

bvkJ.

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

Heft 06/10 · 41. (59.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Forum:
40 Jahre
Berufsverband
– eine Erfolgsgeschichte!

Fortbildung:
Schwerpunkt:
Schulungen bei
chronischen
Erkrankungen

Berufsfragen:
Europäische
Praxispädiater
mit deutscher
Präsidentin

Magazin:
Schwierige
Schulschwänzer

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT

© Mat Hayward/Marek Kosmal - Fotolia.com



bvkj.



Schwierige Schulschwänzer

S. 397

Inhalt 6 | 10

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

Forum

- 343 **40 Jahre Berufsverband – eine Erfolgsgeschichte**
Wolfram Hartmann
- 345 **Grußwort**
Hans-Jürgen Nentwich
- 345 **Grußwort**
Fred Zepp
- 346 Vermischtes
- 348 **Verkauft und abgezockt**
Regine Hauch
- 349 **Herbstkongress in Bad Orb**
Regine Hauch
- 350 Vermischtes
- 352 **Passwörter und Visitenkarten: PädInform und Web 2.0**
Matthias Otto
- 353 **Das Leser Forum**
- 354 Vermischtes
- 356 **Tempo 30 in der Stadt mindert Unfallfolgen – besonders bei Kindern**
Stephan Heinrich Nolte

Fortbildung

- 361 **Schwerpunkt: Schulungen bei chronischen Erkrankungen – Editorial**
Rüdiger Szczepanski
- 362 **Asthmaschulung**
Rüdiger Szczepanski
- 366 **Schulung für übergewichtige und adipöse Kinder**
Ines Gellhaus, Kurt Stübing
- 368 **Anaphylaxie-Schulung**
Frank Friedrichs
- 370 **Flip & Flap – Epilepsieschulungsprogramm**
Sabine Jantzen, Tina Hallfahrt-Krisl
- 372 **Die Hypothyreose als Ursache der Raynaud-Erkrankung**
Jürgen Hower, Thomas Lamberti
- 377 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Susann Bley, Peter Müller
- 377 Impressum
- 380 **Consilium Infectiorum: Nachbeobachtung nach Impfung**
Volker Wahn
- 382 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**

Berufsfragen

- 386 **Europäische Praxispädiater jetzt mit deutscher Präsidentin**
Gottfried Huss
- 387 **Obleutetreffen in Hildesheim**
Andreas Mattheß
- 389 **Wahlaufruf**
- 390 **Jeder Fehler zählt**
Gottfried Huss
- 391 **Die Politiker müssen endlich handeln**
Wolfgang Gempp
- 392 **Versammlung des BVKJ-Landesverbandes Bayern**
Sean Monks
- 395 **Die Kündigung von Arbeitsverträgen**
Andreas Meschke
- 396 **Praxistafel**

Magazin

- 397 **Schwierige Schulschwänzer**
Heinrich Ricking
- 400 **Fortbildungstermine BVKJ**
- 401 **Dr. Dorothea Bogner ist 65**
Klaus Gritz
- 402 **Buchtipps**
- 403 **BVKJ-Medienpreis in Berlin verliehen**
Regine Hauch
- 404 **Tagungen**
- 405 **Anlage oder Umwelt?**
Stephan Heinrich Nolte
- 407 **Personalia**
- 409 **Nachrichten der Industrie**
- 414 **Wichtige Adressen des BVKJ**

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen in voller Auflage ein Flyer des BVKJ für das Curriculum Psychosomatische Grundversorgung, bei. Sowie als Teilbeilagen das Programmheft der Jahrestagung des LV Sachsen, Dresden, das Programmheft Pädiatrie zum Anfassen, Lübeck, und das Programmheft der 13. Seminartagung LV Hessen, Kassel.

Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

Unsere **Top-Seller** für Ihre Praxis



€ 25,50

Das 1. Lebensjahr des Kindes

Tabelle nach Vojta

Dreifarbige, großformatige Wandtafel für die Praxis

Ideal nicht nur für Arztpraxen, sondern auch für Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Osteopathen etc.

60 x 85 cm, zum Aufhängen



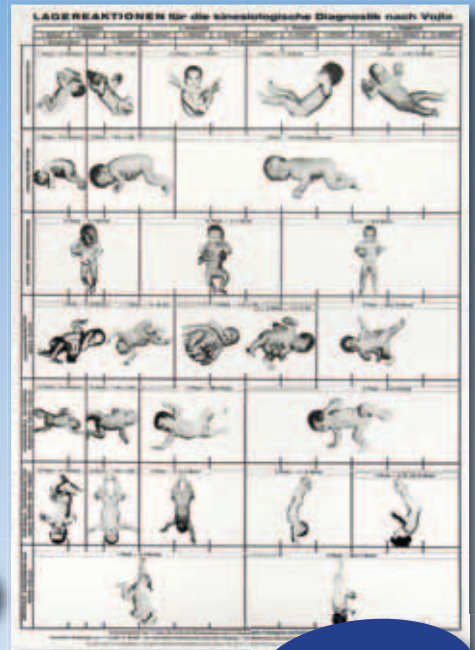
€ 20,50

Psychomotorische Entwicklung des Säuglings

Tabellarische Übersicht nach der Münchener Funktionellen Entwicklungsdiagnostik zusammengestellt von Prof.

Dr. Theodor Hellbrügge
Farbige, großformatige Wandtafel, dt./engl.

57 x 83,5 cm, zum Aufhängen



€ 13,-

Lagereaktionen für die kinesiologische Diagnostik nach Vojta

1. bis 12. Lebensmonat
Großformatige, einfarbige Wandtafel für die Praxis

42 x 59,5 cm, zum Aufhängen

Wind in den Windeln

Szenen aus der Kinderarztpraxis

Mit leichter Hand gelingt es dem Bremer Pädiater Hendrik Crasemann, seine Beobachtungen und Kuriosa aus dem Praxisalltag mit spitzer Feder ins Bild zu setzen. Er spricht den Pädiatern aus der Seele, und wer wollte in diesen Szenen nicht die Erlebnisse aus der eigenen Praxis wiedererkennen? Machen Sie sich, ihren Freunden oder Kollegen eine unbeschwertere Freude; das fröhliche Schmunzeln beim Lesen und Betrachten kommt dabei von ganz allein!

80 Seiten, 17 x 24,5 cm, Hardcover



€ 7,50

Kindliche Sozialisation und Sozialentwicklung

haben ihren berechtigten Platz in der Pädiatrie, Kinderpsychologie und Pädagogik gefunden. Vor allem die Vorstufen der kindlichen Sozialentwicklung in den ersten Lebensjahren und die Kopplung an die frühe Sprachanbahnung haben dazu geführt, daß sie zur Grundlage der Entwicklungs-Rehabilitation geworden sind und damit neue Chancen für betroffene Kinder und ihre Eltern boten. Darüberhinaus haben die neuesten Erkenntnisse auf diesem Gebiet in überzeugender und eindringlicher

Weise die Sensibilität des jungen Kindes und seine Abhängigkeit von der bewussten und unbewussten Vorbildwirkung seiner Umwelt bewiesen. Dieses Buch will auf wissenschaftlicher Basis dazu beitragen, daß sich Erwachsene – nicht nur Ärzte, Lehrer, Psychologen und Eltern, sondern auch Politiker und Wirtschaftsexperten – dieser großen Verantwortung bewußt werden.

3. überarb. Aufl., hrsg. von Theodor Hellbrügge, 336 Seiten, 107 Abbildungen, Hardcover



€ 48,-



**HANSISCHES
VERLAGSKONTOR GMBH**

So können Sie bestellen:

per Tel.: 0451-70 31 267, per Fax: 0451-70 31 281,

per e-mail an: vertrieb@schmidt-roemhild.com oder über

unseren Online-Shop auf: www.hansisches-verlagskontor.de

Schwerpunkt

Schulungen bei chronischen Erkrankungen

Editorial

Patientenschulung als essentieller Baustein ist heute für viele chronische Erkrankungen entweder etabliert oder in Entstehung begriffen. Begonnen hat die Idee der Patientenschulung zunächst für den Bereich Diabetes in den 80er-Jahren. Seit 1988 gab es erste Initiativen zur Asthmaschulung sowohl in Akutkliniken als auch Rehabilitationseinrichtungen. Relativ rasch entwickelte sich daraus die Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V. (AGAS), die Standards der Struktur-, Prozess- sowie der Ergebnisqualität erarbeitete, daneben ein Trainercurriculum. Zudem wurden zahlreiche Studien durchgeführt, um den Effekt der Asthmaschulung nachzuweisen. Die Bemühungen der AGAS mündeten letztendlich in die Akkreditierung des Programms für das DMP.

Aufbauend auf den Erfahrungen der Schulung bei Asthma kam es dann zur Entwicklung eines Schulungsprogramms für Familien, deren Kinder von Neurodermitis betroffen sind. Das BMG hatte als Vorgabe für eine bundesweite Multicenterstudie gemacht, dass die Erfahrungen der Asthmaschulung mit aufgegriffen werden sollten, sowohl bei der Entwicklung, Evaluierung als auch bei der Implementierung. Die seit 2000 dann durchgeführte Multicenterstudie ist erfolgreich abgeschlossen und im Cochrane-Review international als hochgradig evident angesehen. Bislang gibt es zwar eine Rahmenempfehlung zur Übernahme der Schulung für den Neurodermitisbereich, leider aber erst einen ersten Rahmenvertrag mit der BKK in Niedersachsen.

In den letzten Jahren entstanden weitere Schulungsprogramme, so z. B. für Adipositas, Epilepsie, Rheuma, chronische Schmerzen, Psoriasis, Herzfehler, Anaphylaxie. Erste Programme in der Entwicklung bzw. Pilotphasen gibt es für Mukoviszidose, nephrotisches Syndrom, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, angeborene Herzfehler, Transplantation sowie einzelne seltene Stoffwechselerkrankungen.

2008 wurden die verschiedensten Schulungsprogramme aus Anlass der Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Neurodermitisschulung und Arbeitsgemeinschaft Asthmaschulung zusammengeführt zu einem internen Austausch. Als Ergebnis dieses Austausches wurde das „Kompetenznetz Patientenschulung“ (KomPaS) im März 2009 gegründet. Dieses hat zum Ziel, die Schulungsprogramme weiterzuentwickeln, die Etablierung neuer Schulungsprogramme zu unterstützen und insbesondere auch Schulungsprogramme für weniger häufige/seltene Krankheiten zu etablieren (www.compnet-schulung.de).

Das Kompetenznetz Patientenschulung führt derzeit ein Forschungsvorhaben durch zur Entwicklung eines modularen Schulungssystems (ModuS): Durch Modula-

risierung derjenigen Schulungsinhalte, die nicht nur für die einzelnen Indikationen, sondern für verschiedene zutreffend sind/sein können, soll die Möglichkeit eröffnet werden, auch für weniger häufige bzw. seltene Krankheiten Schulungsprogramme zu entwickeln und langfristig zu etablieren. In gleichem Zusammenhang sollen neue Zugangswege entwickelt werden für Familien mit Migrationshintergrund bzw. aus sozialen Randgruppen, mit dem Ziel einer Verbesserung der Teilnahmemöglichkeiten an Schulungsprogrammen. Das Projekt „ModuS“ läuft seit dem 01.12.2009.

Auch vor dem Hintergrund der Tatsache, dass inzwischen in dem Weiterbildungskatalog für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendarzt eine Schulungskompetenz gefordert und dieses auch für einzelne Weiterbildungsgebiete (Diabetologie, Allergologie, Pneumologie, usw.) explizit mit aufgeführt wird, ist es notwendig, die vorhandenen Kompetenzen zu bündeln bzw. weiterzuentwickeln und Lücken zu schließen. Begünstigt werden diese Bemühungen durch § 43 SBG V, der die Patientenschulung als wohnortnahe Rehabilitation ausdrücklich aufführt. Insbesondere begünstigend ist natürlich die Tatsache, dass im Rahmen des DMP bei Diabetes mellitus Typ 1 und Asthma bronchiale die Patientenschulung einen wesentlichen zentralen Baustein darstellt.

Der KINDER- UND JUGENDARZT hat sich zum Ziel gesetzt, den aktuellen Stand der Patientenschulung für die verschiedenen Indikationen darzustellen und dazu anzuregen, dass die Idee der Schulung als Stärkung des Empowerments noch intensiver in den Versorgungsalltag implementiert wird. Das Empowerment umfasst die beim Patienten/in der Familie vorhandenen Ressourcen, um mit den Herausforderungen der chronischen Krankheit, ihrem Alltagsmanagement, der Intervention bei akuter Verschlechterung, aber auch im sozialen Rahmen und im Familienalltag möglichst eigenständig fertig zu werden. Die Stärkung des Empowerments umfasst somit die Vermittlung von Kenntnissen über Krankheit sowie mögliche aktive Mitarbeit bei der Therapie; Wahrnehmung von Auslösern und Selbsteinschätzung; Frühintervention und Selbstmanagement; Minderung krankheitsbezogener Ängste sowie emotionale Entlastung; Verbesserung des familiären Umgangs/Integration in Peergroups; Förderung der Eigenverantwortlichkeit und als Basis all dieser Aspekte die Akzeptanz der Krankheit als chronisch (variabel) verlaufend. Wichtig dabei ist, dass das vermittelte Wissen immer handlungsrelevant aus Sicht von Patient und Familie sein muss.

Letztendlich bewirkt die Schulung eine Stärkung von Patient und Familie für den eigenständigen Umgang mit der Erkrankung im Alltag.



Dr. Rüdiger
Szczepanski

Dr. Rüdiger
Szczepanski

Vorsitzender der
Arbeitsgemeinschaft
Asthmaschulung
im Kindes- und Ju-
gendalter e. V.
(AGAS)

Vorsitzender
Kompetenznetz
Patientenschulung
e. V. (KomPaS)

Kinderhospital
Osnabrück
Iburger Straße 187
49082 Osnabrück

Red.: Riedel

Schwerpunkt: Schulungen bei chronischen Erkrankungen

Asthmaschulung für Kinder und Jugendliche sowie deren Familien



Dr. Rüdiger
Szczepanski

Entwicklung der Asthmaschulung

Bereits Ende der 80er-Jahre gab es Initiativen für die Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen (überwiegend an einigen wenigen Rehabilitationseinrichtungen bzw. Akutkliniken). Zunächst ging es dabei um eine „Steigerung der Compliance“ von Patient und Familie. In der damaligen Definition war Compliance das Ausmaß des Verhaltens eines Patienten/seiner Familie, mit dem die ärztlichen Vorgaben übernommen und durchgeführt wurden. Aus dieser „Besserung der Compliance“ entwickelte sich über eine eher typisch pädiatrische/familienorientierte Sicht eine Ausweitung der Schulungsintervention in dem Sinne, dass die ganze Familie und soziale Bezüge mit einbezogen wurden. Darüber hinaus hat sich vom Selbstverständnis her die Schulung als psychologisch-pädagogische Intervention etabliert, die zwar medizinische (handlungsrelevante) Inhalte transportiert, aber im Wesentlichen zum Ziel hat, das „Empowerment“ zu steigern. Damit ist gemeint, dass die persönlichen und familiären Ressourcen im Sinne einer Resilienz gestärkt und gefördert werden. Im Bereich der Asthmaschulung geht es um eine Vermittlung der handlungsrelevanten Kenntnisse über medikamentöse und nicht-medikamentöse Dauer- und Akuttherapie; um die Wahrnehmung von Auslösern und die Möglichkeit deren Vermeidung; um insbesondere die Möglichkeit, Frühsymptome

selbst wahrzunehmen und adäquat (auch unabhängig von medizinischer Professionalität) reagieren zu können; um eine Minderung krankheitsbezogener Ängste und eine emotionale Entlastung für Patienten sowie deren Eltern; um eine Verbesserung des familiären Umgangs mit der chronischen Krankheit auf der Basis der Akzeptanz des Asthma bronchiale als chronische Erkrankung; um eine Verminderung psychosozialer Auswirkungen durch die chronische Erkrankung und insgesamt eine Förderung der Eigenverantwortlichkeit und Steigerung der Lebensqualität für Patient und Familie (Szczepanski 2004).

Unter dem Stichwort „Niemand ist alleine krank“ wurden in Deutschland – anders als in den meisten anderen Ländern – bereits frühzeitig Eltern und andere Bezugspersonen mit einbezogen. Dies gilt insbesondere auch für den Bereich der Jugendlichenschulung, da Jugendliche aus ihrer eigenen Sicht Eltern als die wesentlichen Ratgeber in Fragen der Gesundheit ansehen (noch vor der Peergroup).

Patientenschulung ist demzufolge deutlich mehr als die medizinische Aufklärung und auch kein Ersatz für ein Casemanagement, sie ist keine Psychotherapie und kein Allheilmittel. Insbesondere ist die Schulung eine interdisziplinäre Intervention und nicht zu verwechseln mit einer Instruktion, die laut DMP-Vorgaben die Erklärung

Tabelle 1

Inhalt	Methodisch-didaktisches Material (Beispiele)
1. Physiologie der Atmung	Kriechtunnel (Kind als Luft verzaubert); Anatomiemodelle
2. Was ist Asthma?	Scheibenmodell (4 Stufen/die „Drei Dicken“ als Schicht mit Zunahme nach Grad der Obstruktion); Strohhalmübung (durch 1-2 Min. Atmung für Eltern Asthma sonst spürbar)
3. Auslöser und deren Vermeidung	Eigene Erfahrung, Kenntnisse; Krabbelsack mit kindgerechten Symbolen; Memory
4. Medikamentenwirkung	Spiele für Schutzfunktion der Dauertherapie mit entsprechenden Spielsymbolen für Wirkprinzipien; Spiele für Akuttherapie mit entsprechenden Spielsymbolen für die Wirkprinzipien
5. Stufenplan	Treppenmodell
6. Notfallbehandlung	Rollenspiel incl. Durchsetzungsstrategien
7. Symptomwahrnehmung/körperliche Aspekte	Lungendetektiv, Peak-flow-Messung, Symptomtagebuch incl. daraus abzuleitender Handlungen, atemerleichternde Techniken, Entspannungsübungen, Sport und Asthma
8. Emotionale Aspekte	Über Rollenspiele für Kinder, über Handpuppe als Leitfigur für das einzelne Kind, Elternerfahrungsrunde als Gesprächskreis
9. Kognitive und Verhaltensaspekte	Rollenspiele mit Video-Feedback, Handpuppe als Leitfigur
10. Familien- und psychosoziale Aspekte	Gesprächsrunde (Eltern/Jugendliche), Rollenspiele, familienmedizinisch orientierte Einzelgespräche



Abbildung 1 und das Üben der unmittelbaren bei Diagnosestellung verordneten Medikamenten/Devices beinhaltet (Szcze-panski, Friedrichs, Spindler 2002).

In der Zeit von 1991 bis 1994 hat die Arbeitsgemein-schaft Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V. (AGAS) medizinische und psychologische Inhalte sowie methodisch-didaktisches Vorgehen für Kinder von 5–7 Jahren, 9–12 Jahren und Jugendliche von 13–18 Jahren und eine alleinige Schulung für die unter 5-jährigen entwickelt und konsensual verabschiedet. Es wurden einheitliche Kriterien der Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festgelegt. Dazu gehört auch die

Entwicklung eines Train-the-Trainer Curriculums mit dem entsprechenden Etablieren von zertifizierten Asthmaakademien (Einzelheiten s. Handbuch Qualitätsma-nagement in der Asthmaschulung von Kindern und Ju-gendlichen 2008).

