetzung:** Arzneilich wirksame Bestandteile: 1 PROCYSBI 25 mg magensaftresistente Hartkapsel enthält 25 mg Cysteamin (als Mercaptaminbitartrat). 1 PROCYSBI 75 mg magensaftresistente Hartkapsel enthält 75 mg Cysteamin (als Mercaptaminbitartrat). Sonstige Bestandteile: Kapselinhalt: Mikrokristalline Cellulose, Methacrylsäure-Ethylacrylat-Copolymer (1:1), Hypromellose, Talkum, Triethylcitrat, Natriumdodecylsulfat. Kapselhülse: Gelatine, Titandioxid (E171), Indigocarmin (E132). Tinte: Schellack, Povidon, Titandioxid (E171). **Anwendungsgebiete:** Behandlung der nachgewiesenen nephropathischen Cystinose. Cysteamin bremst die Anhäufung von Cystin in bestimmten Zellen (z. B. Leukozyten, Muskel- und Leberzellen) bei Patienten mit nephropathischer Cystinose; bei frühzeitigem Behandlungsbeginn verzögert Cysteamin die Entstehung eines Nierenversagens. **Dosierung:** Die Dosis wird vom Arzt individuell angepasst. Das therapeutische Ziel besteht darin, den Cystingehalt der Leukozyten unter 1 nmol Hemicystin/mg Protein 30 min nach der Einnahme zu halten. Die angestrebte Erhaltungsdosis beträgt 1,3 Gramm/m<sup>2</sup>/Tag aufgeteilt auf zwei Gaben. Die Anwendung höherer Dosen als 1,95 g/m<sup>2</sup>/Tag wird nicht empfohlen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff, jegliche Form von Cysteamin (Mercaptamin) oder einen der sonstigen Bestandteile der Kapseln, Überempfindlichkeit gegen Penicillamin, Stillzeit. **Schwangerschaft:** Tierexperimentelle Studien haben Reproduktionstoxizität einschließlich Teratogenität gezeigt. Das mögliche Risiko für den Menschen ist nicht bekannt. Eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung durch den Arzt ist nötig. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig (> 1/10): Anorexie, Erbrechen, Übelkeit, Durchfall, Lethargie, Pyrexie. Häufig (> 1/100, < 1/10): Kopfschmerzen, Enzephalopathie, Bauchschmerzen, Atemgeruch, Dyspepsie, Gastroenteritis, abnormaler Körpergeruch, Hautausschlag, Asthenie, abnormale Leberfunktionstests. Gelegentlich (> 1/1.000, < 1/100): Leukopenie, Anaphylaktische Reaktion, Nervosität, Halluzinationen, Somnolenz, Krampfanfälle, Magen-Darm-Geschwür, Veränderung der Haarfarbe, Hautstreifen, Sprödigkeit der Haut (molluskoider Pseudotumor im Bereich der Ellbogen), Gelenk-Überstreckung, Beinschmerzen, Genu valgum (X-Bein), Osteopenie, Kompressionsfraktur, Skoliose, Nephrotisches Syndrom. Im Zusammenhang mit Cysteaminbitartrat mit sofortiger Freisetzung wurde über benigne intrakranielle Hypertonie (oder Pseudotumor cerebri (PTC)) mit Stauungspapillen berichtet. **Verschreibungspflichtig.** Einleitung der Therapie durch einen in Cystinose-Behandlung erfahrenen Arzt. Weitere Hinweise siehe Fachinformation. **Stand:** 09/2013. **Zulassungsnummer(n):** PROCYSBI® 25mg: EU/1/13/861/001, PROCYSBI® 75mg: EU/1/13/861/002, **Zulassungsinhaber:** Raptor Pharmaceuticals Europe B.V., Naritaweg 165, NL-1043 BW Amsterdam, Niederlande.

## Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) bei Kindern

# Impfschutz kann schwere Spätfolgen verhindern

In Deutschland besteht weiterhin ein Risiko für eine FSME-Infektion. Deutlich häufiger als bisher angenommen sind auch Kinder betroffen. Unterschätzt werden vor allem die Spätfolgen der Erkrankung. Nicht selten tragen die jungen Patienten neurologische Langzeitschäden davon, allen voran Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen sowie psychomotorische Auffälligkeiten. Da keine kausale Therapie verfügbar ist, kommt einem Impfschutz in FSME-Risikogebieten besondere Bedeutung zu.

Die FSME ist eine akute Infektion des Zentralen Nervensystems (ZNS), die sich als Meningitis, Enzephalitis oder Myelitis manifestieren kann. Auslöser der Erkrankung ist das FSME-Virus, das in der Regel über den Stich einer infizierten Zecke übertragen wird.<sup>1</sup> Etwa jeder dritte Stich einer infizierten Zecke führt zur Erkrankung.<sup>2</sup> In Deutschland besteht ein FSME-Infektionsrisiko vor allem in Baden-Württemberg, Bayern, Südhessen und im Südosten Thüringens. Im Jahr 2014 wurden bundesweit 265 Erkrankungsfälle gemeldet.<sup>1</sup>

## Langzeitfolgen bei Kindern oft unterschätzt

Dr. Mikael Sundin, Kinderarzt am Astrid Lindgren Children's Hospital in Stockholm, referierte auf einem Symposium des diesjährigen ESPID-Kongresses zum Thema FSME bei Kindern. Bislang wurde angenommen, dass vor allem Erwachsene von Spätfolgen betroffen sind, da die Erkrankung bei älteren Menschen meist ungünstiger verläuft.<sup>2</sup> Aktuelle Ergebnisse einer prospektiven Studie zeigen jedoch, dass FSME-Infektionen und postvirale neurologische Defizite bei Kindern deutlich häufiger sind als bislang vermutet.<sup>3</sup> So wurde bei zehn von 124 Kindern, die wegen unspezifischer neurologischer Symptome in die pädiatrische Notfalleinweisung kamen, eine FSME diagnostiziert.

In einer schwedischen Studie mit 55 Kindern, die eine vermeintlich ausgeheilte FSME mit ZNS-Beteiligung hatten, wurde festgestellt, dass diese oft noch an Restsymptomen leiden.<sup>4</sup> Im Langzeit-Follow-Up wiesen zwei von drei Kindern auch noch nach zwei bis sieben Jahren neurologische Auffälligkeiten auf, insbesonde-

re kognitive Störungen, Kopfschmerzen, rasche Ermüdung und erhöhte Reizbarkeit. Mehr als ein Drittel der Kinder zeigte Defizite bei Aktivitäten, die das Arbeitsgedächtnis (AGD) erfordern. So erzielten betroffene Kinder im Intelligenztest „Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC)“ bezüglich des Index „AGD“ signifikant schlechtere Ergebnisse verglichen mit dem standardisierten Mittelwert ( $p < 0,001$ ).<sup>4</sup>

## FSME-Impfschutz hat hohen Stellenwert

Bei an FSME Erkrankten können nur die Symptome gelindert werden, eine ursächliche Therapie existiert nicht.<sup>2</sup> Deshalb, so Sundin, ist es in FSME-Risikogebieten besonders wichtig, einer Infektion vorzubeugen. Die FSME-Schutzimpfung bietet laut Robert-Koch-Institut (RKI) den „zuverlässigsten Schutz gegen die FSME“.<sup>1</sup> Um einen länger bestehenden Impfschutz zu erzielen, sind laut RKI eine abgeschlossene Grundimmunisierung in drei Teildosen sowie Auffrischimpfungen alle drei bis fünf Jahre erforderlich.<sup>1</sup> Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt die Immunprophylaxe allen Personen, die in FSME-Risikogebieten wohnen, arbeiten oder diese Regionen besuchen.<sup>1</sup> Hierfür stehen z. B. die Präparate FSME-IMMUN 0,25 ml Junior® und FSME-IMMUN Erwachsene® zur Verfügung.<sup>5,6</sup> Aufgrund des bestehenden Risikos einer unvollständigen Heilung plädierte Sundin dafür, in FSME-Endemiegebieten bereits Kinder ab einem Jahr zu impfen.