Inhalte

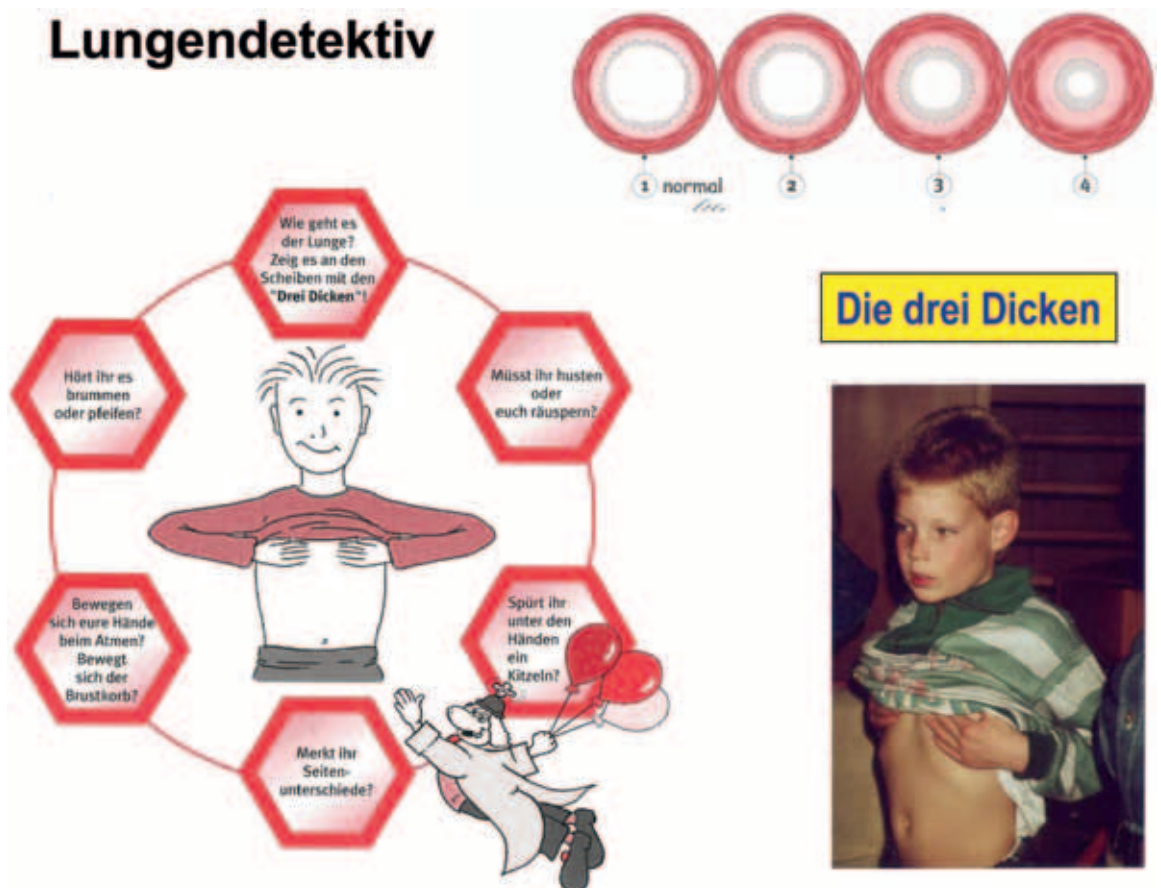
Die handlungsrelevanten Inhalte sowie deren metho-disch-didaktisches Umsetzen sind der Tabelle 1 zu ent-nehmen. Die AGAS hat verschiedene methodisch-didak-tische Materialien entwickelt und zur Verfügung gestellt, die auf der Internetseite abrufbar sind. Dazu gehören neben dem Kriechtunnelspiel, das die Pathogenese des Asthma spielerisch vermittelt, das Training des Lungen-detektivs (Abb. 2), die Asthmaauslöser als Fassmodell sowie Spiele, die den Schutz durch Dauermedikamente, die Notwendigkeit der Dauertherapie und auch die Wirkung der Akuttherapie vermitteln. Natürlich müssen altersent-sprechend für Jugendliche bzw. Eltern gezielte metho-disch-didaktische Materialien zum Einsatz kommen.

Evaluation

Für Deutschland wurde die Effektivität der Asthma-schulung in verschiedenen Studien überprüft, sowohl in Hinblick auf die eigentliche Durchführung, den Effekt der Nachschulung, den Effekt einer internetbasierten Nachschulung, und auch eine Kosten-Nutzen-/Kosten-Wirksamkeitsanalyse, und die Frage, inwieweit eine Im-plementation erfolgreich durchgeführt werden kann (Handbuch – Qualitätsmanagement 2008, Gebert et al.

Abbildung 2

Lungendetektiv



1998, Kiosz et al. 2001, Lob-Corzilius und Petermann 1997, Szczepanski et al. 1996, Szczepanski et al. 2010).

Eine erste Metaanalyse von 2000 zeigte, dass kurze Interventionen („Instruktion“) keinen Effekt haben (Haby et al. 2002). In 2003 beweist eine Metaanalyse (Guevara et al. 2003), dass die Schulung der Regelversorgung auf Verbesserung der Lungenfunktion, Steigerung der Selbstwirksamkeit, Verringerung der Schulfehltag, Verringerung der Tage mit geringer Aktivität, seltenere Notfallversorgung, Verringerung nächtlicher Störungen überlegen ist. Diese Metaanalyse zeigte keinen Effekt hinsichtlich der Häufigkeit stationärer Aufnahme und Häufigkeit von Exacerbationen. In einer neueren Metaanalyse (Coffmann et al. 2008) zeigten sich gerade in diesem Bereich (der Anzahl von Hospitationen und ambulanter Notfallversteuerung) allerdings starke Effekte.

Eine neuere Metaanalyse (Boyd et al. 2009), die nur den primären Endpunkt von Notfallbehandlungen erfasste, zeigte gleichfalls eine deutliche Überlegenheit der Schulung gegenüber der Regelversorgung. Die Daten der jüngsten in Deutschland durchgeführten Studie zur Überprüfung der Effekte einer Schulung von Eltern, deren Kinder unter fünf Jahre alt sind, ergaben im Vergleich zur alleinigen Instruktion bzw. Wartekontrollgruppe gleichfalls eine Überlegenheit der Schulung, insbesondere gegenüber der Instruktion (Szczepanski et al. 2010). Die von Runge et al. 2006 durchgeführte Studie zeigte auf, dass eine internetbasierte Nachschulung (www.my-Air.TV) eine alternative Nachschulungsform nach einer durchgeführten Schulung darstellt.

Gesundheitspolitische Konsequenzen

Grundsätzliche Überlegungen in der Versorgung aus Sicht der Fachgesellschaften haben parallel zu gesundheitspolitischen Überlegungen dazu geführt, dass Schulung heute in den Leitlinien, in der Facharztausbildung, in der Zusatzqualifikation Allergologie/Pneumologie und insbesondere im Disease-Management-Programm einen zentralen Baustein für die Versorgung darstellt (s. entsprechende Rechtsverordnung bzw. Weiterbildungskatalog, Nationale Versorgungsleitlinie, Leitlinie der GPP). Auch im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung gibt es zumindest für Niedersachsen und Westfalen die Möglichkeit, über Schulungsgemeinschaften (analog zur Gerätegemeinschaft) die Kapazität an Schulungsplätzen deutlich zu erhöhen (Szczepanski 2010).

Natürlich braucht nicht jeder Patient/nicht jede Familie eine Patientenschulung. Es gibt bisher jedoch noch keine zuverlässigen Kriterien, die für eine differentielle Indikation eingesetzt werden können. Der Wunsch seitens der Kinder/Jugendlichen und Eltern ist im Allgemeinen deutlich höher einzuschätzen als wir Kinderärzte es vermuten. Lungenfunktion und Asthma-Kontroll-Test helfen nicht. Eine Möglichkeit besteht im Einsatz eines Kriteriumsboogens für differentielle Indikation (Schulte im Walde et al. 2005).

Voraussetzungen

Die Voraussetzungen für die Schulung sind klar in der Rechtsverordnung zum DMP geregelt. Es dürfen für die Schulung nur vom BVA akkreditierte Schulungsprogramme zum Einsatz kommen. Das Programm der AGAS (www.asthaschulung.de) ist das erste flächendeckende Programm, zu dem dann noch ergänzend die internetbasierte Nachschulung (my-Air.TV) dazugekommen ist. Aktuelle Verhandlungen laufen dahingehend, das DMP für die Altersgruppe der 2–5-jährigen zu erweitern. Ende 2009 kam es endlich zum Durchbruch: Es steht zu erwarten, dass die entsprechenden vertraglichen Modalitäten im ersten Halbjahr 2010 fertiggestellt werden. Für diese Altersgruppe kann bislang nur auf der Basis des Paragraphen 43 SGB V geschult werden. Die Basis der Durchführung der Schulung ist das Handbuch Qualitätsmanagement der AGAS. Die Ausbildung zum Asthmatrainer wird fortlaufend weiterentwickelt und ist qualitäts gesichert (Szczepanski 2010).

Literatur beim Verfasser.

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Dr. Rüdiger Szczepanski
Kinderhospital Osnabrück
Iburger Straße 187
49082 Osnabrück

Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Asthaschulung
im Kindes- und Jugendalter e. V. (AGAS)

Vorsitzender
Kompetenznetz Patientenschulung e. V. (KomPaS)

Red.: Riedel



Mehr Sicherheit für Kinder im Straßenverkehr

mobil
SICHER-RATGEBER „Kinder im Straßenverkehr“

Tipps zur Vermeidung von Kinderunfällen, Dr. Rita Bouraue, 2. überarb. Aufl. 2003, 144 Seiten, ISBN 978-3-7950-0791-1

NUR € 9,90

DEUTSCHLANDS
ÄLTESTES VERLAGS-
UND DRUCKHAUS
SEIT 1879

Mengstr. 16 · 23552 Lübeck
Telefon 04 51/70 31-267
Telefax 04 51/70 31-281
www.schmidt-roemhild.de · E-Mail: vertrieb@schmidt-roemhild.com

AUS DEM INHALT:

<ul style="list-style-type: none"> ▲ Welcher Kindersitz für mein Kind im Pkw? ▲ Schwanger: Noch ans Steuer? ▲ Warum sind Jungen im Straßenverkehr stärker gefährdet als Mädchen? ▲ Vorbereitung auf den Straßenverkehr: Was müssen Eltern wissen? 	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Spielraum Straße ▲ Wie schicke ich mein Kind zur Schule? ▲ Kinderbeförderung auf dem Fahrrad ▲ Welches Rad für mein Kind? ▲ Mehr als 100 Tipps zur Verkehrssicherheit
---	--

Schwerpunkt: Schulungen bei chronischen Erkrankungen

Schulung für übergewichtige und adipöse Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern

Konsensusgruppe Adipositasschulung für Kinder und Jugendliche (KgAS)



Ines Gellhaus



Dr. med. Kurt Stübing

Adipositas im Kindes- und Jugendalter nimmt in Deutschland noch immer stetig zu. Neben dem persönlichen Leid sind damit auch hohe direkte und indirekte Krankheitskosten verbunden. Adipositasschulung ist zu verstehen als Training und Übung eines gesunden Lebensstils für die gesamte Familie. Die Ziele der Adipositasschulung sind die Unterstützung des Kindes oder Jugendlichen bei der Verbesserung des Ess-, Ernährungs- und Bewegungsverhaltens. Die einjährige ambulante Schulung soll eingebettet sein in eine Gesamtbetreuung, deren Intensität sich je nach sozialer Lage, Leidensdruck und Komorbidität unterscheiden kann. Indikation: Mindestalter acht Jahre, Schul- und Gruppenfähigkeit sowie Motivation bei Kind und Eltern, die einjährige Schulung durchzuhalten. Das Schulungsteam besteht aus einem Arzt, einem Psychologen oder Pädagogen, einem Sporttherapeuten und einer Ernährungsfachkraft. Die Trainerqualifikation ist eine zentrale Voraussetzung für die Adipositasschulung im Kindes- und Jugendalter. Die Adipositastrainer sind an zertifizierten Schulungszentren tätig.

Adipositas im Kindes- und Jugendalter verursacht körperliche und psychische Erkrankungen und ist abgesehen von dem persönlichen Leid mit hohen direkten und indirekten Krankheitskosten verbunden. Zudem finden adipöse Jugendliche schwerer einen Ausbildungsplatz, weisen ein niedrigeres Selbstbewusstsein auf, gründen seltener Familien und gelangen in schlechter qualifizierte Berufe. Die Behandlung stellt eine große Herausforderung für die sozialen Versorgungssysteme dar.

Die Therapie der kindlichen Adipositas mit herkömmlichen Methoden, wie Medikamenten oder einfachen Beratungen, ist unwirksam. Aus ökonomischen Gründen sind Schulungen mehrerer altersgleicher Kinder und deren Eltern in Kleingruppen zwischen acht und zwölf Teilnehmern¹ praktikabel. Schulung für adipöse Kinder ist zu verstehen als Training und Übung eines gesunden Lebensstils für die gesamte Familie. Die Adipositasschulung integriert psychotherapeutische Ansätze und berücksichtigt die Lebensumstände der Familien.

Zur Verwirklichung der Schulungsziele wurde 1999 die Konsensusgruppe Adipositasschulung (KgAS) innerhalb der Mitglieder der Deutschen Adipositasgesellschaft (DAG) gegründet. Als Rahmenkonzept für die Adipositasschulung entstand das Trainermanual „Leichter, aktiver, gesünder“, das im Jahr 2004 vom aid-infodienst in Bonn veröffentlicht wurde. Im Zuge der Konzeptentwicklung wurden 2002 erste Leitlinien für die Adipositas-

schulung für Kinder und Jugendliche innerhalb der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) formuliert.

Die Ziele der Adipositasschulung sind die Unterstützung der Kinder und Jugendlichen bei der Verbesserung des Ess-, Ernährungs- und Bewegungsverhaltens. Fördernde Ziele sind die kindliche Selbstwahrnehmung, Selbstkontrolle und Selbstwirksamkeit. Die langfristigen Ziele sind nach gelungener Lebensstiländerung die Reduktion des Übergewichtes, die Vermeidung der Folgeerkrankungen, die ungestörte physische, psychische und soziale Entwicklung, eine Verbesserung der Lebensqualität und nicht zuletzt: die Vermeidung von Nebenwirkungen im Zusammenhang mit der Gewichtsabnahme.

Die Adipositasschulung ist in vier Bereiche gegliedert: Medizin, Psychosoziales, Ernährung sowie körperliche Aktivität und Sport jeweils für Kinder und Eltern. Für jeden Schulungsbereich sind zu behandelnde Themen und Bausteine definiert. Jedem Baustein sind Übungen und dazu passende Arbeitsmaterialien zugeordnet, die in den Schulungseinheiten durchgeführt und bearbeitet werden. In einem Schulungsdurchgang müssen alle Themen und Bausteine behandelt werden, die dazugehörigen Übungen und Materialien sind in einem begrenzten Rahmen je nach Alter und Gruppenzusammensetzung variierbar.

Die Indikationen für die Adipositasschulung wurden in einem Konsensuspapier des Bundesministeriums für Gesundheit 2004 detailliert festgelegt: Mindestalter acht Jahre, Schul- und Gruppenfähigkeit sowie ausreichende Motivation von Kind und Eltern, die einjährige Schulung durchzuführen.

Die Schulung ist als Training und Übung eines gesunden Lebensstils für die gesamte Familie zu verstehen

¹ Zur Vereinfachung der Lesweise ist im Text von „Teilnehmern“, „Arzt“, „Trainer“, etc. die Rede. Diese Formulierungen schließen die Formen „Teilnehmerinnen“, „Ärztin“, „Trainerin“, etc. selbstverständlich jederzeit mit ein.

Die Kinder oder Jugendlichen werden je nach Zentrum ein- bis zweimal wöchentlich von interdisziplinären „Adipositastrainern“ geschult. Sie betreiben Bewegung und Sport, sie kochen, führen Übungen im medizinischen und psychosozialen Bereich durch, wobei sämtliche Übungen verhaltensändernde Bestandteile beinhalten. Parallel erfolgen regelmäßige Schulungen mit den Eltern zu denselben Themen. Nur in der psychosozialen Schulung sind die Ziele und Inhalte bei Eltern und Kindern unterschiedlich. Ziel der Elternschulung ist die Stärkung der Erziehungskompetenz, damit sie auf das Ernährungs-, Bewegungs- und Freizeitverhalten ihrer Kinder so Einfluss nehmen können, dass diese ihr Übergewicht reduzieren können. Während des Behandlungszeitraums sollen substantielle Änderungen des Ess-, Ernährungs- und Bewegungsverhaltens erreicht und nachgewiesen werden. Insgesamt umfasst ein Jahresprogramm 175 Schulungseinheiten.

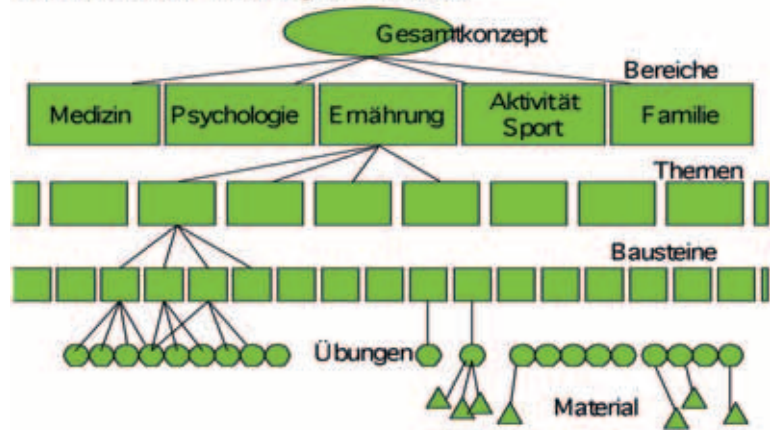
Dem niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt kommt eine zentrale Rolle zu: er überprüft, welche Patienten für Schulungen geeignet sind und überweist diese in die Schulungseinrichtung. Er berät und begleitet seine Patienten wie in der bisherigen Versorgung, verfolgt Therapiefortschritte, fördert die Motivation und wird vom Schulungsteam regelmäßig über den Verlauf der Maßnahme informiert. Niedergelassene Kinder- und Jugendärzte können auch selbst aktiv im Schulungsteam mitarbeiten.

Das **Schulungsteam** ist interdisziplinär zusammengesetzt und besteht aus mindestens vier verschiedenen Berufsgruppen: Arzt, Psychologe oder Pädagoge, Sporttherapeut und Ernährungsfachkraft. Vor dem Hintergrund der komplexen Erkrankung der kind- und jugendlichen Adipositas ist die Trainerqualifikation eine zentrale Voraussetzung für die Adipositaschulung. Nur „curricular“ fortgebildete Adipositastrainer können den fachlichen und organisatorischen Anforderungen des Schulens gerecht werden.

Trainerqualifikation: Adipositastrainer werden seit 2004 in den vier „Adipositasakademien“ der KgAS fortgebildet. Die Trainerfortbildung umfasst: Theoriekurs, Hospitation und Supervision. Der Theoriekurs der KgAS besteht aus 54 Einheiten und wird in der Regel an zwei verlängerten Wochenenden an sieben Akademie-Standorten in Deutschland angeboten (siehe unter www.kg-as.de). Die Hospitation erfolgt durch Teilnahme an 24 Schulungseinheiten mit Kindern und Eltern an zugelassenen Hospitationszentren. Den Abschluss bildet die Supervision, in der die angehenden Trainer in zwei Schulungseinheiten ihre Fähigkeit, Patientenschulungen nach den geforderten Kriterien durchführen zu können, nachweisen.

Schulungszentren: Jedem bedürftigen Kind sollte ermöglicht werden, eine ambulante und in indizierten Einzelfällen zusätzlich eine stationäre Adipositaschulung durchzuführen. Ein Netz von stationären und ambulanten Schulungszentren befindet sich im Aufbau. Die Zertifizierung der Zentren erfolgte bis 2008 durch die KgAS. Seit 2009 wird die Zertifizierung von der Arbeitsgemein-

Struktur des Trainingskonzeptes



schaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter vorgenommen (www.a-g-a.de).

Die Kosten für das ambulante Jahresprogramm betragen € 1700 bis € 2100 pro Kind einschließlich der Elternschulung (Stand 2009). Die Höhe der Erstattung dieser Kosten muss durch Einzelverhandlungen mit der Krankenkasse auf der Basis des § 43, Abs. 1 Nr. 2 SGB V genehmigt werden oder ist in „Integrierten Versorgungsverträgen“ geregelt. Ein Eigenanteil an den Schulungskosten sollte nicht zuletzt aus Gründen der Motivationssteigerung von den Eltern erhoben werden.

Die Struktur- und Prozessqualität sowie die Anforderungen für die Ergebnisqualität werden von der KgAS in einem jährlich aktualisierten QM-Handbuch beschrieben (siehe unter www.kg-as.de). Die Wirksamkeit wird zurzeit in mehreren Studien überprüft. Das ständige Dokumentationssystem Adipositas Patienten Verlaufsdocumentation (APV, Prof. Dr. R. Holl, Universität Ulm, www.a-p-v.de) ist für alle Schulungseinrichtungen verpflichtend. Die Konsensusgruppe Adipositaschulung ist Mitglied im „Kompetenznetz Patientenschulung im Kindes- und Jugendalter“ (KomPaS) und führt jährlich eine eigene Jahrestagung zu aktuellen Themen der Adipositaschulung durch.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Dipl.-Oecotroph. Ines Gellhaus, Ärztin
Kinderleicht – Praxis für Ernährung
Auf der Töterloh 11
33100 Paderborn
Tel. 05251 / 8782952
kgas-vorstand@paderborn.com

Dr. med. Kurt Stübing, Vorsitzender bis Juni 2009
Fachklinik Prinzregent Luitpold
Oberschwenden 70
88175 Scheidegg
Tel. 08381 / 8961100
stuebingk@klinikprinzregentluitpold.de

Red.: Riedel

Schwerpunkt: Schulungen bei chronischen Erkrankungen

Anaphylaxie-Schulung



Dr. Frank Friedrichs

Notwendig sind eine schriftliche Handlungsanweisung, der Anaphylaxie-Pass und eine Schulung

Schulungsteam: Ärzte, Psychologen, Diätberater

Anaphylaxie ist eine ernstzunehmende allergische Reaktion, die rasch beginnt und zum Tode führen kann. Auslöser anaphylaktischer Reaktionen sind im Kindes- und Jugendalter vor allem Nahrungsmittelallergene, insbesondere Erd- und Baumnüsse.

Medikamente, Insektengifte und weitere seltene Ursachen (Latex, Kälte, Anstrengung u.a.) finden sich als Auslöser anaphylaktischer Reaktionen dagegen häufiger bei Erwachsenen.

Mehrere Studien haben in den letzten Jahren einen deutlichen Anstieg von Anaphylaxien, besonders bei jungen Kindern, gezeigt. Seit 2006 wird in Deutschland ein internetbasiertes Register (www.anaphylaxie.net) geführt, das auf der Basis von Arztmeldungen mehr Informationen über die Häufigkeit, Auslöser und Verläufe anaphylaktischer Reaktionen liefern soll.

In der europäischen und der deutschen Leitlinie zur Anaphylaxie wird die Bedeutung von Instruktionen und Schulungsmaßnahmen hervorgehoben. Hierzu gehören unbedingt schriftliche Handlungsanweisungen (Anaphylaxie-Notfallpläne, Abb. 1) und ein Anaphylaxie-Pass (Zu erhalten über: PINA, Präventions- und Informationsnetzwerk Allergie/Asthma e.V., www.pina-infoline.de). Das entscheidende Notfallmedikament zur Behandlung anaphylaktischer Reaktionen ist Adrenalin. Die Anwendung der beiden auf dem deutschen Markt verfügbaren Adrenalin-Autoinjektoren muss mit Kindern bzw. deren Eltern sowie betroffenen Jugendlichen wiederholt eingeübt werden. Das aus der Asthaschulung bekannte Ampelschema kommt auch hier zum Einsatz, wenn entschieden werden muss, ob zusätzlich zur Gabe der nur verzögert und partiell wirksamen Medikamente Antihistaminika und Glucokortikosteroide die intramuskuläre Injektion von 150 µg bzw. 300 µg Adrenalin (unter bzw. über 30 kg Körpergewicht) durch den Patienten selber bzw. eine Begleitperson erfolgen soll. Diese und weitere Handlungsanweisungen werden im Rahmen der sechsständigen Anaphylaxie-Schulung mit den Teilnehmern besprochen (Tab. 1). Die praktische Anwendung der Adrenalin-Autoinjektoren wird mit Hilfe sogenannter Trainer (adrenalinfreie Injektoren ohne Nadeln) geübt. Zur Schulung gehören außerdem die Aufklärung über Mei-

nung potenzieller Auslöser, das Einüben eines telefonischen Notarzt-rufes und das Gespräch über „Überlebensstrategien im Alltag“. In den

pädiatrischen Schulungsteams sind neben Ärzten in der Regel auch Psychologen und Diätberater tätig. Da Nahrungsmittelallergien als Ana-

Anaphylaxie-Notfallplan

Photo

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Bekannte Allergene, die eine Anaphylaxie auslösen können:
1. _____
2. _____
3. _____

Im Notfall bitte verständigen:
1. _____
mobil: _____
2. _____
mobil: _____

Plan ausgestellt von:
Arzt: _____
Datum: _____
Unterschrift: _____

Anwendung der Autoinjektoren Anapen® oder Anapen® Junior

Kappen entfernen.

Auf Außenseite des Oberschenkels aufsetzen. Reiben Knopf drücken - max. 10 Sek. halten

Erste Hilfe bei beginnender Reaktion

Anzeichen

- Jucken an Handflächen, Fußsohlen, im Genitalbereich
- Kratzen im Hals
- Schwellung von Lippen, Gesicht
- Hautrötung
- Quaddeln, Nesselausschlag
- Übelkeit, Erbrechen
- Unbestimmtes Angstgefühl

Handlungsmaßnahme

1. Notarzt verständigen: **112**
2. Antihistaminikum und Cortison verabreichen

Name des Antihistaminikums und Menge eintragen _____

Name des Kortisons und Menge eintragen _____

3. Anapen® bereit halten

Erste Hilfe bei schwerer Reaktion

Anzeichen

- Plötzliche Heiserkeit
- Pfeifende Atmung
- Atemnot
- Bewusstlosigkeit
- Gleichzeitiges Auftreten von zwei oder mehr Symptomen an verschiedenen Organen (z.B. Bauchkrämpfe und Quaddeln)
- Jede Reaktion nach (z.B. Verzehr von Erdnüssen, Wespennest etc.)

Handlungsmaßnahme

1. Anapen® in den seitlichen Oberschenkelmuskulatur injizieren (s. Abb.)
2. Patientenlagerung bei Atemnot: hinsetzen bei Kreislaufbeschwerden; hinlegen bei Bewusstlosigkeit; stabile Seitenlage
3. Bei Atemnot zusätzlich Spray anwenden

Name des Sprays eintragen – 2 Hübe, ggf. kurzfristig wiederholen

4. Notarzt verständigen: **112**
5. Zusätzlich Antihistaminikum und Cortison geben (s.o.)

Dieser Plan wird herausgegeben von:

Stand 6/2008

Abb. 1

- **Grundlagen zur Anaphylaxie**
 - Symptome, frühe Warnzeichen
 - Auslöser
 - Diagnose
 - Individuelle Einflussfaktoren
- **Behandlungsmöglichkeiten im Überblick**
 - Meiden des Auslösers
 - Spezifische Immuntherapie
 - Ausblick auf zukünftige Ansätze
- **Verhalten im Notfall**
 - Notfallset: Medikamente
 - Anwendung des Notfallsets
 - Training Adrenalin-Autoinjektor
- **Was tun im Notfall? (Wiederholung)**
 - Anaphylaxie
 - Erkennen
 - Erinnern
 - Entgegenwirken
 - Ernst nehmen
- **Auslöserspezifischer Teil für:**
 - Lebensmittel – Medikamente
 - Insektengift – Latex
- **Überlebensstrategien für den Alltag**
- **Anaphylaxie und soziales Umfeld**

Tab. 1: Schulungsinhalte

phylaxieauslöser bei Kindern im Mittelpunkt stehen, ergeben sich zahlreiche Fragen zum Bereich „Sicheres Einkaufen, Probleme in der Schulkantine, beim Kindergeburtstag oder beim Restaurantbesuch“. In den von uns seit sechs Jahren durchgeführten Erdnuss- und Baumnussallergie-Seminaren stehen praktische Handlungsanweisungen im Vordergrund.

Aufgrund der positiven Erfahrungen mit Patientenschulungen in anderen medizinischen Bereichen wurde von einer interdisziplinär zusammengesetzten Arbeitsgruppe ein gemeinsames Schulungsprogramm entwickelt, das aktuell an zehn Zentren in einer kontrollierten Studie evaluiert wird. Eine Kostenübernahme der Schulung erfolgt derzeit nur nach Einzelfallentscheidung der Krankenkasse. Nach Abschluss der Evaluationsphase besteht für Interessenten grundsätzlich die Möglichkeit einer Hospitation. Zur Qualitätssicherung werden derzeit Ausbildungswege vorbereitet („train the trainer“), auf denen ein Zertifikat erworben werden kann. Im Jahr 2008 wurde der gemeinnützige Verein AG Anaphylaxie – Training & Edukation e.V. (AGATE, Vorsitz: Prof. Dr. Dr. Johannes Ring, Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie am Biederstein, Biedersteinerstr. 29, 80802 München) gegründet, der die verschiedenen örtlichen Initiativen zusammenführte, die Evaluationsstudie initiierte, das AGATE-Schulungsmanual erstellte und später Verhandlungen mit den Kassen führen wird.

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Dr. Frank Friedrichs
Kinderarztpraxis Laurensberg
Rathausstraße 10
52072 Aachen

Red.: Riedel

Schwerpunkt: Schulungen bei chronischen Erkrankungen

Flip&Flap – Epilepsieschulungsprogramm für Kinder, Jugendliche und ihre Eltern



Sabine Jantzen
Dipl.-Psych. Tina
Halfahrt-Krisl

Epilepsien gehören zu den häufigsten chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Eine repräsentative Studie (Freitag et al., 2001) ermittelt in Deutschland für Kinder zwischen 0–15 Jahren eine Inzidenz von 60/100.000 Fällen pro Jahr. Im Vergleich zu anderen chronischen Erkrankungen ist das Risiko, emotionale Symptome und Verhaltensauffälligkeiten zu entwickeln, sowie die Abhängigkeit von den Eltern deutlich erhöht, während der Wissensstand der Patienten über ihre Erkrankung vergleichsweise gering ist. Vor diesem Hintergrund wurde an der Universitätskinderklinik Lübeck das Epilepsieschulungsprogramm Flip&Flap erarbeitet.

Programmentwicklung

In der Entwicklungsphase wurden die Kurse gestaffelt an drei unterschiedlichen Kliniken erprobt. Die im Rahmen dieser formativen Evaluation erzielten Ergebnisse einer jeden Durchführung flossen optimierend in den Schulungsleitfaden ein. In der summativen Evaluation des Programms (2003–2004) konnten signifikante Effekte in entscheidenden kognitiven und psychosozialen Faktoren nachgewiesen werden (Jantzen et al., 2009).

Rahmendaten

Zielgruppe der Flip&Flap-Kurse sind epilepsiekranke, antikonvulsiv behandelte, weitgehend altersangemessen entwickelte Kinder und Jugendliche im Alter von 6–16 Jahren und ihre Eltern (mindestens ein Elternteil sollte an der Schulung teilnehmen). Geschult wird getrennt in Gruppen à 6–8 Teilnehmer in den Kinder- und Jugendlichen-, bzw. ca. 8–12 Teilnehmer in den Elternkursen. Die Kurse finden i.d.R. parallel am Wochenende statt. Die Schulungsdauer beträgt 14–16 Stunden pro Gruppe. Der Elternkurs steht im ersten Teil unter ärztlicher, im zweiten Teil unter psychologischer Leitung. Die Kinder- und Jugendlichenkurse werden üblicherweise von Kinderkrankenschwestern/-pflegern (Vorteil u.a.: Förderung der interdisziplinären Vernetzung des Behandlerteams) durchgeführt und werden – v.a. angesichts der psychosexuellen Heterogenität der Teilnehmer – von zwei Trainern geleitet.

Das Flip&Flap-Programm wird derzeit an verschiedenen Epilepsie-Zentren in Deutschland angeboten.

Die Kurse werden entweder über Einzelfallentscheidungen krankenkassenfinanziert oder über Vereine/Stiftungen/Pharmaindustrie gesponsort. In Schleswig-Holstein wurde die Kostenübernahme durch die Krankenkassen auf der Grundlage des § 43 SGBV erreicht. Für die Aufnahme in die Richtlinien für Epilepsie auf Bundesebene bedarf es weiterer Anträge Flip&Flap-qualifizierter Zentren.

Programminhalte

Gemäß Bausteinprinzip individuell an den Bedarf der Teilnehmer angepasst, werden im Elternkurs Teil 1 v.a. medizinisches Grundlagenwissen sowie Behandlungsmöglichkeiten erarbeitet und diskutiert.

Eltern und ihren Kindern wird der Pathomechanismus der Erkrankung anhand des gleichen, nämlich auf die Kinder/Jugendlichen zugeschnittenen Erklärungsmodells, vermittelt. Um das emotionale Erleben gezielt zu thematisieren, sehen Eltern und Arzt z.B. einen Film über „Anfälle im Alltagsgeschehen“, der u.a. die häufig latente Belastung der Eltern sowohl für sie selbst als auch für den Behandler „life“ erfahrbar macht. Dabei werden gleichzeitig krankheitsbezogene Bedürfnisse und Copingstrategien der Eltern zum Thema.

Schwerpunkte des Elternkurses Teil 2 sind das Krankheitserleben sowie das Krankheitsmanagement, die unter Zugriff auf familien- und verhaltenstherapeutisches Methodenrepertoire bearbeitet werden. Vergangenes und gegenwärtiges Krankheitserleben werden einander gegenübergestellt und dadurch der bisherige Bewältigungsprozess jedes Teilnehmers auch als Ressource deutlich. Im Fokus des Krankheitsmanagements stehen die familiäre Verantwortungsteilung, die Förderung der Selbständigkeit der Kinder/Jugendlichen (selbständige Tabletteneinnahme, Risikoabschätzung hinsichtlich krankheitsbedingter Einschränkungen) und familiäre Absprachen/Coping zum Thema „Informationsmanagement“.

Die erlebnispädagogisch (Rollenspiele, Bildergeschichten, etc.) konzipierten Kinder- und Jugendlichenkurse entsprechen thematisch dem Elternkurs Teil 2. Im Fokus steht zudem das von vielen Betroffenen nicht bewusst erlebte Anfallsgeschehen. Dieses soll für die Kinder und Jugendlichen nachvollziehbar(er) werden, um ihnen damit zumindest partiell Kontrolle durch Wissen zu ermöglichen: Bei Einverständnis ihrer Eltern sehen sie den

Film über Anfälle (s.o.), erleben im kursbegleitenden Comic-Heft den Krankheitsbewältigungsprozess des Protagonisten mit oder erarbeiten anhand von bebilderten Aufklebern mit ihren Eltern ihren individuellen Anfallsablauf. Die neuronalen Aspekte des Anfallsgeschehens werden mit Hilfe der Nervenzellen Flip&Flap (Handpuppen, Abb. 1) verdeutlicht.

In der Jugendlichen-schulung finden sich altersgemäß thematische Erweiterungen (Krankheitsursachen, effektivere Lernstrategien, Beruf, Schwangerschaft).

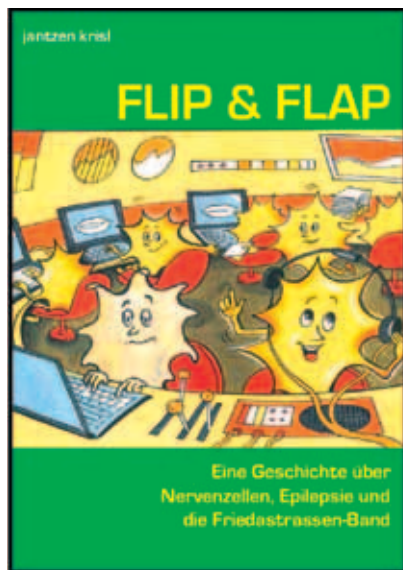


Abb. 1

Die Trainerkurse und das umfangreiche Patienten- und Trainerarbeitsmaterial werden über die Universitätskinderklinik Lübeck angeboten. Voraussetzung für den Erwerb eines Trainer-Zertifikates ist die oben bezeichnete Berufszugehörigkeit sowie die Teilnahme an einem zweitägigen Trainer-Workshop.

Literatur bei der Verfasserin

Literatur bei den Verfassern

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzadresse:

Sabine Jantzen
Englischviertelstr. 39
80322 Zürich
Schweiz

Red.: Riedel

Die Hypothyreose als Ursache der Raynaud-Erkrankung

Erfahrungen und Reflexionen aus der kinderärztlichen Praxis



Dr. Jürgen Hower
Dr. Thomas Lamberti

Maurice Raynaud beschrieb erstmals 1862 in seiner Doktorarbeit episodische Farbveränderungen der distalen Extremitäten als Antwort auf Kälte oder Stress [1]. Bei unterschiedlicher Symptomausprägung stellt sich bei dem einen oder anderen Patienten die Frage, ob es sich um Raynaud-Symptome handelt. Es gibt bisher kein labortechnisches Verfahren, das dem Untersucher die klinische Entscheidung abnehmen kann. Raynaud-Symptome werden deshalb heute von der britischen Scleroderma-Gruppe über tri- und biphasische Farbveränderungen nach Kälteexposition und über monophasische Farbveränderungen, die mit Taubheitsgefühl und Parästhesien einhergehen, klinisch definiert [2]. Raynaud-Symptome können ohne weitere Erkrankungen (primäres Raynaud-Syndrom) oder in Folge anderer Erkrankungen wie einer Sklerodermie oder eines Lupus erythematoses (sekundäres Raynaud-Syndrom) auftreten. Sie kommen im Erwachsenenalter mit einer geschätzten Prävalenz bei Frauen zwischen 4,9-20% und bei Männern zwischen 3,8-13,5% vor [3]. Die wahre Prävalenz ist nicht erfassbar, da die Ergebnisse, je nach den in den einzelnen Publikationen gewählten Kriterien, schwanken. Wahrscheinlich treten Raynaud-Symptome aber häufiger bei Frauen, in jüngeren Altersgruppen und familiär auf. Vor allem mit Gefäßveränderungen einhergehende Auto-Immunerkrankungen sind gehäuft mit Raynaud-Symptomen assoziiert.

Wir möchten über ein 14-jähriges Mädchen berichten, das wegen einer Hashimoto-Thyreoiditis mit L-Thyroxin behandelt wurde und aus zunächst nicht geklärten Gründen Raynaud-Symptome entwickelte.

Die 14 Jahre alte, altersgerecht entwickelte M.P. stellte sich mit akralen Durchblutungsstörungen an Händen und Füßen vor. Sie gab an, dass sich unter Kälteeinwirkung Hände und Füße erst weiß und nachfolgend an den Akren livide verfärbten. Sie klagte außerdem über Schmerzen in den kleinen Finger- und Zehengelenken. Vor einigen Wochen hatte sie sich wegen trockener Augen bei einem Ophthalmologen vorgestellt. Die körperliche Untersuchung zeigte außer einer vergrößerten Schilddrüse livide verfärbte Finger- und Zehenspitzen und vor allem im Bereich der Gelenke geschwollene Finger und Zehen. Als Nebenbefund war ein sonografisch verifizierter, kleiner Vorhofseptumdefekt vom Sekundum-Typ bekannt. Mütterlicherseits und väterlicherseits wurde über eine familiär auftretende Hashimoto-Thyreoiditis berichtet. Die junge Patientin wurde bereits seit zwei Jahren wegen nachgewiesener Anti-TPO-Antikörper beobachtet und wegen einer latenten Hypothyreose mit 50 µg L-Thyroxin täglich behandelt. Unter dieser Therapie bewegten sich die TSH- und FT4-Werte im Normbereich. Die Anti-TPO-Antikörper waren auf 431 U/ml erhöht. Anti-Nukleäre-Antikörper (ANA) waren nicht nachweisbar. Die nach dem Auftreten von Raynaud-Symptomen durchgeführte Blutanalyse ergab im Vergleich zu den Voruntersuchungen einen TSH-Anstieg auf

45,8 µU/ml (Normwert des Labors 0,50–4,508 µU/ml) bei einem FT4-Wert von 0,8 ng/dl (0,8–1,8 ng/dl). Die Anti-TPO-Antikörper waren auf 1920 U/ml und die ANA auf 1:200 (<1:100) erhöht. Auch die Kreatinkinase war auf 206 U/l (bis 123 U/l) angestiegen. Die Patientin hatte die verordneten Schilddrüsenmedikamente seit mehreren Monaten nicht mehr eingenommen. Nach Gabe von 75 µg L-Thyroxin normalisierten sich die CK- und Schilddrüsenwerte innerhalb von drei Wochen. Die zuvor geschilderten Raynaud-Symptome traten trotz Kälteexposition (Januar 2010) nicht mehr auf.

Die Hashimoto-Thyreoiditis, eine häufig unerkannte lymphozytäre Auto-Immunerkrankung, gehört mit zu den häufigsten Auto-Immunerkrankungen im Erwachsenenalter, deren Beginn meist in das Kindes- und Jugendalter zurückreicht. Bei unserer Patientin wurden mikrosomale Antikörper erstmals mit 11 Jahren nachgewiesen. Die zuvor wegen der vorhandenen familiären Belastung durchgeführten Schilddrüsenuntersuchungen waren jeweils unauffällig gewesen.

Die Prävalenz von Anti-TPO-Antikörpern bei Schulkindern im Alter zwischen 5–18 Jahren liegt nach einer griechischen Studie, die in einer an Jod suffizienten Region durchgeführt wurde, bei 4,6% für Jungen und bei 4,3% für Mädchen [4]. Der Nachweis von Anti-TPO-Antikörpern bei Kindern, vor allem bei Mädchen um die Pubertät, ist häufiger mit dem Nachweis von Antikörpern bei ihren Müttern assoziiert als bei Kontrollkindern ohne Anti-TPO-Antikörper-Nachweis.