Dass FSME-Neuerkrankungen durch höhere Impfquoten erfolgreich zurückgedrängt werden können, zeigt eine Studie zur FSME-Inzidenz am Beispiel von Österreich: Dort sank die Inzidenz nach Ein-

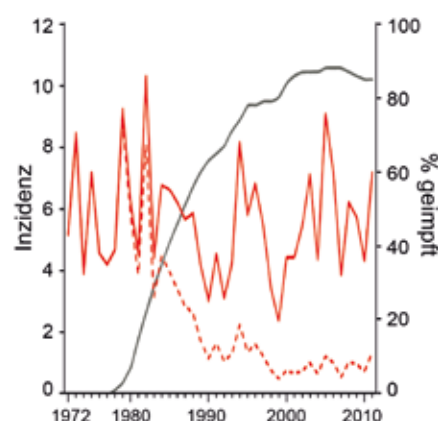


Abb. 1: Inzidenzrate der FSME in Österreich von 1972 bis 2011. Gesamtbevölkerung (rote gestrichelte Linie) und nicht geimpfte Bevölkerung (rote durchgehende Linie).<sup>7</sup>

führung der Impfung auf ein Niveau von ca. 16% verglichen zur durchschnittlichen Inzidenz vor Impfbeginn. Die Inzidenzraten bei nicht geimpften Personen blieben hingegen gleichermaßen hoch (Abb. 1).<sup>7</sup> In Deutschland sind die FSME-Impfquoten seit 2010 stagnierend bzw. sinkend. Laut RKI könnten höhere Impfquoten insbesondere in Kreisen mit hohen FSME-Inzidenzen zur Verhinderung eines erheblichen Teils der FSME-Fälle beitragen.<sup>1</sup>

### Literatur

1. Epidemiol Bull 2015; 21:175-186
2. Kaiser R Wiener Med Wochenschr 2012; 162:239-243
3. Sundin M et al. Eur J Pediatr 2012; 171(2):347-52
4. Fowler A et al. J Pediatr. 2013; 163(2):555-60
5. Fachinformation FSME-IMMUN 0,25 ml Junior®, Stand: April 2015
6. Fachinformation FSME-IMMUN Erwachsene®, Stand: April 2015
7. Heinz F et al. Emerg Infect Dis 2013; 19(1):69-76

Quelle: Pfizer-Satellitensymposium im Rahmen der 33. Tagung der Europäischen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (ESPID), Leipzig, 13.05.2015

Autor: Dr. Martina-Jasmin Utzt

Mit freundlicher Unterstützung der  
Pfizer Pharma GmbH

ESPID-Kongress 2015

# Impfstrategien schützen – und müssen kommuniziert werden!

Durch Pertussis-Impfungen konnte die Häufigkeit der Erkrankung in den letzten 50 Jahren deutlich gesenkt werden. Keuchhusten bleibt jedoch endemisch und es werden immer wieder Ausbrüche beobachtet. Neben der Impfung von Kleinkindern und ihrer Umgebung bietet die maternale Impfung am Ende der Schwangerschaft Schutz für Neugeborene. In Diskussionen beim ESPID<sup>1</sup> wurde deutlich, dass Chancen und Nutzen von Impfungen immer wieder kommuniziert werden müssen – im Gespräch mit Eltern und anderen Betroffenen und auf möglichst vielen Informationskanälen.