Die Hashimoto-Thyreoiditis ist eine der häufigsten Auto-Immunerkrankungen

Typischerweise beschreiben Patienten mit Raynaud-Symptomen drei- oder zweiphasige Verfärbungen der Finger und/oder Zehen, die unter Kälte zunächst weiß werden, dann bläulich, um sich dann im Rahmen einer reaktiven Hyperämie rot zu verfärben. Die reversible Verfärbung der Gefäße kann durch unterschiedliche Einflüsse auf den vaskulären Muskeltonus verursacht werden (Kälte, Nikotin, Chemotherapie, Antiphospholipid-Antikörper, Auto-Immunerkrankungen des Bindegewebes) [5].

Raynaud-Symptome sind kein Indikator für eine spezifische Erkrankung

Wie im Erwachsenenalter sind auch im Kindesalter die Raynaud-Symptome nicht ein Indikator für eine spezifische Erkrankung. Sie entstehen meist primär (etwa 70 bis 80% im Kindesalter), müssen aber als Hinweis auf eine mögliche andere, die Symptome auslösende Erkrankung gewertet werden. Eine größere, retrospektive Untersuchung, in die 123 Patienten aus dem Children's Hospital in Boston aufgenommen wurden, haben erstmals Nigrovic et al. durchgeführt [5]. Prädiktoren für eine Auto-Immunerkrankung in dieser Untersuchung waren ein positiver ANA-Nachweis bei 93% der Kinder [5]. Auch Anti-Phospholipid-Antikörper konnten bei vielen Kindern mit primären und sekundären Raynaud-Symptomen nachgewiesen werden.

Zusammenhang zwischen Hypothyreose und Raynaud-Symptomen

Über einen Zusammenhang zwischen Schilddrüsenfunktionsstörungen und Raynaud-Symptomen bei Erwachsenen liegen vereinzelte Berichte vor [6-10]. Shagan und Friedmann berichteten 1976 erstmals über zwei Patienten mit einer Raynaud-Symptomatik im Zusammenhang mit einer Hashimoto-Thyreoiditis [6]. Unter der Gabe von Schilddrüsenhormonen gingen die Hypothyreose und die Raynaud-Symptome zurück. Die bei einem Patienten ergänzend durchgeführte Untersuchung der Gefäßreaktivität zeigte einen Rückgang des Gefäßtonus unter Thyroxin. Bei zwei weiteren Erkrankungen von Erwachsenen, die mehrere Jahre unter Raynaud-Symptomen litten, wurde berichtet, dass die Symptome nach Gabe von Schilddrüsenhormonen ebenfalls zurückgingen, was auf einen möglichen ursächlichen Zusammenhang zwischen Schilddrüsenhormonen und Raynaud-Symptomen hinweist [11]. Eine der beiden Patienten, eine 29 Jahre alte Frau, hatte einen Myokardinfarkt bei unauffälligen Koronararterien erlitten. Bei dieser Gelegenheit wurde erstmals die Hypothyreose festgestellt [7]. Experimentell konnte von Liu et al. gezeigt werden, dass die Hypothyreose zu einer verminderten Arterioldichte im Myokard führt [12]. Raynaud-Symptome können auch mit einem Pan-Hypopituitarismus assoziiert werden, wie zwei weitere Beobachtungen an Erwachsenen zeigen [8, 9]. Das Auftreten eines Raynaud-Syndroms bei Pan-Hypopituitarismus, einer Hypothyreose ohne Thyreoiditis, und die Rückbildung nach Gabe von Schilddrüsenhormonen zeigt, dass die Hypothyreose ein vasospastisches Syndrom verursachen kann [9].

Rückgang des Gefäßtonus unter Thyroxin

Bei Raynaud-Symptomen sollte auch an eine Hypothyreose gedacht werden

Über eine Hypothyreose mit Raynaud-Symptomen im Adoleszentenalter wurde erstmals von Bathish et al. bei einem 11-jährigen Mädchen berichtet [10]. Der von den Autoren berichtete Fall zeigt, dass der Zusammenhang zwischen Hypothyreose und Raynaud-Symptomen

Alle Symptome sind reversibel

auch für das Kindes- und Jugendalter relevant ist. Die eigene Beobachtung dürfte der zweite, in der Literatur berichtete Fall bei einem jungen Mädchen sein.

Die Hashimoto-Thyreoiditis ist nicht heilbar. Bei einem in der Unterfunktion endenden Verlauf der Thyreoiditis muss der Schilddrüsenhormon-Mangel medikamentös ersetzt werden. Die Erkrankung bei der vorgestellten Patientin war bekannt, und sie war mit L-Thyroxin befriedigend eingestellt. Die von der Patientin eigenständig durchgeführte Unterbrechung der Therapie hat mit großer Wahrscheinlichkeit zu den klinischen Symptomen eines Raynaud-Syndroms mit gleichzeitiger Erhöhung der TSH-Spiegel bei einem nur gering erniedrigten FT4-Wert geführt. Die von der Patientin beklagten trockenen Augen können ebenfalls auf die Hypothyreose zurückgeführt werden [13]. Verminderte Thyroxin-Spiegel beeinflussen die Augenoberfläche und die Tränenrüben. Sie sind mit trockenen Augen assoziiert [14]. Der beobachtete Anstieg der Kreatinkinase-Werte ist ein Zeichen der durch den Hormonmangel induzierten Myopathie. Myopathien sind Begleiterscheinungen der Hashimoto-Thyreoiditis und bilden sich unter der Gabe von L-Thyroxin zurück [15]. Die Kreatinkinase-Werte sind dabei positiv mit der Höhe der TSH-Werte korreliert [16].

Das familiäre Auftreten von Schilddrüsen-Auto-Immunerkrankungen ist seit langem bekannt. Bei einer für eine Hashimoto-Thyreoiditis positiven familiären Vorgeschichte sollte an das erhöhte kindliche Krankheitsrisiko für diese, aber auch für weitere Auto-Immunerkrankungen gedacht werden [17]. Bei der Therapie sollte eine möglicherweise fehlende Compliance berücksichtigt werden. Sie kann, wie auch für das junge Mädchen gezeigt werden konnte, nicht nur zu Raynaud-Symptomen, sondern auch zu trockenen Augen und einer Myopathie führen. Raynaud-Symptome im Kindesalter sollten im Umkehrschluss auch als Hinweise auf eine mögliche Hypothyreose gewertet werden.

Es ist gut zu wissen, dass diese Symptome, wenn sie denn als solche erkannt und richtig eingeordnet werden, unter L-Thyroxin voll reversibel sind.

Literatur bei den Verfassern

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Dr. Jürgen Hower
Kinderärztliche Gemeinschaftspraxis
Drs. J. Hower, Thomas Lamberti, Sven Hower, Martin Figura
Mellinghofer Str. 256
45475 Mülheim an der Ruhr
Tel. 02 08 / 7 00 17
E-Mail: Juergen.Hower@googlemail.com

Red.: Christen

Welche Diagnose wird gestellt?

Susann Bley und Peter Müller

Anamnese

Das Mädchen ist das 2. Kind gesunder Eltern. Der ältere Bruder ist gesund. Seit dem 5. Lebensjahr zog sich die Patientin jeweils nach einem Bagatelltrauma in immer kürzeren Intervallen insgesamt 6 Frakturen zu: Mastoidfraktur, Unterarmfraktur beidseits, Olecranonfraktur beidseits, Mittelfußfraktur links.



Abb. 1: Augenregion der Patientin mit Blaufärbung der Skleren

Untersuchungsbefund

Wir sahen ein zierliches, altersgerecht entwickeltes Schulmädchen im Alter von 11 Jahren. Interner Status, Statomotorik sowie Längenwachstum waren regelrecht. Auffällig waren Genua vara und Pedes plani sowie blaue Skleren (Abb. 1).

Es ergaben sich Serumnormalbefunde für Kalzium, Phosphat, alkalische Phosphatase, intaktes Parathormon und 25-Hydroxy-Vitamin D.

Der Sammelurin erbrachte Normwerte für die Kreatinin-Clearance und die Kalzium/Kreatinin-Ratio. Die Abbauprodukte des Typ-I-Kollagens im Urin (Pyridinolin, Desoxyypyridinolin, N-terminales Telo-peptid) waren erhöht.

Die Röntgenbilder der Brust- und Lendenwirbelsäule zeigten eine verminderte Lendenlordose ohne Hin-

weise für Wirbelkörperdeformierungen. Allerdings erbrachte die Knochendichtemessung (DEXA) ein pathologisches Messergebnis, das auf eine erhebliche Demineralisierung hinwies.

Wie lautet die Diagnose?

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

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

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

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

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

Verantw. Redakteure für „Forum“, „Magazin“ und „Berufsfragen“: Regine Hauch, Salierstr. 9, 40545 Düsseldorf, Tel. (0211) 5560838, E-Mail: regine.hauch@arcor.de; Dr. Wolfgang Gempp, Sonnenrain 4, 78464 Konstanz, Tel. (07531) 56027, E-Mail: dr.gempp@t-online.de

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

Die „Nachrichten aus der Industrie“ sowie die „Industrie- und Tagungsreporte“ erscheinen außerhalb des Verantwortungsbereichs des Herausgebers und der Redaktion des „Kinder- und Jugendarztes“.

Druckauflage 13.600
lt. IVW I/2010

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen



LA-MED

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

Verlag: Hansisches Verlagskontor GmbH, Mengstr. 16, 23552 Lübeck, Tel. (04 51) 70 31-01 – **Anzeigen:** Verlag Schmidt-Römhild, 23547 Lübeck, Christiane Kermel, Fax (0451) 7031-280 – **Redaktionsassistent:** Christiane Daub-Gaskow, Tel. (0201) 8130-104, Fax (02 01) 8130-105, E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de – **Druck:** Schmidt-Römhild, 23547 Lübeck – „KINDER- UND JUGENDARZT“ erscheint 12mal jährlich (am 15. jeden Monats) – **Redaktionsschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.**

Anzeigenpreisliste: Nr. 43 vom 1. Oktober 2009

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

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

© 2010. 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.

Diagnose: Osteogenesis imperfecta

Differentialdiagnosen

Ehlers-Danlos-Syndrom, Kindesmiss-handlung, juvenile Osteoporose, Malignome

Bei der Osteogenesis imperfecta (OI) handelt es sich um eine klinisch und genetisch heterogene Erkrankung, dessen Hauptmerkmal die abnorme Knochenbrüchigkeit darstellt. Sie tritt mit einer Häufigkeit von etwa 1: 30 000 auf.

Der Erbgang kann autosomal-dominant oder autosomal-rezessiv sein. Auch Neumutationen sind möglich. Durch Mutationen der Gene COL1A1 (17q21.31-q22) und COL1A2 (7q22.1) resultiert eine Störung der Pro- α 1- und Pro- α 2-Kollagenketten. Dies führt zur reduzierten und minderwertigen Kollagenbildung.

Klassifikation und Klinik

Allgemein gebräuchlich ist die Klassifikation der Osteogenesis imperfecta in die Typen I–IV (1). Dabei werden die Frakturhäufigkeit, unterschiedliche genetische Faktoren und die Beteiligung der Skleren sowie des Dentins berücksichtigt. Der Schweregrad der Erkrankung variiert stark und reicht von einer milden Verlaufsform (OI Typ I) mit nur geringer Frakturhäufigkeit und normalem Wachstum bis zu der letal verlaufenden Form (OI Typ II) mit bereits intrauterin auftretenden Frakturen. Der Typ III ist gekennzeichnet durch schwere Knochenbrüchigkeit und ausgeprägte Wachstumsstörungen. Patienten mit Typ IV weisen einen mildereren Verlauf als Typ III auf, mit unterschiedlicher Ausprägung von Frakturhäufigkeit und Deformierungen. Kinder mit milder Verlaufsform werden oft nur durch die bläuliche Skleren auffällig. Die Frakturrate nimmt dann mit dem Lebensalter und steigender körperlicher Aktivität zu. Ein weiteres charakteristisches Merkmal der Erkrankung sind Verbiegungen von Knochen aufgrund der axialen Belastung (Wirbelsäule und untere Extremitäten). Muskuläre Schwäche, Hypermobilität des Bandapparates und verminderte Knochendichte führen zur Ausbildung von Skoliosen und Kyphosen. An den Extremitäten dominieren Antekurvations- und Varusfehlstellungen. Die Hypermobilität der Gelenke betrifft häufig Knie- und Ellenbogengelenke, wobei oft eine Extension über 180° möglich ist. Habituelle Luxationen der Patella oder des Radiusköpfchens werden häufiger beobachtet. Das Wachstum der betroffenen Patienten ist oft verzögert und scheint auch den Schweregrad der Erkrankung zu reflektieren. Durch eine Störung des Dentins kann eine blaugraue oder gelb-braune Verfärbung auffallen. Weitere extraskeletale Symptome sind Hörverlust, Kapillarbrüchigkeit, Hyperopie und Netzhautablösungen (2).

täten dominieren Antekurvations- und Varusfehlstellungen. Die Hypermobilität der Gelenke betrifft häufig Knie- und Ellenbogengelenke, wobei oft eine Extension über 180° möglich ist. Habituelle Luxationen der Patella oder des Radiusköpfchens werden häufiger beobachtet. Das Wachstum der betroffenen Patienten ist oft verzögert und scheint auch den Schweregrad der Erkrankung zu reflektieren. Durch eine Störung des Dentins kann eine blaugraue oder gelb-braune Verfärbung auffallen. Weitere extraskeletale Symptome sind Hörverlust, Kapillarbrüchigkeit, Hyperopie und Netzhautablösungen (2).

Diagnostik

Die Verdachtsdiagnose wird klinisch und radiologisch gestellt und kann molekulargenetisch bestätigt werden. Laborchemisch weisen vermehrte Kollagenabbauprodukte im Urin (Pyridinolin, Desoxypyridinolin und N-terminales Telo-peptid) auf die gesteigerte Knochenumsatzrate hin. Ein spezifischer Labormarker für diese Erkrankung existiert aber nicht.

Therapie

Eine kausale Behandlung der OI ist nicht möglich. Die symptomatische Therapie basiert auf mehreren Säulen. Orthopädisch-chirurgische Verfahren sind neben der primären Frakturversorgung zur Korrektur mittelgradiger bis schwerer Fehlstellungen und zur Verminderung der Frakturrate (prophylaktische intramedulläre Schienung) indiziert. Physiotherapeutische Maßnahmen sind dabei unverzichtbar. Als medikamentöse Therapie haben sich auch im Kindes- und Jugendalter Bisphosphonate (off-label-use) etabliert. Bisphosphonate weisen antiresorptive Eigenschaften auf und hemmen die Funktion der Osteoklasten. Pamidronat ist derzeit das am häufigsten verwendete Medikament bei mittelgradiger bis schwerer Form der OI. Es wird alle 4 Monate über 3 Tage intravenös verabreicht. Studien zeigten eine Zunahme der Knochendichte der Wirbelkörper im Bereich der Lendenwirbelsäule, eine Abnahme der Frakturrate,

Steigerung der Muskelkraft und deutliche Reduktion der Knochenschmerzen. Nebenwirkungen traten bei Kindern häufig nur nach der ersten intravenösen Gabe in Form einer „Akute-Phase-Reaktion“ mit Fieber und grippaler Symptomatik auf. Ein kurzfristiger Abfall des Serumkalziums mit vorübergehendem Anstieg des Parathormonspiegels wurde ebenfalls beobachtet. Nicht selten kommt es bei betroffenen Patienten zu einer anhaltenden Verminderung der 1,25-OH-Vitamin D-Werte, was eine Substitution erforderlich macht (3).

Verlauf bei unserer Patientin

Die Verdachtsdiagnose Osteogenesis imperfecta Typ I wurde mit dem Nachweis von zwei Mutationen im COL1A1-Gen (compound Heterozygotie) bestätigt.

Entsprechend einer randomisierten, placebokontrollierten Studie bei Patienten mit milder Verlaufsform der OI wurde ein individueller Heilversuch mit niedrigdosiertem Risedronat per os begonnen (4). Nebenwirkungen traten dabei nicht auf. Zusätzlich erfolgten Kalzium- und Vitamin D-Substitutionen. Unter der Therapie war ein Abfall der Kollagenabbauprodukte im Urin zu verzeichnen.

Literatur:

1. Silience D, Senn A, Danks D: Genetic heterogeneity in osteogenesis imperfecta. *J Med Genet* 16: 101-106 (1979)
2. Meurer A: Diagnostik und Therapie der Osteogenesis imperfecta. *Orthopäde* 37:17-23 (2008)
3. Cheung M, Glorieux FH: Osteogenesis imperfecta: Update on presentation and management. *Rev Endocr Metab Disord* 9:153-160 (2008)
4. Rauch F, Munns CF, Land C, Cheung M, Glorieux FH: Risedronate in the treatment of mild pediatric osteogenesis imperfecta: A randomized placebo-controlled study. *J Bone Miner Res* 24:1282-1289 (2009)

Korrespondenz:

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

Red.: Höger

Nachbeobachtung nach Impfung

CONSILIUM
INFECTORUM

Prof. Dr. med.
Volker Wahn

Frage:

Es gibt die Empfehlung, Patienten nach jeder Impfung mindestens eine halbe Stunde (möglichst eine Stunde) wegen einer möglichen allergischen Reaktion in den Praxisräumen zu beobachten. Die Beachtung dieser Empfehlung wirft in praxi jedoch erhebliche organisatorische Probleme auf.

In wieweit ist die zitierte Empfehlung sachlich gerechtfertigt und von haftungsrechtlicher Relevanz?

Antwort:

Die Frage klingt einfach, ist aber von höchster Relevanz und trifft einen wunden Punkt im deutschen Impfwesen. Mir selbst standen keine Informationen zur Verfügung, daher habe ich beim Präsidenten der DGKJ, Herrn Prof. Dr. Fred Zepp, nachgefragt. Er konnte mir nach Kontakt mit Herrn Dr. A. Nassauer, RKI, US-amerikanische Empfehlungen zur Verfügung stellen, bei denen es heißt:

E5. Whenever possible, patients should be observed for an allergic reaction for 15 to 20 minutes after receiving immunizations. Facilities and personnel should be available to treat immediate hypersensitivity reactions.

Dieser Zeitraum soll auch ausreichen, um mögliche Synkopen nach Impfungen, die im US-amerikanischen System zur Überwachung der Impfsicherheit berichtet wurden, erkennen zu können. 15 Minuten sind in den USA seit 2009 vorgeschrieben.

Bleiben wir aber bei der Allergie. Wenn es darum auch bei uns ginge, müsste der Beobachtungszeitraum 30 Minuten betragen analog der Nachbeobachtung nach einer Hyposensibilisierung. Zudem müssten alle Impfähzte in der Therapie der Anaphylaxie geschult werden, insbesondere in der Anwendung von i. m. Adrenalin. Das dürfte von heute auf morgen kaum zu erreichen sein. Auch die Kostenfrage müsste geklärt sein: Adrenalin-Autoinjektoren müssen ja regelmäßig ausgewechselt werden, wenn das Verfallsdatum überschritten ist.

Was tun: Man kann natürlich sagen, dass man grundsätzlich alle Kinder unmittelbar nach der Impfung nach Hause schickt, weil es in Deutschland keine juristisch verbindliche Regelung gibt. Aber wenn es denn 1 x schief geht?

Der Präsident hat zugesagt, die Frage mit der STIKO und dem PEI gemeinsam zu diskutieren und zu prüfen, ob entsprechende Empfehlungen in den Beipackzettel übernommen werden können. Dies ist sicher der richtige Weg, die Rechtsunsicherheit zu beseitigen. Organisatorische Probleme in den Impfpraxen sind damit sicher nicht aus der Welt geschafft.

Prof. Dr. med. Volker Wahn
Charité, Klinik für Pädiatrie
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

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



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Paracetamol nach Impfungen

Effect of Prophylactic Paracetamol Administration at Time of Vaccination on Febrile Reactions and Antibody Responses in Children

Prymula R, Siegrist CA, Chlibek R et al., Lancet 374:1339-1350, Oktober 2009

Fieber ist Teil des „physiologischen“ Entzündungsprozesses, z.B. auch nach einer Impfung. Antipyretisch wirkende Medikamente (Paracetamol, Ibuprofen) werden gelegentlich prophylaktisch gegeben, um hohes Fieber und/oder Fieberkrämpfe im Rahmen einer Impfung zu vermeiden. In der folgenden Studie wurde untersucht, welchen Einfluss die prophylaktische Gabe von Paracetamol bei kurz vorher geimpften Säuglingen auf die Fieberentwicklung und die Höhe der Impfantikörper-Titer hat.