**P**ertussis bleibt eine wichtige Ursache für Morbidität und Mortalität im Kindesalter, vor allem in den ersten Lebensmonaten. Nach WHO-Daten betrug die Mortalität bei Ausbrüchen in Schweden, Portugal oder Chile zwischen 2003 und 2012 zwischen 20 mehr als 60 Todesfälle pro Million Einwohner. Besonders gefährdet durch Infektionen mit *Bordetella pertussis* sind Neugeborene, die für die Impfung noch zu jung sind. Tragisch klingt hier der Bericht eines Vaters, dessen zwei Monate alte Tochter an den Folgen der Infektion verstarb – angesteckt durch die Eltern: „Wenn wir selbst rechtzeitig geimpft worden wären, hätten wir unsere Tochter schützen können.“ Dieser Fall zeigt, wie wichtig die aktuellen Empfehlungen bei Keuchhusten sind: Um die Mortalität bei Kleinkindern zu verringern, erhalten Kinder nach der Grundimmunisierung mit der Sechsfachimpfung (z. B. Infanrix hexa<sup>®</sup>) Auffrisch-Impfungen; dazu sollte bei Kleinkindern die gesamte Umgebung wie Eltern, Großeltern und Betreuungspersonen geimpft werden<sup>2</sup>. Hier sind Impfstoffe wie Boostrix<sup>®</sup> oder Boostrix<sup>®</sup> Polio effektiv und allgemein gut verträglich, indiziert zur Booster-Impfung gegen Diphtherie, Tetanus und Pertussis bei Kindern ab einem Lebensalter von vier Jahren, sowie bei Adoleszenten und Erwachsenen, auch bei älteren Menschen<sup>3</sup>.

Prof. Carl-Heinz Wirsing von König, Krefeld, betonte, dass weder die natürliche Infektion noch die Pertussis-Impfung ein Leben lang schützen. Ging man früher nach natürlicher Infektion von lebenslanger Immunität aus, so wird heute eine Spanne von 3,5 bis 12 Jahren beschrieben<sup>4</sup>. Solange die Abdeckungsrate bei der Grundimmunisie-

rung nur etwa 85 % betrage, könne man immer noch Pertussis-Fälle beobachten, resümierte der Leiter des deutschen Referenzlabors für *Bordetella*-Infektionen.

## Maternale Immunisierung gegen Pertussis

Die ESPID-Jahrestagung bietet Einblicke in die Impfstrategien unserer Nachbarländer: Um besonders Neugeborene vor Infektionen zu schützen, wird in einigen Ländern eine Impfung in der Schwangerschaft empfohlen (z.B. Belgien, Großbritannien, Irland, Teile Spaniens, Israel). Nachdem im Jahr 2012 in England 14 Kinder im Alter unter drei Monaten an Pertussis verstorben waren, wurde ein temporäres Impfprogramm für werdende Mütter eingeführt: Jeder Schwangeren wurde eine Impfung mit einem Vierfach-Impfstoff (Diphtherie, Tetanus, Pertussis, Polio (dTpa-IPV)) angeboten, idealerweise zwischen der 28. und 32. Woche, um bis zur Geburt möglichst hohe Titer maternalen Antikörper zu erzielen. Dr. Gayatri Amirthalingam von der britischen Gesundheitsbehörde in London berichtete von der die hohen Akzeptanz des Programms, das sicher und hochwirksam war<sup>5</sup>. Die Pertussis-Impfung während der Schwangerschaft gilt als beste Strategie, um Neugeborene mit maternalen Antikörpern vor einer Infektion zu schützen. Geimpfte Mütter fallen zudem auch als Infektionsquelle aus.

## Impfen ist ansteckend

Die Forschung geht weiter: Sowohl bei Impfraten als auch bei der Wirksam-

keit der Impfstoffe ist noch Luft nach oben. Die großen Erfolge von Impfprogrammen, wie etwa die Eradikation der Pocken oder die Elimination von Polio, Diphtherie oder Masern in vielen Ländern, werden nicht immer ausreichend kommuniziert, meinte Prof. Pierre Van Damme, Antwerpen (Belgien). Hier sei bei Ärzten, Hebammen und auch Lehrern eine breite Fortbildung in der Immunologie wichtig, um oftmals lauten Stimmen von Impfkritikern entgegenzutreten. Er appellierte an seine Kollegen, nicht auf Krisen zu warten, sondern proaktiv zu kommunizieren.