In diese randomisierte kontrollierte Impfstudie wurden insgesamt 459 gesunde Säuglinge aus der Tschechischen Republik eingeschlossen. Alle Kinder erhielten eine altersentsprechende Grundimmunisierung (6-fach-Impfung gegen DTPa-HBV-IPB/Hib Infanrix hexa®, 10-valente Pneumokokken-Konjugatimpfung Synflorix®, Rotavirus-Schluckimpfung Rotarix®) sowie eine Boosterung zu Beginn des 2. Lebensjahres. Zwei Gruppen wurden randomisiert (1:1) gebildet: Die erste Gruppe (Verumgruppe, n = 226) erhielt prophylaktisch alle 6–8 Stunden Paracetamol (Dosis angepasst an Körpergewicht) innerhalb der ersten 24 h nach Impfung, die zweite Gruppe (n = 233) erhielt kein prophylaktisch verabreichtes Paracetamol, allerdings auch kein Placebo. Bei allen Kindern (beide Gruppen) wurden vor und 1 Monat nach der Impfung Serum zur Bestimmung der Impfantikörper abgenommen.

Fieber > 39,5° C war in beiden Gruppen sehr selten (max. 1%). Fieber ≥ 38° C trat in der Paracetamol-Gruppe signifikant niedriger auf als in der Vergleichsgruppe (42% versus 66%). In der Paracetamol-Gruppe waren die mittleren Antikörpertiter gegen alle

10 (verimpften) Pneumokokken-Serotypen, Protein D, PRP (Pertussis), Diphtherie, Tetanus und Pertactin (Pertussis) signifikant niedriger als in der Vergleichsgruppe, die kein Paracetamol erhielt. Auch nach der Booster-Impfung im 2. Lebensjahr persistierten in der Paracetamol-Gruppe die niedrigen Antikörpertiter für Tetanus, Protein D sowie alle Pneumokokken-Serotypen.

Kommentar

Die Autoren konnten somit zeigen, dass die prophylaktische Paracetamol-Gabe signifikant Fieber (< 39,5° C) und schmerzhafte Lokalreaktionen (an der Impfstelle) reduziert. Diese Studie hat weiterhin erstmals den Einfluss von Paracetamol auf die Impfantikörperbildung untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass in der Paracetamol-Gruppe die untersuchten Impfantikörper signifikant niedriger sind. Es wird vermutet, dass Paracetamol direkt in den immunologischen Prozess eingreift. Noch ist allerdings nicht klar, was dies für die Praxis bedeutet:

Besitzen geimpfte Kinder, die Paracetamol erhalten haben, einen unzureichenden Impfschutz? Sollte man grundsätzlich kein Paracetamol bei geimpften Kindern geben? Ist die Gabe von Ibuprofen weniger „immunsuppressiv“?

Fazit: Solange keine weiteren diesbezüglichen Daten zur Verfügung stehen, sollten Antipyretika (Paracetamol, Ibuprofen) bei geimpften Kindern nur in Ausnahmefällen prophylaktisch gegeben werden. Vorher sollten immer physikalische Mittel (reichlich Flüssigkeitszufuhr, feuchte Wickel) eingesetzt werden.

(Volker Schuster, Leipzig)

Therapieintensivierung bei unkontrolliertem Asthma

Step-up Therapy for Children with Uncontrolled Asthma Receiving Inhaled Corticosteroids

Lemanske R F et al., N Engl J Med 362:975-985, März 2010

In der Therapie des Asthmas wird heute eine komplette Kontrolle der Symptome angestrebt. Sollte dieses nicht mit niedrig dosierten inhalativen Steroiden möglich sein, empfehlen die Leitlinien eine Intensivierung der Therapie, entweder die Erhöhung der inhalativen Steroide, die zusätzliche Gabe von langwirksamen Betamimetika oder die zusätzliche Gabe von dem Leukotrienrezeptorantagonisten Montelukast.

In einer Multizenterstudie der Childhood Asthma Research and Education Network Center in den USA wurden 182 Kinder im Alter von 6 bis 17 Jahren, die unter 200 µg Fluticason pro Tag nicht ausreichend kontrolliert waren, jedem der drei folgenden Therapieintensivierungen in randomisierter Reihenfolge und perfekt placebo-kontrolliert über einen Zeitraum von jeweils 16 Wochen zugeordnet:

Erhöhung der Fluticasondosis auf 500 µg pro Tag, Ergänzung der niedrig dosierten Fluticasondosis mit langwirksamen Betamimetika oder, in der dritten Gruppe, mit Montelukast. Gemessen wurden über die insgesamt 48 Wochen Exazerbationen, Tage mit

perfekter Asthmakontrolle und das FEV1 als Lungenfunktionsparameter.

Fast alle Patienten (98%) zeigten ein unterschiedliches Ansprechen auf die drei Therapiealternativen, ein Voraussagen der besten Therapieantwort war aus den vorliegenden anamnestischen Daten nicht möglich. Die beste Reaktion unter den drei Therapiemöglichkeiten zeigte sich bei 45% unter dem Zusatz von Salmeterol (langwirksames Betamimetikum), bei jeweils 30% der Patienten unter Montelukastgabe bzw. bei der Verdoppelung der inhalativen Steroide.

Die Autoren dieser von öffentlichen Stellen geförderten Studie stellen zwar fest, dass bei der zusätzlichen Therapie mit Salmeterol am häufigsten der beste Therapieerfolg gefunden wurde, betonen jedoch, dass dieses Ergebnis gegenüber den Risiken einer solchen Therapie abgewogen werden muss, da diese Studie keine Risikobewertung ermöglicht.

Kommentar

Die Antwort auf eine Therapieintensivierungsstrategie war bei fast allen Kindern in dieser Studie unterschiedlich. Insofern muss darauf Wert gelegt werden, nach einer Therapieänderung die Patienten wiederzusehen und den Effekt der Maßnahme zu beurteilen. In einem begleiteten Kommentar von Frau Prof. von Mutius aus München wird aus Sicherheitsgründen (Risiken durch die langwirksamen Betamimetika) empfohlen, zunächst die inhalativen Steroide zu erhöhen oder Leukotrienrezeptorantagonisten hinzuzufügen, bevor der dauerhafte Gebrauch von langwirksamen Betamimetika erwogen werden sollte. Dieser sehr sinnvollen Empfehlung sollte man sich anschließen.

(Frank Riedel, Hamburg)

ITP und Hirnblutung

Intracranial Hemorrhage (ICH) in Children with Immune Thrombocytopenia (ITP): Study of 40 Cases

B. Psaila, A. Petrovic, J.B. Bussel et al., November 2009

Die Hirnblutung bei Kindern mit ITP ist ein seltenes (0,2–0,8 % der Kinder mit ITP sind betroffen), aber schwerwiegendes Ereignis. Die Autoren berichten über 40 Kinder (2 Mo. – 17 J.; je zur Hälfte jünger bzw. älter als 10 Jahre) mit intrakranieller Blutung. Davon verstarben 25 %; weitere 25 % erlitten neurologische Folgeschäden. Die Thrombozyten betrugen fast immer unter 20.000/ μ l. Die Blutung trat bei 18 Kindern innert 7 Tagen nach Diagnose auf. In 8 der letzteren Fälle wurde die ITP-Diagnose erst nach dem Ereignis gestellt. Bei der Evaluation von Risikofaktoren ermittelten die Autoren

- Kopfverletzung bei 33 %
- und Hämaturie bei 23 % (9 Kinder: davon 5 x Makrohämaturie, 3 x Mikrohämaturie).

Die kleine Kontrollgruppe (ITP und Thrombozyten $< 30.000/\mu\text{l}$) bildeten 80 Kinder. Keines erlitt eine Hirnblutung oder zeigte eine Hämaturie. Kinder < 3 J. haben – erwartungsgemäß – ein besonderes Risiko für Schädelverletzung mit Hirnblutung. Vorausgehende Hautblutungen oder Schleimhautblutungen fehlten bei 10 Kindern, bei denen die Hirnblutung die Erstmanifestation der ITP bildete.

Zur Vermeidung von Hirnblutungen schlagen die Autoren folgenden Algorithmus zur Behandlung von Risikokindern vor: Die kleine Gruppe der Hochrisikopatienten (ITP mit Schädeltrauma und/oder Hämaturie) muss eine intensive Kombinationstherapie aus intravenösen Immunglobulinen (IVIG) und hochdosiertem i.v. Prednison +/- Vincristin erhalten. Bei Schleimhaut- oder Organblutung und Thrombozyten unter $10.000/\mu\text{l}$ muss die Kombinationsbehandlung im Einzelfall erwogen werden.

Kommentar

Trotz der neuerdings allgemein empfohlenen Beobachtungsstrategie bei Kindern mit ITP (siehe mein Abstractreview im Kinder- und Jugendarzt, 2009; Nr. 8: S: 509) bleibt für Kinder- und Jugendärzte die Frage, um welche Kinder mit ITP wir uns sorgen müssen. Die o.g. Studie belegt, dass die seltene Hirnblutung immer noch mit einer hohen Morbidität und Mortalität einhergeht. Eine Behandlungsindikation, die sich nur auf die niedrige Thrombozytenzahl stützt, hat sich trotz jahrelanger teurer und nebenwirkungsreicher Immunglobulin-Gaben als nicht wirkungsvoll herausgestellt: Die Häufigkeit der Hirnblutung ist seit 1981 gleichgeblieben. Die meisten (70 %) der Kinder mit intrakranieller Blutung waren zudem behandelt. Die cerebrale Blutung ist in Ländern, in denen häufig IVIG eingesetzt werden, genauso häufig wie in anderen Ländern mit einer Beobachtungsstrategie. Welche Kinder sind für eine Hirnblutung gefährdet? Sicherlich stellt das Trauma ein wesentliches Risiko dar. Auch die Patienten mit der seltenen Makrohämaturie sollten in der Klinik behandelt werden. Nach Rücksprache mit Frau Dr. Dickerhoff rate ich jedoch von regelmäßigen Urinstixen (und konsekutiv auch von Hämo occult-Tests) bei Patienten mit ITP ab. Der klinische Blick muss im Vordergrund stehen: Kinder mit offener Blutung der Mundschleimhaut oder Makrohämaturie werden bei niedrigen Thrombozytenwerten unter $10.000\text{--}20.000/\mu\text{l}$ am besten über drei Tage mit Prednison ($2\text{--}4$ mg/kg/KG) behandelt. Die große Schwäche der o.g. Studie ist sicherlich die viel zu kleine Kontrollgruppe. Daher ist der Schluss, alle Kinder mit Mikrohämaturie zu behandeln, nicht gerechtfertigt. Entsprechend sind weder der regelmäßige Urinstix noch der Hämo occult-Test in der neuen ITP-Leitlinie (von Dickerhoff und Eberl) vorgesehen.

Warum erleiden einige Patienten mit ITP eine Hirnblutung oder zeigen eine Hämaturie: sind ihre Gefäße durchlässiger? Der wichtigste Kandidat dafür ist die entzündungsbedingte Schädigung der Endothelwand, die Kinderärzten durch die hämorrhagischen Windpocken bestens bekannt ist (Goerge et al., Blood, 2008; 111: 4958-4964). Entzündung ist vermutlich der Schlüsselmechanismus für die Blutung bei Thrombozytopenie. Der Kinderarzt tut daher gut daran, bei Patienten mit ausgeprägter Thrombozytopenie im Rahmen von interkurrenten Virusinfekten auf Schleimhautblutungen zu achten und – bei Blutung – das Endothel mit einer Prednisonbehandlung (s.o.) abzudichten.

(Stefan Eber, München)

Beeinflussen Vitamin D-Supplemente die Influenza A-Inzidenz von Schulkindern?

Randomized Trial of Vitamin D Supplementation to Prevent Seasonal Influenza A in Schoolchildren

Urashima, M., et al., *Am J Clin Nutr.* Online Pub ahead of Print March 10, 2010

Bei der Auswertung der Daten des dritten in den USA durchgeführten „National Health and Nutrition Survey“ wurde eine inverse Beziehung zwischen der Höhe des Serum Vitamin D-Spiegels und der Häufigkeit von Atemwegsinfekten dokumentiert [1]. Ist der Vitamin D-Mangel der von Hope-Simpson geforderte „seasonal stimulus“ der Influenza [2]? In einer randomisierten, doppelblind Plazebo-kontrollierten Studie haben japanische Autoren den Einfluss von Vitamin D-Supplementen auf die Influenza A-Inzidenz untersucht [3].

Methode: In 12 Krankenhäusern und 8 Privatpraxen in Japan wurde über 4 Monate (1. Dezember 2008 bis 31. März 2009) eine randomisierte, doppelblind Plazebo-kontrollierte Studie an gesunden Schulkindern im Alter zwischen 6-15 Jahren durchgeführt. Die Probanden erhielten morgens und abends jeweils 600 IU Vitamin D3 oder ein Plazebo. Die eigene und die Familien-Vorgeschichte wurden mit einem Fragebogen erfasst. Mit der Studie sollte die Influenza A-Inzidenz als primäres und die Influenza B-Inzidenz als sekundäres Ergebnisziel mit einem Nasenabstrich über einen Schnelltest (Sensitivität und Spezifität $>95\%$) erfasst werden.

Ergebnisse: Insgesamt nahmen 430 Schulkinder an der Studie teil, 334 bis zum Studienende. Eine Influenza A wurde bei 18/167 Kindern (10,8%) unter Vitamin D3 und bei 31/167 Kindern (18,6%) unter Plazebo diagnostiziert (RR –relatives Risiko– 0,58, 95% KI 0,34-0,99; $p=0,04$). Der Rückgang des Influenza A-Erkrankungsrisikos war bei den Kindern, die keine weiteren Vitamin-Supplemente zu sich nahmen, noch stärker ausgeprägt (RR 0,36, 95% KI 0,17-0,79; $p=0,0006$). Nur zwei Kinder mit bekanntem Asthma und Asthma-Anfällen erkrankten unter Vitamin D3 im Vergleich zu 12 asthmakranken Kindern in der Plazebo-Gruppe (RR 0,17, 95% KI 0,004-0,73; $p=0,0006$). Ein Einfluss auf Influenza B konnte nicht nachgewiesen werden. Therapie-Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet.

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse der Studie lassen vermuten, dass ein winterliches Vitamin D3-Supplement mit dazu beiträgt, Kinder vor einer Influenza A zu schützen und bei Erkrankung deren Verlauf abzuschwächen.

Kommentar

Vitamin D-Mangel erhöht ganz allgemein die Infektbereitschaft [4]. Ein winterlicher Vitamin D-Mangel tritt in unseren Breitengraden nicht nur häufig auf, er ist fast die Regel [5, 6]. Dieser Mangel ist vielleicht der mit der fehlenden Sonneneinstrahlung assoziierte Stimulus, nach dem Hope-Simpson, ein englischer Allgemeinarzt, als Auslöser und Ursache für das epidemische Auftreten der Influenza gesucht hat [2]. Das aktivierte Vitamin $1,25(\text{OH})_2\text{D}$, ein Steroidhormon, besitzt einen tiefgreifen-

den, modulierenden Einfluss auf das menschliche Immunsystem. Es verhindert die überschießende Expression inflammatorischer Cytokine und erhöht die Expression potenter anti-mikrobieller Peptide, Defensine und Cathelicidine in neutrophilen Granulozyten, Monozyten, Lymphozyten und Epithelzellen [7]. Defensine, das haben in-vitro-Untersuchungen gezeigt, reduzieren die Infektionsfähigkeit des Influenza A-Virus durch Blockierung der Hämagglutinin-vermittelten Membranfusion mit der Wirtszelle [8, 9]. Die experimentellen Befunde erklären die Ergebnisse von Urashima et al., die zeigen, dass Vitamin D einen Einfluss auf die Influenza A-Inzidenz besitzt [3]. Angesichts der experimentellen

Befunde, des winterlichen Vitamin D-Mangels und der jährlich sich im gleichen Zeitraum wiederholenden Influenza-Ausbrüche, sind die Ergebnisse der japanischen Studie plausibel. Sie sind auch von hoher Praxis-Relevanz für das Gesundheitswesen und sollten in weiteren Untersuchungen bestätigt werden. Warum Vitamin D keine Wirkung auf die Influenza B zeigt, muss noch unbeantwortet bleiben.

Literaturzitate über den Autor: jürgen.hower@gmail.com

(Jürgen Hower, Mülheim)

Europäische Praxispädiater jetzt mit deutscher Präsidentin

Pädiater dürfen sich nicht aus der ambulanten Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Europa verdrängen lassen.

EUROPEAN CONFEDERATION OF PRIMARY CARE PAEDIATRICIANS – ECPCP (CONFEDERATION EUROPEENNE DE PEDIATRIE AMBULATOIRE – CEPA) tagte am 13. März 2010 in Budapest/Ungarn

Die Konstituierung der ECPCP in Budapest wird frischen Schwung in die ambulante pädiatrische Versorgung in Europa bringen. Ferenc Kadar and Andras Huszar, die Vertreter der ungarischen Pädiater, hatten die Organisationen der europäischen ambulanten Pädiater nach Budapest eingeladen. **Die ECPCP ist aus der ESAP (European Society for Ambulatory Paediatrics) hervorgegangen**, die zuletzt von der Präsidentin Françoise Bovet geleitet wurde. In Budapest sind als neue Mitglieder Lettland, Italien, Österreich und (Israel mit Beobachterstatus) beigetreten. Somit ist jetzt ein überwiegender Teil der europäischen Praxispädiater in der ECPCP zusammen geschlossen. Weitere Länder sind bereits gewonnen und bereiten ihren Beitritt vor.



ECPCP-Delegierte aus 14 europäischen Ländern vor dem Parlament in Budapest

Konstituierende Gesellschaften der ECPCP:

Tschechische Republik: Association for Primary Paediatric Care Czech Republic

Frankreich: Association Française de Pédiatrie Ambulatoire – AFPA

Ungarn: Association of Hungarian Primary Care Paediatricians

Lettland: Latvian paediatric Association

Litauen: Lithuanian Paediatric Society

Luxemburg: Société Luxembourgeoise de Paediatric

Portugal: Secção de Pediatria Ambulatoria da Sociedade Portuguesa da Pediatria

Slowakia: Slovak Association of Primary Care Paediatricians

Slowenien: Slovenian Paediatric Society

Spanien: Sociedad española de Pediatria Extrahospitalaria y Atención Primaria

Schweiz: Swiss Paediatric Society

Italien: Associazione Culturale Pediatrica

Israel: Israel Ambulatory Paediatric Association – IAPA

Deutschland: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, BVKJ vertreten durch die Delegierten: Elke Jäger-Roman, Thomas Fischbach; Gottfried Huss, Tilman Kaethner, Ulrich Fegeler

Präsidentin: Elke Jäger-Roman

Vize Präsident: Helena Porfirio

General Secretary: Ferenc Kadar

Treasurer: Guy Molitor

Shimon Barak aus Israel präsentierte das „Manifesto on Primary Paediatric Care“. Es dient als grundlegendes Thesenpapier für die strategische Ausrichtung der neuen Gesellschaft. Es definiert, ausgehend von den Rechten des Kindes auf eine angemessene Gesundheitsversorgung durch qualifizierte Fachkräfte, die Ausbildungsinhalte, die Aufgaben und die Rolle der ambulant tätigen Pädiater in Europa. Die Zusammenfassung des Manifesto ist als Committee Report EPA/UNEPSA in Acta Paediatrica Scand. Vol 99, 13-18, Oct 2009 veröffentlicht.

Vier Arbeitsgruppen werden die Themenbereiche Strategie und Öffentlichkeitsarbeit, Forschung, wissenschaftlicher Auftritt und Literatur sowie Prävention bearbeiten.

Angesichts einer bisher eher schwachen Vertretung der Praxispädiater in der EAP (**European Academy of Paediatrics**) wurde Gottfried Huss als Sprecher des Primary Care Councils und Mitglied des Vorstandes vorgeschlagen und auf der letzten Mitgliederversammlung der EAP in Luxemburg einstimmig in diese Funktion gewählt.

Die pädiatrische ambulante Versorgung wird durch die ECPCP mit deutscher Präsidentschaft neu belebt. Synergistische Wirkungen sind zu erwarten, wenn die gerade gegründete **Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie** (siehe Kinder- und Jugendarzt 41. Jg (2010) S. 250) und die ECPCP ihre Kräfte bündeln. Beide Organisationen haben sich zum Ziel gesetzt, die europaweite Tendenz, die ambulante pädiatrische Versorgung zu schwächen, aufzuhalten. Es ist zu erwarten, daß eine Praxis- und Versorgungsforschung im europäischen Maßstab Daten liefern wird, die den komparativen Vorteil der Versorgung der Kinder durch qualifizierte Fachleute belegen. Zur Garantie und Verbesserung guter pädiatrischer Praxis müssen gemeinsame Standards für primary paediatric care in Europa entwickelt werden. Dazu werden die Weiterbildungspläne für Paediatric Primary Care in Europa weiter entwickelt und aktualisiert. Der Pädiater darf in der ambulanten Versorgung der Kinder und Jugendlichen in Europa nicht fehlen. Familien brauchen gut erreichbare Kinder- und Jugendärzte/innen in ganz Europa.

Dr. med. Gottfried Huss MPH
Werderstr. 4
79618 Rheinfelden
Tel. 07623/8502

Red.:ge

Jedes Land entsendet eine Kollegin oder einen Kollegen in den Vorstand. In den geschäftsführenden Vorstand wurde von den Delegierten gewählt:

Obleutetreffen am 08.05.2010 in Hildesheim:

Strategieranpassung ohne Paradigmenwechsel!

Kein anderes Thema bewegt den BVKJ derzeit so sehr, wie die unübersichtliche Lage bei den Selektivverträgen nach § 73 SGB V. So reicht das Spektrum der Möglichkeiten von der offenen Konfrontation mit der AOK in Baden-Württemberg über einfache Interesselosigkeit einiger Kassen bis zum „großen Wurf“ PzV Bayern. Die Fronten verlaufen zwischen den Kassen, quer durch einige Kassen, zwischen Kassen und Landesverbänden und auch quer durch den BVKJ. Die hohe Teilnehmerzahl von 112 Obleuten am diesjährigen Treffen und der Antrag, die Diskussionzeit zu verlängern, zeigt, dass alle die Brisanz der Lage erkannt haben.

Am Beginn stand wie immer der Bericht des Präsidenten, der die erfreuliche Mitgliederentwicklung (aktuell 11400) verkünden konnte. **Dr. Wolfram Hartmann** erläuterte die politische Ausgangslage, wonach die Förderung der Allgemeinmedizin aufgrund der Alterspyramide und sinkender Versorgungsdichte bei Politikern absoluten Vorrang hat. Ohne dass dies politisch beabsichtigt sein muss, droht die Kinder- und Jugendmedizin vergessen und an den Rand gedrückt zu werden. Hartmann machte unmissverständlich klar, dass der BVKJ mitnichten einen Exklusivitätsanspruch erhebe, aber die Regerversorgung von Kindern und Jugendlichen gehöre in die Hand der Kinder- und Jugendärzte. Eine Teilnahme an Verträgen ohne pädiatrische Inhalte sei mit ihm als Präsidenten nicht zu machen. „Sonst war mein Lebenswerk für die Katz!“

Der durch den Verhandlungsaufwand entstehende finanzielle Mehrbedarf auf Bundes- und Landesebene bestimmte auch den Vortrag des Schatzmeisters **Dr. Tilmann Kaethner**. Der Verband stehe jedoch nicht zuletzt durch eine moderate Beitragserhöhung finanziell stabil da.

Klaus Lüft stellte die Arbeit der im Herbst gegründeten BVKJ-Service GmbH vor. Alle bestehenden und zukünftigen Verträge sollen an die GmbH überführt werden. Lüft sieht noch viel wirtschaftliches Potential in den Verträgen, hält aber eine Online-Anbindung jeder Praxis und eine Schulung, gegebenenfalls mit Gewinnbeteiligung der MFA, als unabdingbar für gute Einschreibquoten.

Dr. Martin Lang berichtete von den Erfahrungen mit dem PzV Bayern und zeigt neben der erheblichen Qualitätsverbesserung in den Praxen auch die Schattenseite des sonnigen Bayernvertrages (157.000 Einschreibungen): Bürokratiechaos und



schwierige Abrechnungsmodalitäten mit einer eher unflexiblen KV.

Die Abrechnungsergebnisse der Kinder- und Jugendärzte stellte der Honorarbeauftragte **Dr. Roland Ulmer** dar. Im Durchschnitt stiegen die Fallwerte im Jahresvergleich an. Die Neuerungen zum 1. Juli bringen mit den QZV neue Budgets, die im Gegensatz zu den jetzigen, kaum zu füllenden Zusatzbudgets, mit dem RLV zu verrechnen sind.

Die engagiert geführte Diskussion war einerseits von der Sorge bestimmt, die Basis könne peu a peu den zweifelhaften Verlockungen der HZV erliegen, andererseits von dem Willen, pädiatrische Inhalte auf keinen Fall preiszugeben. So wäre es ein verheerendes Signal an diejenigen Kassen, die qualitätsorientierte Verträge abgeschlossen haben, wenn man sich zukünftig unter Wert anböte. Bei HZV-Verhandlungen, bei denen es auch um die Behandlung von Kindern und Jugendlichen gehe, muss der BVKJ von Anfang an auf Augenhöhe einbezogen werden.

In Regionen (bzw. bei Kassen), wo kein PZV zu erreichen ist, müssen pädiatrische Zusatzmodule in HZV implementiert werden, die nur Kinder- und Jugendärzten oder ganz besonders qualifizierten Allgemeinärzten zugänglich sind. Letzterer Passus wurde abgestimmt und die Qualitätsanforderungen an Hausärzte näher definiert. Wo die „No-go-Area“ beginnt, wurde auch deutlich: Eine Abrechnung der Kinder- und Jugendärzte über die HÄVG ist ausgeschlossen.

Berufsverband und Service-GmbH sind somit zur Quadratur des Kreises aufgerufen: flexibel und den regionalen Realitäten entsprechend zu verhandeln und den Niedergelassenen eine übersichtliche Vertrags- und Abrechnungslandschaft zu präsentieren. Denn soll die Vertragslandschaft blühen, muss sie auch von der Basis belebt werden. Am Ende sind es ohnehin die Eltern, die „mit den Füßen abstimmen“: über die Qualität des Arztes, aber auch ihrer Kasse!

Dr. Dehtleff Bantthien gab zum Ende seines Berichtes aus dem Länderrat den *Advocatus Diaboli*: Könnte sich § 73 in Analogie zur Finanzkrise als „Blase“, die Verträge als „toxische Papiere“ entpuppen?

Dr. Nikolaus Weissenrieder widmete sich dem Reizthema QM und machte klar, wohin die politische Richtung geht: „pay for performance“. Ob man dieser Entwicklung mit dem Aushang eines Zertifikats vorseilen will, sei dem Einzelnen überlassen, unabdingbar sei es dagegen, dass QM in der Praxis „gelebt“ werde.

Der Themenkreis des Obleutetreffens schloss sich mit der Vorstellung der „Speerspitzen“ der ambulanten Pädiatrie: Medienpräsenz, hervorragend gewährleistet durch einen Tag und Nacht ansprechbaren Pressesprecher **Dr. Ulrich Fegeler** sowie Eigendarstellung durch Versorgungsforschung. Letztere soll den Vorsprung der Allgemeinmedizin auf diesem Gebiet ver-



Die Freude über einen Geburtstagskuchen lässt kurzzeitig den politischen Ärger im „Ländle“ vergessen. **Dr. Klaus Rodens**, Landesvorsitzender des BVKJ in Baden-Württemberg

kürzen, die den Bereich „Primary Care“ europaweit komplett für sich vereinnahmt hat und ihren Alleinversorgungsanspruch durch Gesellschaften wie die DEGAM untermauern lässt. Auf europäischer Ebene wurde hierzu die ECPCP (European Confederation of Primary Care Paediatricians) gegründet, zu deren Präsidentin **Dr. Elke Jäger-Roman** gewählt wurde. Für Deutschland wurde im März 2010 die DGAAP (Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie) ins Leben gerufen.

Wir schauen in den nächsten Monaten gespannt auf die Prioritätenliste der Gesundheitspolitik, die jetzt nach der NRW-Wahl endlich Farbe bekennen muss.

Mehr dazu am 25.–27. Juni beim Kinder- und Jugendärztetag in Berlin.

Dr. Andreas Mattheß
Schillerstr. 11, 78532 Tuttlingen

Red.:ge

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

Am Samstag, dem 25. und Sonntag, dem 26. September 2010, findet das nächste Praxiseinführungs-Seminar des BVKJ in Friedewald statt. Bei diesem zweitägigen Seminar erhalten die Teilnehmer wertvolle Hinweise aus den Bereichen der praktischen Berufsausübung, Recht und Wirtschaftswissenschaften, die bei der Praxisgründung oder -übernahme zu beachten sind.

Die Themen im Einzelnen:

- Neugründung, Übernahme und Eintritt in eine bestehende Praxis
- Die niederlassungsbegleitende Vertragssituation (Übernahmevertrag, Mietver-

trag, Arbeitsverträge, Kooperationsverträge)

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

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

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

Stephan Eßer
Hauptgeschäftsführer des BVKJ

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Teilnahme am „Praxiseinführungs-Seminar“ am 25. und 26. September 2010 an.

Ich plane die Niederlassung

Die Teilnahmegebühr von 100,- € überweise ich bis zum Beginn des Seminars auf folgendes Konto des BVKJ:
0 201 273 779 (BLZ 300 606 01), Deutsche Apotheker- und Ärztebank.

An BVKJ
per Telefax (02 21) 68 32 04

Name

Anschrift

Datum, Unterschrift

(Tel. u. Fax)

Expertenkommission empfiehlt weitere Früherkennungsuntersuchungen im neunten Lebensjahr

Eine vom Bundesministerium für Gesundheit ausgeschriebene Expertise kommt zu dem Ergebnis, dass die Lücke in der Früherkennung der sechs- bis zehnjährigen Kinder unbedingt durch weitere Früherkennungsuntersuchungen zu schließen sei.

Die Expertenkommission unter der Federführung der Berliner Charité spricht sich für eine flächendeckende Einführung einer weiteren Früherkennungsuntersuchung im neunten Lebensjahr gekoppelt

an eine wissenschaftliche Begleitforschung aus. Außer einer allgemeinen Anamnese und körperlichen Untersuchung sollten ausgewählte Krankheiten wie ADHS, Adipositas, Angststörungen, allergischer Atemwegserkrankungen, Sehstörungen, Störungen des Sozialverhaltens und, mit Einschränkung, umschrieben Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten besonders berücksichtigt werden. Neben der reinen Früherkennung sollte auch die vorsorgliche Beratung zum Beispiel hin-

sichtlich Gesundheitsrisiken im Konzept der neuen Früherkennungsuntersuchungen verankert werden.

Trotz eher schwache Evidenz, hält das Expertengremium bei der hohen Prävalenz der genannten Erkrankungen eine Früherkennung für sinnvoll.

Das Bundesministerium für Gesundheit ist für die Umsetzung der Ergebnisse zuständig.

ge



bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Wahlaufruf für den Landesverband Sachsen-Anhalt

Termingerecht findet vom **09.08.2010** bis **30.08.2010** die Wahl des Landesverbandsvorsitzenden, seiner Stellvertreter, der Beisitzer, des Schatzmeisters sowie der zusätzlichen Delegierten und Ersatzdelegierten statt.

Die Geschäftsstelle organisiert die Briefwahl, die bis zum **30.08.2010** abgeschlossen sein muss (Eingang in der Geschäftsstelle).

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

Dr. med. Wolfgang Lässig, Halle
Landesverbandsvorsitzender



Dr. Gottfried
Huss

Jeder Fehler zählt!*

Jugendliche nicht ernstgenommen-Pneumonie zunächst übersehen

Was ist passiert?

Die 15-jährige Anna (Name geändert) kommt wegen starker Schulterschmerzen in die Praxis. Sie erscheint krank und hyperventiliert. Sie ist verspannt und nimmt eine skoliotische Zwangshaltung ein. Der Auskultationsbefund der Asthmatikerin ist unauffällig. Sie hat vor drei Tagen ausgiebig Hip-Hop getanzt und einen Tanzpreis bekommen. Das Beschwerdebild erscheint wie ein Schulter-Arm-Syndrom oder eine Muskelzerrung. Es ist fünf nach zwölf Uhr und die wartenden Mitarbeiter sind schon zur Teamsitzung versammelt. Anna kommt häufiger unangemeldet in die Praxis, fabuliert, aggraviert oft ihre Beschwerden und nimmt ihre Asthma-Medikamente nicht regelmäßig ein. Es werden Wärmeanwendungen empfohlen und sie wird mit Analgetika versorgt. Die Schmerzen werden in der Nacht schlimmer, sodass sie am nächsten Morgen erneut vorstellig wird. Das Blutbild ergibt: 25 Tsd Leukos/qmm, CRP: 9,7 mg/dl. Sie wird mit der Verdachtsdiagnose Pneumonie eingewiesen. Die Einweisungsdiagnose bestätigt sich im Krankenhaus und führt zur Einleitung einer i.v. Behandlung.

Was war das Ergebnis des Fehlers?

Eine Nacht mit unzureichend behandelten Schmerzen
Verzögerung der Einweisung und des Beginns der dann erfolgreichen antibiotischen Therapie. Frustration des Arztes wegen der Verzögerung.

Mögliche Gründe

Oberflächliche Behandlung einer Jugendlichen, ohne dem Krankheitsbild auf den Grund zu gehen.
Fehldeutung der beschleunigten Atmung durch Pneumonie als Hyperventilation.
Untypische Präsentation einer Pneumonie durch ausstrahlende Schmerzen in die Schulter – ohne Auskultationsbefund.

Wie hätte man das Ergebnis verhindern können?

Beschwerden bei Jugendlichen müssen immer ernstgenommen werden. Der Arzt hätte sich Zeit für eine gründliche Abklärung nehmen und auf sein eigenes „irgendwas stimmt hier nicht“-Gefühl hören müssen. Das hätte trotz Zeitdruck ein Anlass sein müssen, gleich einzuhalten, die „Antennen neu aufzurichten“ und sich selbst zu hinterfragen.

Was kann man daraus lernen?

Die klinische Präsentation einer Pneumonie ist gelegentlich untypisch. Über mit heftigen Schmerzen assoziierte Pneumonien wird in der Literatur berichtet. Abdominelle Schmerzen lassen an ein Ulkus, Appendizitis oder Cholezystitis denken. Brustkorbschmerzen können bis in die Schulter ausstrahlen und werden als Interkostalneuralgien oder Schulter-Arm-Syndrom gedeutet. Dabei können typische Pneumonie-Symptome und Auskultationsbefunde zunächst fehlen.

Typisch sind hier zwei Denkfehler:

- Attribution error = Zuordnungs-Fehler nach GROOPMAN: Die Schmerzen werden nicht der Pneumonie, sondern einer Muskelzerrung/ Muskelkater nach ausgiebigem Tanz falsch zugeordnet.
- Umgang mit „Stereotypen“ nach GROOPMAN: Als Stereotypen werden gleich bleibende oder häufig vorkommende Muster von Verhaltensweisen mit hohem Wiedererkennungswert bezeichnet. Der Patient ist mit seinen typischen Beschwerden und seinem charakteristischen Verhalten gut bekannt. Der Arzt verfällt in eine entsprechende vorgefasste (stereotype) Reaktion auf den Patienten und seine Krankheitsäußerungen (nicht ernstnehmen bei der 1. Vorstellung).

Gerade wenn man mit einer Hypothese nicht weiterkommt, wenn keine Besserung eintritt (bei der 2. Vorstellung), kommt es darauf an, sich von den Stereotypen zu befreien und einen „frischen Blick“ auf den Patienten zu werfen, so als hätte man ihn gerade erst kennengelernt. Ein guter Arzt kultiviert die Fähigkeit, sich selbst und seine Denkmuster infrage zu stellen (siehe BORELL-CARRIO)

Literatur: Jerome Groopman: How doctors think Verlag Houghton Mifflin; 2007

Borrell-Carrió F, Epstein RM. Preventing errors in clinical practice: a call for self-awareness. Annals of Family Medicine 2004; 2(4):310-316. Frei zugänglich unter: <http://www.annfamned.org/cgi/content/full/2/4/310>- lesenswert!

Redaktion

Dr. Gottfried Huss, Rheinfelden, grhuss@t-online.de, Fax 0762320488
Mitarbeit bei dieser Kolumne ist ausdrücklich erwünscht – Vertraulichkeit ist gewährleistet.

* Was ist ein Fehler? Das ist jeder Vorfall, von dem Sie behaupten können „Das war eine Bedrohung für das Wohlergehen des Patienten und sollte nicht passieren. Ich möchte nicht, dass es nochmal passiert“ (Quelle: www.jeder-fehler-zaehlt.de)

Red.:ge

Die Redaktion bittet um weitere lehrreiche Zusendungen nach diesem Schema zur Bearbeitung

Die Politiker müssen endlich handeln

Steht das duale System der hausärztlichen Versorgung vor dem Aus?

Mit dem Paragraph 73 b wurde die freie Arztwahl eingeschränkt. Er begünstigt in undemokratischer Weise die Allgemeinärzte und ist der Einstieg in das Primärarztssystem. Der Nachweis, dass man durch Hausarztverträge Geld sparen oder als Arzt gar mehr verdient, steht noch aus. Der Hausarzt als Türsteher für das Gesundheitswesen ist eher zum Drehtürsteher geworden, denn die Überweisungen zu den Fachärzten haben nicht abgenommen, mancherorts eher zugenommen. Wer eine Pauschale kassiert, hat sein Geld sicher und wird sich fragen, warum er sich noch ein teures Sonographiergerät anschaffen soll, von dem ihm sein Steuerberater sagte, es werde sich in seinem Berufsleben nicht mehr amortisieren.

Dass die Gesetzesmacher beim Paragraphen 73 b die Kinder- und Jugendärzte

als Hausärzte der Kinder und Jugendlichen (bewusst?) vergessen haben, ist inzwischen allgemein bekannt. Geändert hat sich aber nichts. Der unsägliche Paragraph wurde auch von der neuen Bundesregierung nicht angetastet.

Somit laufen auch die Schiedsverfahren weiter, um die Kassen, die sich bislang dem Monopolanspruch des Hausärzterverbandes verweigert haben, zu ihrem Glück zu zwingen.

Die bisher bekannten Schiedssprüche, gefällt von honorigen Nichtmedizinerinnen, zeigen das übliche föderale Durcheinander. In Bremen empfiehlt der Schlichter mit den Kinder- und Jugendärzten, als Teil der hausärztlichen Versorgung, separate Hausarztverträge abzuschließen. In Baden-Württemberg steuert der „Unparteiische“ unversöhnlich in Richtung Primärversorgung durch Allgemeinärzte, in-

dem durch die Einschreibung in einen Hausarztvertrag die bisherigen qualitätsverbessernden Verträge des BVKJ mit einzelnen Kassen außer Kraft gesetzt werden. So etwas hat es bisher noch nicht gegeben.

Jetzt müssen die Politiker Farbe bekennen: Wollen sie die ambulante allgemeine Pädiatrie erhalten, dann müssen sie eindeutig erklären, was sie gegen diesen diskriminierenden und parteiischen Schiedsspruch unternehmen wollen. Beruhigende Phrasen kommen an der Basis nicht mehr an.

Noch hoffen viele junge Kolleginnen und Kollegen ihr Traumfach Pädiatrie später auch in eigener Praxis ausüben zu können. Schon jetzt werden sie in ihrer Ausbildung diskriminiert, da die Weiterbildungsstellen im Gegensatz zu den Allgemeinmedizinerinnen nicht finanziell gefördert werden. Jetzt müssen sie nach fünfjähriger Weiterbildung auch noch erfahren, dass ihnen die Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch pädiatrisch nicht ausreichend weitergebildete Allgemeinärzte streitig gemacht wird.

Anstatt den Ärztemangel auf dem Land durch eine altersgewichtete Verteilung der Patienten zu begegnen, wird den neu niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten zugemutet, in einen unerquicklichen Konkurrenzkampf mit ansässigen Allgemeinmedizinerinnen einzutreten.

Das kann von einer Niederlassung nur abschrecken. Die Konsequenzen sind abzusehen. Der ländliche Raum wird fachlich noch schlechter versorgt. Pädiatrie wird zur Luxusware. Eltern müssen mit ihren Kindern in die nächste Kinderklinik fahren, um einen Kinder- und Jugendarzt zu sehen. Wenn die Politiker die ambulante allgemeine Pädiatrie erhalten wollen, müssen sie endlich den Mut haben, den monopolbildenden Paragraphen 73 b zu ändern.

Sonst bekommen wir englische Verhältnisse.



Wolfgang Gempff

Versammlung des BVKJ-Landesverbandes Bayern in Ingolstadt – Gesundheitsminister Söder will bundesweit pädiatriezentrierte Verträge unterstützen



© kinderaerzte-im-netz

Dr. Markus Söder und Dr. Martin Lang

Anlässlich der Landesversammlung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte in Bayern hat der **bayerische Staatsminister für Umwelt und Gesundheit – Dr. Markus Söder** – seine Unterstützung für das Bestreben des Verbandes, bundesweit pädiatriezentrierte Verträge mit den Krankenkassen abzuschließen, zugesagt.