Im Internet sind Einträge von Impfgegnern überproportional häufig. Patienten können die Qualität der Informationen nicht immer beurteilen. Deshalb bleiben Mediziner wichtige Ansprechpartner und müssen im Praxisalltag genügend Zeit haben, um den Nutzen von Impfungen zu kommunizieren. Damit sich nicht nur Mythen rund ums Impfen viral verbreiten, sondern auch die Akzeptanz. Impfen ist ansteckend, oder als knappe englisch Botschaft: „be wise and immunize“.

## Quellen

- 1 33. Jahrestagung der European Society for Paediatric Infectious Diseases (ESPID), Leipzig, 13. Mai 2015; Symposien „Pertussis caught in the crossfire“ und „Is it time for vaccination to go viral?“, Veranstalter GlaxoSmithKline
- 2 STIKO-Empfehlung RKI Epidemiologisches Bulletin 34/2014
- 3 Fachinformation Boostrix<sup>®</sup> Stand Februar 2014, GSK; Fachinformation Boostrix<sup>®</sup> Polio Stand Februar 2014, GSK
- 4 Wendelboe A et al. *Pediatr Infect Dis J* 2005; 24: S58-S61
- 5 Amirthalingam G et al., *Lancet* 2014; 384: 1521-8

## Autor

Martina Freyer, Medizinerjournalistin

## Präsident des BVKJ e.V.

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

## Vizepräsident des BVKJ e.V.

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

## Pressesprecher des BVKJ e.V.

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

## Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

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

Sie finden die Kontaktdaten sämtlicher Funktionsträger des BVKJ unter [www.kinderaerzte-im-netz.de](http://www.kinderaerzte-im-netz.de) und dort in der Rubrik „Berufsverband“.

## Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln  
Tel.: 0221/6 89 09-0  
[www.bvkj.de](http://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: [bvkj-servicegmbh@uminfo.de](mailto:bvkjservicegmbh@uminfo.de)  
Tfx.: 0221/6890929

### Büroleiterin:

Anke Emgenbroich

E-Mail: [anke.emgenbroich@uminfo.de](mailto:anke.emgenbroich@uminfo.de)

### Ansprechpartnerinnen:

Stephanie Kernchen

Tel.: 0221/68909-27  
E-Mail: [stephanie.kernchen@uminfo.de](mailto:stephanie.kernchen@uminfo.de)

Ursula Horst

Tel.: 0221/68909-28  
E-Mail: [uschi.horst@uminfo.de](mailto: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](mailto:hans-iko.huppertz@klinikum-bremen-mitte.de)

Prof. Dr. med. Florian Heinen

E-Mail: [florian.heinen@med.uni-muenchen.de](mailto:florian.heinen@med.uni-muenchen.de)

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

E-Mail: [p.hoeger@kkh-wilhelmstift.de](mailto:p.hoeger@kkh-wilhelmstift.de)

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

E-Mail: [klaus-michael.keller@helios-kliniken.de](mailto:klaus-michael.keller@helios-kliniken.de)

Prof. Dr. med. Stefan Zielen

E-Mail: [stefan.zielen@kgu.de](mailto:stefan.zielen@kgu.de)

### Forum, Berufsfragen, Magazin:

Dr. med. Christoph Kupferschmid

E-Mail: [Ch.Kupferschmid@t-online.de](mailto:Ch.Kupferschmid@t-online.de)

Regine Hauch

E-Mail: [regine.hauch@arcor.de](mailto:regine.hauch@arcor.de)

## Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

[www.kinderaerzte-im-netz.de](http://www.kinderaerzte-im-netz.de)

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

[www.dakj.de](http://www.dakj.de)

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

[www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php](http://www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php)

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

[www.stiftung-kind-und-jugend.de](http://www.stiftung-kind-und-jugend.de)