Bisher werden solche Hausarztverträge für die Altersgruppe von 0–18 Jahren nur in Bayern angeboten. Viele Krankenkassen weigern sich bisher, diesem „bayerischen Modell“ zu folgen. **Dr. Martin Lang, der neue Landesvorsitzende des BVKJ in Bayern**, betonte, dass es angesichts der Zu-

nahme von neuen Krankheitsbildern in den Praxen der Kinder- und Jugendärzte unumgänglich sei, spezielle Gesundheitsleistungen für Kinder und Jugendliche anzubieten. „Schulprobleme, Erziehungsdefizite, Fettleibigkeit aufgrund von falscher Ernährung, motorische Störungen, Vernachlässigung und Gewalt – das sind die Themen, die bei vielen von uns inzwischen zur Tagesordnung gehören. Die Anforderungen an unser Fach haben sich in den letzten 10 Jahren stark verändert. Unser Verband hat darauf reagiert – neue Vorsorge- und Beratungskonzepte wurden entwickelt. Diese Inhalte bilden sich deutlich in den neuen, Pädiatriezentrierten Versorgungsverträgen (PzV) ab, die in Bayern von immer mehr gesetzlichen Krankenkassen den Patienten angeboten werden“, erläuterte Lang vor mehr als 300 Kinder- und Jugendärzten in Ingolstadt.

„Gute Medizin besteht nicht nur aus Geräten und immer besserer Technik, sondern im Mittelpunkt ärztlichen Handelns sollten neben der guten Qualifikation auch menschliche Zuwendung, Vertrauen und Zeit stehen“, warb Söder. Diese Eigenschaften erfährt der 43-jährige Söder, der vierfache Vater ist, auch beim Umgang mit seinen eigenen Kindern, die bei einer niedergelassenen Kinder- und Jugendärztin gesundheitlich versorgt werden. „Insofern haben sie die größte Fürsprecherin für ihre Fachgruppe in meiner eigenen Familie – nämlich meine Frau“, sagt Söder. Der Hausarztvertrag für Kinder stärke zum einen die Rolle des Kinder- und Jugendarztes als Familienarzt, er ermögliche zum anderen neue zusätzliche Leistungsangebote für Kinder und Jugendliche. Damit können auch Kinder und Jugendliche am medizinischen Fortschritt teilhaben. Schließlich setzen pädiatriezentrierte Verträge auch ein positives Signal für Medizinstudenten und -studentinnen, die sich auch zukünftig als Kinder- und Jugendarzt/ärztin in Deutschland niederlassen sollen. Vor diesem Hintergrund versprach Söder, sich auch auf Bundesebene für eigene Hausarztverträge in der Altersgruppe von 0-18 Jahren einzusetzen, die die Krankenkassen direkt mit den Pädiatern verhandeln sollten.

Der Präsident des BVKJ – **Dr. Wolfram Hartmann** –, der zur Freude der bayerischen Pädiater mit dem gesamten Vorstand nach Ingolstadt gekommen war, wies darauf hin, dass Kinder- und Jugendärzte aufgrund ihrer fünfjährigen Weiterbildung besonders qualifiziert sind, Kinder und Jugendliche zu behandeln. Diese Qualität in der Versorgung sollte auch im Gesetz fixiert sein, und damit wären Krankenkassen verpflichtet, Verträge für eine qualifizierte Versorgung der nächsten Generation abzuschließen. „Die Zahl der Kinder in Deutschland ist seit Jahren rückläufig – insofern ist es umso wichtiger diesen wenigen Kindern die bestmögliche Gesundheitsversorgung und Bildung zukommen zu lassen“, appellierte Hartmann.

Standing Ovations für Heinz Reiniger

Besonders emotional war die Verabschiedung des langjährigen Landesverbandsvorsitzenden Dr. Heinz Reiniger. **Dr. Bernd Simon, Vorsitzender von Pädnetz Bayern** würdigte die Verdienste von Heinz Reiniger, der sich vor sechs Jahren spontan bereit erklärt hatte, die vakant gewordene Stelle des Landesverbandsvorsitzenden zu übernehmen. Untrennbar sei sein Name mit dem Abschluss des bundesweit ersten Pädiatriezentrierten Vertrages (PzV) verbunden, für den Heinz Reiniger bis an die Grenze der körperlichen Belastbarkeit gekämpft habe. Für diese Leistung erhielt Heinz Reiniger in Anwesenheit seiner Frau Johanna „Standing Ovations“ der versammelten bayerischen Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte.

Standing Ovations für Heinz Reiniger

Sean Monks, München

Red.:ge

Die Kündigung von Arbeitsverträgen

Die Presse berichtet immer wieder über „spektakuläre“ Fälle von Kündigungen von Arbeitsverträgen: Supermarktdiscounter kündigt Kassiererin wegen des EinlöSENS eines Pfandbons über etwa einen Euro, der ihr nicht gehörte. Eine lang gediente Sekretärin erhält die Kündigung, weil sie von einem Buffet für Kunden eine Frikadelle gegessen hat. Eine Altenpflegerin nimmt Maultaschen aus der Heimküche mit nach Hause und wird dafür gefeuert. Und jüngst erklärte das Landesarbeitsgericht Schleswig-Holstein die Kündigung einer Verkäuferin für wirksam, die „im Clinch“ mit Kollegen gestanden hatte. Welche rechtlichen Grundsätze stecken dahinter und welche sind relevant für die Kinder- und Jugendarztpraxis?



Dr. Andreas
Meschke

Gemeinsam ist allen Fällen, dass es sich um eine so genannte außerordentliche Kündigung aus wichtigem Grund handelte. Ganz grundsätzlich unterscheidet man zwischen der ordentlichen und der außerordentlichen Kündigung. Bei der ordentlichen Kündigung ist eine Kündigungsfrist einzuhalten. Welche, ergibt sich grundsätzlich aus dem Arbeitsvertrag. Ist hier nichts geregelt, gilt § 622 BGB. Danach bewegt sich die Kündigungsfrist zwischen vier Wochen zum Monatsbeginn oder zur Monatsmitte und sieben Monate zum Monatsende; maßgeblich ist, wie lange das Arbeitsverhältnis zum Kündigungszeitpunkt schon bestanden hat. Z.B. hat eine Medizinische Fachangestellte (MFA) erst nach einer Betriebszugehörigkeit von 20 Jahren eine Kündigungsfrist von sieben Monaten. Vorsicht kann geboten sein, wenn man sich allein an der vertraglichen Kündigungsfrist orientieren will. Diese darf nur dann geringer sein als vier Wochen, wenn der Arbeitgeber weniger als 20 Vollzeitkräfte beschäftigt.

Außerordentliche Kündigung: schnell und gut begründet

Die außerordentliche Kündigung hingegen erfolgt fristlos. Sie bedarf eines wichtigen Grundes. Dieser macht die Fälle dann für Außenstehende „spektakulär“. Ein wichtiger Grund liegt vor, wenn das Festhalten am Arbeitsvertrag dem Arbeitgeber schlichtweg nicht mehr zumutbar ist, und zwar unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls einschließlich der Interessen beider Seiten. Die Rechtsprechung hatte hier schon vieles Außergewöhnliche zu entscheiden. Bei den einleitend genannten Beispielen etwa war maßgeblich, dass die Gekündigten besondere Vertrauenspositionen inne hatten (Kassiererin und Sekretärin) bzw. regelmäßig engen Kontakt zu fremdem Eigentum hatten (Altenpflegerin), was es verhinderte, die Diebstähle – und solche waren es, auch wenn es „nur“ um geringwertige Sachen ging – als Nachlässigkeiten abzutun. Andere wichtige Gründe sind: erkennbare Arbeitsverweigerung, eigenmächtiger Urlaubsantritt, Androhung von Krankheiten bei Urlaubsablehnung o.ä., alle strafbaren Handlungen mit Be-

zug zum Arbeitsverhältnis oder eben ein ungebührliches Verhalten gegenüber dem Arbeitgeber oder den Kollegen. Und insofern wird auch die einleitend erwähnte Entscheidung des LAG Schleswig-Holstein nachvollziehbar: Hier hatte die Gekündigte ihre Kolleginnen immer wieder beschimpft und einer sogar sofort nach einer mündlichen Abmahnung durch den Arbeitgeber damit gedroht: „Wer mich beim Chef anmachen will, denn mache ich platt.“

Geht man als Arbeitgeber von einem wichtigen Grund aus, darf man mit der Kündigung nicht allzu lange warten. Denn sonst wird vermutet, dass das Verhalten des Arbeitnehmers doch „nicht so schlimm“ war. Arbeitgeber sollten daher keinesfalls länger als 14 Tage nach gesicherter Kenntnis von dem wichtigen Grund mit der fristlosen Kündigung warten. Denn ansonsten bleibt nur die ordentliche Kündigung und bis zu deren Wirksamkeit die Weiterarbeit einer Person, die man eigentlich gar nicht mehr sehen möchte.

Ordentliche Kündigung: Gründe müssen nachvollziehbar sein

Bei der ordentlichen Kündigung muss man im Übrigen neben der Einhaltung der Kündigungsfrist darauf achten, ob das Kündigungsschutzgesetz anwendbar ist. Denn dieses fordert die so genannte soziale Rechtfertigung der Kündigung, d.h. es bedarf eines bestimmten, zwar nicht im oben erläuterten Sinne „wichtigen“, aber zum Schutz des Arbeitnehmers nachvollziehbaren Grundes: Die Kündigung muss entweder betriebsbedingt (z.B. zur Rationalisierung), personenbedingt (z.B. aufgrund von Krankheit) oder verhaltensbedingt (z.B. aufgrund eines Strafverfahrens ohne Bezug zum Arbeitsverhältnis) sein. Das Kündigungsschutzgesetz ist anwendbar, wo mehr als zehn Arbeitnehmer beschäftigt werden, also in der Regel in Großpraxen, nicht in Einzelpraxen. Es gilt außerdem zugunsten der Arbeitnehmer, die schon vor dem 31.12.2003 dort tätig waren, wo mehr als fünf Arbeitnehmer beschäftigt waren. Ein Beispiel: In einer Gemeinschaftspraxis arbeiten am 31.12.2003 sechs Vollzeit-MFAs; sie alle können sich weiterhin auf das Kündi-

gungsschutzgesetz berufen. Für jede ab dem 1.1.2004 eingestellte Kraft gilt dies nicht. Bei der Feststellung der Zahl der beschäftigten Arbeitnehmer sind Teilzeitbeschäftigte mit einer regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit von bis zu 20 Stunden mit 0,5, bis zu 30 Stunden mit 0,75 und mit mehr als 30 Stunden mit 1,0 zu berücksichtigen. Auszubildende zählen gar nicht.

Zwei wichtige Merkposten zum Schluss: Bei einer Gemeinschaftspraxis müssen, wenn der Gesellschaftsvertrag keine andere Vertretungsregelung vorsieht, alle Ge-

sellschafter die Kündigung unterzeichnen. Und: Es gibt keinen Anspruch auf Abfindung, schon gar nicht bei einer wirksamen Kündigung! Abfindungen werden immer nur freiwillig von den Parteien vereinbart, wenn die Wirksamkeit der Kündigung streitig ist, um einen u.U. langwierigen Rechtsstreit zu vermeiden.

Dr. Andreas Meschke

Der Autor ist Fachanwalt für Medizinrecht und arbeitet als Justitiar für den BVKJ

Red: ReH

Praxistafel

Kinderarztpraxis südl. S-Bahnbereich Münchens abzugeben; Tel.: 08171/21331

Gutgehende Kinderarztpraxis in Bayern sucht Nachfolger/in. Detailinformationen unter Tel.: 0172/8909477

Gut eingeführte Einzelpraxis für Kinder- und Jugendarztmedizin mit Schwerpunkt Asthma bronchiale (nicht Bedingung) in Augsburg-Land im Laufe 2011 abzugeben (guter Privatanteil). Praxisvertretung möglich.

Zuschriften unter Chiffre 1724 KJA 6/10 an den Verlag erbeten

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

Inhaltsangabe Heft 06/10

Prävention

Zukunft beginnt gestern

Klinische Fortbildung

Angeborene Schwerhörigkeit – Ursachen

Aus anderen Ländern

Kangaroo Mother Care-Abteilung in Kapstadt erhält Tombolaerlös

Pädagogik

Sichere Bindung an die Erzieherin – Voraussetzung für gelingende Bildung

Pflegepraxis

Verbesserte Pflege nach Hypospadiekorrektur

Kind und Gesellschaft

Übergewicht bei türkischen Kindern



Ferner: Berufsverband, Prävention, Trauerbegleitung, Psychologie, Hinweise, Aus anderen Ländern, Berufs- und Rechtsfragen, Gesundheitspolitik, Aus Wissenschaft und Forschung, Verbandsmitteilungen, Leserbrief, Ernährung, Bücherhinweise, Terminkalender und Stellenmarkt

„**Kinderkrankenschwester**“ ist das Organ des Fachausschusses Kinderkrankenpflege der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und des Berufsverbandes Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. und kann zum Jahresabonnementspreis von € 29,50 oder zum Einzelpreis von € 2,95 (inkl. MwSt. zzgl. Versandkosten Inland € 4,10) beim

Verlag Schmidt-Römhild, Mengstraße 16, 23552 Lübeck, bestellt werden.

VORSCHAU

Für das Juli-Heft 2010 sind u.a. vorgesehen:

Erlebnisbericht

Jugendliche mit neuromuskulären Erkrankungen brechen auf

Kind und Gesellschaft

Wenn Träume wahr werden

Intensivpflege

„Critical Illness Polyneuropathy“ – eine neue Erkrankung der pädiatrischen Intensivmedizin

Gesellschaftspolitik

Jungen sind die Dummen

Pflegepraxis

Elternanwesenheit während der Reanimation

Aus Wissenschaft und Forschung

Armbanduhren im Krankenhaus: Sind sie wirklich ein Risikofaktor für eine vermehrte Keimbesiedlung der Hände?



Jeder zweite von ihnen ein Schulschwänzer?

© DN - Fotolia.com

Schwierige Schulschwänzer

Früher fielen Schulschwänzer nur den Lehrern auf, in den letzten Jahren beschäftigen sich aber zunehmend auch Wissenschaftler mit dem Problem der „Schulversäumnisse“.

Der Pädagoge PD Dr. Heinrich Ricking von der Carl-von-Ossietzky Universität Oldenburg im Gespräch mit unserer Zeitschrift über die Gründe und die Folgen des Schulabsentismus und warum „Blau machen“ alles andere als ein harmloser Schülerstreich ist

? Schwänzen Schüler heute mehr als früher?

Das ist eine schwierige Frage. Um sie zu beantworten, bräuchten wir vergleichbare Untersuchungen über viele Jahre. Die haben wir aber nicht. In der Fachpresse wird häufig behauptet, dass es heute mehr Schulabsentismus gibt als früher, der Nachweis fehlt aber. Wir brauchen aber auch gar keine Dramatisierung durch Fachpresse oder Boulevardmedien: Das Problem ist auch so groß genug. Jeder zweite Schüler in der Sekundarstufe 1 hat im letzten halben Jahr illegitime Schulversäumnisse gehabt, also nicht gerade ein Randphänomen. Natürlich ist nicht jedes „Blau machen“ gleich dramatisch.

Die eigentliche Problemgruppe sind aber die drei bis fünf Prozent Schüler, bei denen das „Schwänzen“ ein habituelles Verhaltensmuster geworden ist. Bei diesen

Schülern stellen wir ganz klar fest, dass ihre Schulversäumnisse sich auf ihre Leistungen und gesamte Bildungsbiographie auswirken. Und wir stellen fest, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen Schulversäumnissen einerseits und Delinquenz, aggressivem Verhalten und Drogenkonsum andererseits.

? Welche Schüler absentieren sich besonders häufig vom Schulunterricht?

Die Versäumnisse kommen zwar in allen Schulformen vor, man muss zunächst aber differenzieren. Je höher der akademische Anspruch einer Schulform, desto seltener wird der Unterricht illegitim versäumt.

Gymnasiasten schwänzen weniger als Realschüler, Realschüler, weniger als Hauptschüler und Förderschüler.



PD Dr. Heinrich Ricking



Schulabsentismus beginnt teilweise schon in der Grundschule, die Fehlzeiten häufen sich aber erst ab Klasse 5–6, bis zur Klasse 9 steigern sich die Zahlen, dann nehmen sie wieder ab, wahrscheinlich, weil bei einigen dann der Schulabschluss in den Blick gerät.

? Warum machen Schüler blau?

Bei den Ursachen kommen individuelle, familiäre und schulische Faktoren zusammen.

Schwänzen ist so gut wie nie das einzige Problem, es ist häufig auch ein Marker für Fehlentwicklungen und man muss es im Kontext sehen. Ursachen für Schulversäumnisse können zum Beispiel geringen Unterstützung und Aufsicht in der Familie, dauerhaftes Schulversagen sein, auch Mobbing oder diverse Ängste, etwa Leistungsangst. Dann gibt es die Gruppe der Schüler, die von den Eltern zurückgehalten werden, etwa weil die Eltern selbst schlechte Erfahrungen mit der Schule gemacht und daher eine negative Einstellung zur Schule haben. Manche Eltern finden – etwa aus religiösen Gründen – die Schule für ihre Kinder unzumutbar.

Interessant ist, dass Schulschwänzer etwa zu gleichen Teilen Mädchen und Jungen sind. Bei den intensiven Schulschwänzern finden wir aber häufiger Jungen.

Es gibt also viele unterschiedliche Gründe und Muster für Schulabsentismus.

In der Lehrerbildung muss das viel mehr als bisher berücksichtigt werden.

? Was können Lehrer tun, um Schüler im Unterricht zu halten?

Wir wissen, dass bereits die Grundschulzeit für die Entstehung von Schulunlust und -ängsten wichtig ist. Hier sind schon einige Risikofaktoren wie z. B. nachteilige Lebens- und Lernverhältnisse, Leistungsprobleme,

unregelmäßiger Schulbesuch sichtbar, die zu späterem massiven Schuleschwänzen und zum Dropout führen. Lehrer sollten diese Risikofaktoren frühzeitig sehen und etwas dagegen tun, z. B. dafür sorgen, dass Kinder in Risikolagen Erfolge erleben und eine positive Bindung zur Lehrkraft und zur Schule aufbauen. Sonst bildet sich ein negatives schulisches Selbstkonzept aus, das dann zum Vermeidungsverhalten beiträgt.

? Und wie sollen sie das bewirken?

Insgesamt sollten Schulen für mehr Integrationskraft sorgen.

Sie sollten stärker als bisher in der Lage sein leistungsschwache und verhaltensbeeinträchtigte Schüler angemessen zu fördern und aktiv einzubinden.

Die Grundschule und auch natürlich die weiterführenden Schulen müssen aufhören Normkinder zu erwarten, die glatt durch das System laufen. Schule braucht mehr individuelle Fördermöglichkeiten, mehr Kompetenz, mit Heterogenität umzugehen. Dazu benötigen sie aber auch mehr personelle Ressourcen. Oft ist die Förderung auf kleinere Klassen angewiesen mit der Möglichkeit zu mehr Differenzierung.

Außerdem müssen manche Lehrer auch ihre Einstellungen in Frage stellen. Sie müssen jedem einzelnen Kind signalisieren, dass seine Anwesenheit und Mitarbeit wichtig ist für die Klasse und die Schule.

? Lehrer klagen aber oft darüber, dass sie völlig überlastet und von den Eltern allein gelassen sind.

Das ist richtig. Die Eltern darf man auf keinen Fall aus der Verantwortung entlassen, sie müssen sich kümmern, ihr Kind unterstützen und beaufsichtigen. Bei größeren Erziehungsproblemen sollte man die Elternkompetenz durch Trainings schulen und den Eltern klar machen, dass Schuleschwänzen unter Umständen bedeutet, dass ihr Kind abdriftet in Delinquenz und Drogensucht.

? Können Kinder- und Jugendärzte helfen, Schulversäumnisse zu verhindern?

Ganz sicher! Natürlich nur, wenn sie die Kinder regelmäßig sehen. Sie können dann problematische Lebenslagen frühzeitig erkennen und die Familien unterstützen. Zu 90 Prozent können wir heute in der dritten Klasse feststellen, ob sich ein Kind zu einem Dropout entwickelt oder nicht, manchmal kann man das sogar schon im Vorschulalter sehen. Wichtig ist dann, dass der Kinder- und Jugendarzt als Clearingstelle tätig wird und die drohende Fehlentwicklung abwendet, indem das Netzwerk der Hilfen um die Kinder aktiviert wird. Wir benötigen dazu sicher mehr Frühförderung, mehr Krippen und Kitaplätze.

ReH

Fortbildungstermine des BVKJ

Juni 2010

25.–27. Juni 2010

Kinder- und Jugendärztetag 2010

40. Jahrestagung des bvjk e.V., Berlin

Neue Medikamente – Kenne ich mich aus? Pharmakotherapie im Kindes- und Jugendalter ①

26.–27. Juni 2010

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

in Berlin

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/6 89 09 15/16, Fax 0221/6 89 09 78 (bvjk.kongress@uminfo.de) ①

Juli 2010

10. Juli 2010

Pädiatrie zum Anfassen

des bvjk e.V., LV Baden-Württemberg, Nellingen

Auskunft: Dr. Rudolf von Butler, Wäldenbronner Str. 42, 73732 Esslingen, Tel. 0711/374694, Fax 0711/3704893 ②

August 2010

28. August 2010

Jahrestagung des LV Sachsen

des bvjk e.V., Dresden

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

September 2010

3.–4. September 2010

13. Seminartagung des LV Hessen

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

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

11.–12. September 2010

Pädiatrie zum Anfassen

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

Auskunft: Dr. Stefan Trapp, Bremen, Tel. 0421/570000, Fax 0421/571000; Dr. Stefan Renz, Hamburg, Tel. 040/43093690, Fax 040/430936969; Dr. Dehtleff Banthien, Bad Oldesloe, Tel. 04531/3512, Fax 04521/2397 ②

11.–12. September 2010

Praxisabgabe-Seminar des BVKJ e.V.

in Friedewald (bei Bad Hersfeld)

Auskunft: BVKJ, Tel. 0221/6 89 09-10, Fax 0221/68 32 04

25.–26. September 2010

Praxiseinführungs-Seminar des BVKJ e.V.

in Friedewald (bei Bad Hersfeld)

Auskunft: BVKJ, Tel. 0221/6 89 09-11, Fax 0221/68 32 04

Oktober 2010

9.–13. Oktober 2010

38. Herbst-Seminar-Kongress

des bvjk e.V., Bad Orb

Funktionelle Störungen

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221 / 6 89 09 15/16, Fax: 0221/6 89 09 78 (bvjk.kongress@uminfo.de) ②

November 2010

12.–13. November 2010

4. Pädiatrie zum Anfassen

des bvjk e.V., Berlin

Auskunft: Dr. Burkhard Ruppert, Zabel-Krüger-Damm 35-39, 13469 Berlin, Tel. 030/4024922, Fax 030/40397254 ①

20.–21. November 2010

8. Pädiatrie zum Anfassen

des bvjk e.V., LV Bayern, Bamberg

Auskunft: Dr. H. Reininger, Prof. Dr. C. P. Bauer, Prof. Dr. K. J. Deeg, Cosimastr. 133, 81925 München, Tel. 089/4209547500, Fax 089/4209547509 ③

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

② Schmidt-Römhild-Kongressgesellschaft, Lübeck, Tel. 0451-7031-202, Fax: 0451-7031-214

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

④ Med For Med, Rostock, Tel. 0381-20749709, Fax 0381-7953337

⑤ Interface GmbH & Co. KG, Tel. 09321-9297-850, Fax 09321-9297-851

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.

Dr. Dorothea Bogner ist 65

Am 7. Juni vollendet Dr. Dorothea Bogner nach abwechslungsreichem beruflichen und außerberuflichen Wirken ihr 65. Lebensjahr. Der BVKJ hat sie mit den Ehrennadeln in Silber und Gold ausgezeichnet. Gern sei an ihre Verdienste erinnert.

Dem Abitur und Medizinstudium (1965–1971) und der Facharztweiterbildung folgte 1977 die Niederlassung als Kinderärztin in Brackenheim, zunächst in Einzel-, ab 1992 in Gemeinschaftspraxis. Sie engagierte sich neben der Praxistätigkeit im Stadtrat und als ehrenamtliche Richterin am Sozialgericht in Stuttgart.

Diese umfangreichen Erfahrungen flossen sicher in die Aktivitäten beim BVKJ ein. Sie diente ihm von 1981 bis 2003 als Delegierte des Landesverbands Württemberg und ab 1991 dem Vorstand und

dem Ausschuss Prävention und Frühtherapie.

Dorothea Bogner bereicherte mit Aufgeschlossenheit, Diskussionsfreude und beachtlichem Durchsetzungsvermögen die Verbandsarbeit. Ihre Geselligkeit und ihr Harmoniestreben prägen das gute Klima bei den Vorstandskolleginnen und -kollegen.

Tapfer stellte sie sich in den letzten Jahren gesundheitlichen Problemen, die sie zur vorzeitigen Praxisaufgabe zwangen. Aber nützlich macht sie sich immer noch, zum Beispiel beim Blutspendedienst in Heilbronn.

Gerühmt werden müssen weitere Talente, mit denen sie ihre ehemaligen Vorstandskollegen im Ruhestand beim jährlichen „Aposteltreffen“ beeindruckt: Sie ist



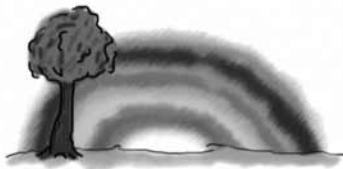
eine unübertroffene Gastgeberin und subtile Weinkennerin. Durchaus in unserem eigenen Interesse wünschen wir ihr im Ruhestand neben Gesundheit den Erhalt dieser guten Eigenschaften.

Herzlichen Glückwunsch!

Klaus Gritz

Red.:ge

Heilpädagogisch
Therapeutisches
Kinderzentrum



Nordpfalz / Rheinhessen
Kinderzentrum für
Frühförderung und
Sozialpädiatrie

Wir suchen infolge Ausscheidens der Ärztin aus Altersgründen alsbald einen /eine

Facharzt / Fachärztin (Kinder- und Jugendmedizin)

In unserer Einrichtung werden Kinder mit Entwicklungsstörungen / Behinderungen behandelt. Wir arbeiten im interdisziplinären Team, orientiert an der ganzheitlichen Entwicklungsförderung. Das Fachteam besteht aus Ärztin/Arzt, Psychologen, Heilpädagogen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Sozialarbeiter.

Das Angebot umfasst die Bereiche Diagnostik, Therapie und Beratung.

Wir erwarten:

- Fachärztliche Berufserfahrung im Bereich der Diagnostik, Behandlung und Beratung bei o.g. Klientel sowie Fachkenntnisse in der Sozialpädiatrie und Neuropädiatrie.
- Die Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung und Zusammenarbeit mit allen Fachkräften

Wir bieten:

- Vergütung in Anlehnung an TVÖD
- Geregelte Arbeitszeit (ohne Wochenend- und Nachtdienst)
- Möglichkeit der Weiterbildung intern / extern
- Einarbeitungszeit / Unterstützung durch die bisherige Fachkollegin

**Bewerbungen bitte an: Heilpäd.-Therapeutisches Kinderzentrum
Jahnstr. 2 – 67307 Göllheim
Info unter www.htk-goellheim.de**

Buchtipp

Ritva A. Sälke-Kellermann

Epilepsie bei Schulkindern

Stiftung Michael, Schriften über Epilepsie, Band IV, 2009, 160 Seiten



Diese Schrift ist ein Ratgeber, sie wendet sich an Eltern, an Ärzte, Lehrer und Sozialpädagogen sowie an interessierte Laien, auch an nicht-epileptologisch vorgebildetes medizinisches Personal, Menschen also, die sich mit dem Thema Epilepsie bei Schulkindern vertraut machen möchten.

Eingeleitet wird die Schrift sehr anschaulich mit der Beispielgeschichte der Schülerin Laura, die beim Referat über ihr Reit-Hobby in der Schule eine Absence hat. Dies führt zur Diagnose ihrer Absence-Epilepsie. Laura vertraut ihre Wahrnehmungen und Gefühle ihrem Tagebuch an. Und dann hat Laura einen Traum über Klassenkameraden, die alle andere Formen epileptischer Anfälle haben, z.B. Rolando-Epilepsie-Anfall, Jackson-Anfall, generalisierter tonisch-klonischer Anfall, fokaler Anfall aus dem Schläfenlappen usw.

Es folgt je ein ausführliches Kapitel zum medizinischen und zum sozialen Umgang mit Epilepsie. Die Unterschiede von epileptischen Anfällen und Epilepsien, die im Schulalter vorkommenden Formen von Epilepsie, die nicht epileptischen Anfälle und anfallsweise auftretenden Ereignisse, der diagnostische Prozess, der Weg von der Diagnose zur Behandlung werden im ersten Teil beschrieben. Im zweiten folgt die Beratung in Sozialangelegenheiten und Schulfragen, die Beratung von Eltern und Pädagogen, die psychosoziale Beratung. Im Anhang werden die wichtigsten antiepileptisch wirksamen Medikamente, viele Kontaktadressen und weiterführende Literatur zu speziellen Fragen aufgeführt. Abschließend findet sich ein Index mit ca. 230 Stichworten.

Die Autorin ist eine ausgewiesene Expertin auf dem Gebiet der Epilepsie des Kindes- und Jugendalters, in diesem Feld hat sie sich jahrelang bes. mit den Problemen epilepsiekranker Schüler und Schülerinnen befasst. Das Buch ist in einem an-

genehmen, allgemeinverständlichen Stil geschrieben, besonders berücksichtigt sind die Gefühle von Patienten und Eltern. Aufgrund der übersichtlichen Gliederung und des Indexes sind Antworten auf spezifische Fragen sehr schnell zu finden.

Ich empfehle die Verbreitung dieser Schrift, z.B. durch Auslage in ärztlichen Institutionen (Kinderkliniken, sozialpädiatrischen Zentren) und (Neuro-) Pädiatrie-Praxen, wo die Erstdiagnose Epilepsie bei Schulkindern gestellt wird, bzw. Schulkindern mit Epilepsie ärztlich betreut werden, darüber hinaus in Schulen und bei Sozialdiensten.

Frau Dr. Sälke-Kellermann und der Stiftung Michael sei gedankt für die Autorenschaft und die Bereitstellung dieses gelungenen Ratgebers.

Prof. Dr. Ulrich Stephani
Klinik Neuropädiatrie, UK S-H
Schwanenweg 20
24105 Kiel

Red.: Christen

Dr. med. Adolf Tier

Poesie ist überall



Verlag
Schwarz
Druck,
Meeraue,
2009, ISBN
978-3-
9811118-2-8

„Poesie ist überall“ ist der Titel eines Lyrikbandes, den unser Kollege Dr. Adolf Tier aus Hohenstein-Ernstthal zu seinem 70. Geburtstag Ende 2009 vorgelegt hat. Er enthält 131 Gedichte aus allen Lebensperioden des Autors. Illustriert sind sie mit 21 einfühlsamen Zeichnungen von Veit Schindler. Geboren 1939, musste Adolf Tier 1944 seine Heimat in Litauen verlassen und verbrachte die Kindheit in der Nähe von Naumburg. Hier, im lieblichen Tal zwischen Saale und Unstrut, umgeben von Obst- und Weinbergen sowie Laubwäldern, erwachte seine Liebe zur Natur und Poesie. Der Maler Max Klinger bezeichnete diese Gegend als „Toskana des Nordens“. Im

Studium in Leipzig begegnete er der Liebe seines Lebens. Nach Studium und Facharztausbildung gingen beide nach Hohenstein-Ernstthal, wo Adolf Tier als Kinder- und Jugendarzt und seine Frau als Fachärztin für Allgemeinmedizin arbeiteten und sich hohes Ansehen erwarben. Als sie den verdienten Ruhestand genießen wollten, starb seine Frau unerwartet.

Gute Freunde wussten, dass Adolf Tier in allen Lebensabschnitten Gedichte geschrieben hat, in denen er seinen Gedanken und Gefühlen Ausdruck verlieh. Darin konnte er mit wenigen, einfachen Worten wunderbare Bilder vermitteln. Die Poesie und seine Naturverbundenheit gaben ihm schließlich auch die Kraft, Trauer und Schmerz zu überwinden und neuen Lebensmut zu schöpfen. In dieser Zeit der Rückschau auf die vergangenen siebenzig Lebensjahre schrieb er wunderbare Verse, die dem Leser einen tiefen Einblick in sein Denken und Fühlen gewähren. Es entstand ein sehr berührender lebensbejahender Lyrikband, den der Leser in jeder Stimmungslage gern immer wieder zur Hand nehmen wird, um mit Freude und Gewinn darin zu lesen. Der Autor sagt selbst zu seinem Erstlingswerk: „Schöpfend aus der Vergangenheit fand ich ein Sein in der Gegenwart. Wenn ich andere Menschen mit meinen Gedichten berühre und ermutige, hat meine Lyrik ihren Sinn erfüllt“.

Dr. Reiner Thieme
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
Amselweg 5
09496 Marienberg

Red.:ge



KlinikClowns e.V. | Tel. 08161/41805
www.klinikclowns.de
Spendenkonto 45900
Freisinger Bank eG, BLZ 701 696 14

Glückliche Gewinner ...

BVKJ-Medienpreis in Berlin verliehen

Zum zweiten Mal wurde am 19. Mai in Berlin der BVKJ-Medienpreis feierlich verliehen. Den mit 5000 € dotierten Preis in der Kategorie Print bekam Felix Berth für seinen Beitrag „Hartz, aber fair“, der am 20. Oktober 2009 als Leitartikel in der Süddeutschen Zeitung erschien. In der Kategorie TV wurde Karla Steuckmann für ihre RTL-Reportage „Kinderarmut“ ausgezeichnet, die am 21.09.2009 in der Sendung Extra lief. Die Dotierung betrug ebenfalls 5000 €. Wie im letzten Jahr, so befand auch in diesem Jahr die Jury keinen der eingereichten Hörfunkbeiträge für preiswürdig. Statt dessen wurde ein weiterer Print-Beitrag ausgezeichnet, Katja Thimm erhielt den 2. Preis für ihren Artikel „Die Kraft der Widerständigen“, der im Spiegel 15/2009 erschien, die Dotierung betrug 2500 €. Ebenfalls mit einem zweiten Preis wurde Sigrid Faltin für ihre Reportage „Nestwärme auf Zeit“ ausgezeichnet, die im SWR lief.

Die Preisverleihung fand in der Katholischen Akademie in Berlin vor 80 geladenen Gästen aus dem BVKJ und aus der Politik statt.

Ulrich Fegeler, BVKJ-Pressesprecher und „Erfinder“ des Journalistenpreises hob in seiner Laudatio das hohe journalis-

tische Niveau der Beiträge hervor. 30 Journalistinnen und Journalisten hatten sich in diesem Jahr um den BVKJ-Medienpreis beworben, die meisten von den großen überregionalen Tageszeitungen und Wochenzeitschriften und -zeitungen – entsprechend hoch war das Niveau der Beiträge insgesamt und entsprechend schwer die Arbeit der Jury (Dr. Ulrich Fegeler, BVKJ-Pressesprecher, Dr. Gunhild Kilian-Kornell, ebenfalls langjährige BVKJ-Pressesprecherin, BVKJ-Präsident Dr. Wolfram Hartmann, Verleger und Medienpreis-Sponsor Norbert Beleke und die Journalistinnen Regine Hauch und Thorakit Treichel). In seiner Ansprache hob Ulrich Fegeler noch einmal die Leitsätze des BVKJ-Medienpreises hervor, der für herausragende journalistische Beiträge vergeben wird, die der Öffentlichkeit vom Kinderleben auf der Schattenseite unserer Gesellschaft berichten und die benennen, worauf es ankommt, um sozial benachteiligten Kindern von Anfang an und nachhaltig zu helfen.

„Dies leisten die Arbeiten, die wir heute prämiieren in hervorragender Weise,“ so Fegeler. „Alle vier Beiträge machen deutlich, was Leben in sozialer Armut, Leben ohne gerechte Chancen, ohne Teilhabe an



Die glücklichen Preisträger v.l.n.r.: Katja Thimm (Der Spiegel), Karla Steuckmann (RTL), Dr. Gudrun Hanke El Ghomri (SWR), in Vertretung für die Preisträgerin Dr. Sigrid Faltin, Felix Berth (Süddt. Zeitung)

Bildung und Erziehung bedeutet – für die Betroffenen, aber auch für uns, für unsere Gesellschaft, für unsere Zukunft. Gleichzeitig werden uns hier aber auch Lösungsansätze gezeigt, die uns weiterhelfen können, eine gerechtere und bessere Gesellschaft für Kinder zu schaffen. Dafür sind wir als Kinder- und Jugendärzte dankbar, denn in unseren Praxen sehen wir jeden Tag Kinder mit sozial bedingten Entwicklungsdefiziten und Verhaltensauffälligkeiten. Wir können diese Störungen diagnostizieren, aber nicht heilen.

Weder ärztlicher Rat, noch die Überweisung zu Ergo- und Sprachtherapie können die Ursache der Kindesvernachlässigung beseitigen.

Wirkliche Hilfe für Kinder, die im sozialen Abseits leben, kann nur aus der Gesellschaft kommen. Ohne Sie, die engagierten Journalistinnen und Journalisten, die die Gesellschaft auf die vergessenen Kinder aufmerksam machen, bleiben diese Kinder im Schatten und nichts ändert sich. Daher brauchen wir Sie. Bleiben Sie dran an Ihrem Thema, zeigen Sie uns, worauf es ankommt, um Kinder nach ihren Möglichkeiten zu fördern und gesund aufwachsen zu lassen.“

Nach der offiziellen Preisverleihung wurde gefeiert. Dies und auch die anspruchsvolle Dotierung des Medienpreises ermöglichten die Sponsoren, Verleger Norbert Beleke, Wyeth Pharma GmbH, Sanofi Pasteur MSD GmbH, GlaxoSmithKline GmbH & Co.KG.

ReH



... und noch einmal mit Sponsoren v.l.n.r.: Bernd Schollmeier (Wyeth Pharma), Jürgen Lösch (Sanofi Pasteur MSD G,mbH), Kathrin Koch (Wyeth Pharma), Norbert Beleke (Verleger), Dr. rer. nat. Elisabeth Moser (GlaxoSmithKline), Katja Thimm (Preisträgerin), Karla Steuckmann (Preisträgerin), Felix Berth (Preisträger), Dr. Gudrun Hanke El Ghomri (SWR), Ludger Bouten (Wyeth Pharma)

● Tagungen

Juli 2010

2.–3. Juli 2010, Wangen/Allg.
Theorieseminar zur Ausbildung
zum Asthmatrainer
Info: www.aabw.de

16.–17. Juli 2010, Wangen/Allg.
Theorieseminar zur Ausbildung
zum Asthmatrainer
Info: www.aabw.de

22.–27. Juli 2010, Landshut
Spezialseminar: Echokardiografie und Doppler-
sonografie in der Neonatologie und Pädiatrischen
Intensivmedizin
Info: herterich@st-marien-la.de

Oktober 2010

21.–23. Oktober 2010, Basel
2. gemeinsamer Kongress Verband Europäischer
Laktationsberaterinnen und International Lactation
Consultant Association
Info: www.velb.org oder www.ilca.org

September 2010

16.–19. September 2010, Potsdam-Babelsberg
106. Jahrestagung Deutsche Gesellschaft für
Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)
Info: www.dgkj2010.de

24.–25. September 2010, Heidelberg
3rd Heidelberg Deformity-Day
Info: www.deformity-day.de

Wir suchen zum nächstmöglichen Termin:

Eine/en Chefärztin / Chefarzt in Pädiatrie



Aufgabengebiet:

- Wir suchen zur Nachfolge des derzeitigen Stelleninhabers, welcher 2011 in den Ruhestand geht, zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n engagierte/n Chefarzt/-ärztin für Kinder- und Jugendmedizin, gern auch mit Zusatz Sportmedizin. Um einen reibungslosen Übergang zu ermöglichen, wird die Stelle bis dahin im Kollegialsystem geführt.

Wir erwarten für diese Aufgabe:

- Wir suchen eine engagierte und kooperative Persönlichkeit mit Führungs- und Sozialkompetenz und mehrjähriger Erfahrung als Oberarzt/-ärztin in der Pädiatrie. Weiterhin wünschen wir uns, dass Sie Ihr Arbeitsumfeld aktiv mitgestalten und für eine gute und intensive Zusammenarbeit im Team sorgen. Fach- und Abteilungsübergreifende Kooperations- und Innovationsbereitschaft runden Ihr Profil ab.
Von Vorteil wären umfassende Kenntnisse in Allgemeiner Pädiatrie, Erfahrung mit chronischen Krankheiten bzw. Interesse für Sozialpädiatrie und Psychosomatik.

Erste Auskünfte erteilt Ihnen gerne Herr Schulz-Lauterbach, oder unser Chefarzt Herr Dr. Langhof.
Tel. 08652-6004-0

Berchtesgaden liegt landschaftlich reizvoll inmitten hochalpiner Umgebung mit hohem Freizeitwert:

..... dort arbeiten, wo andere Urlaub machen

Wir freuen uns über die Zusendung Ihrer aussagekräftigen Bewerbung:

Klinik Schönsicht Berchtesgaden

zH. Herrn Schulz-Lauterbach
Kälbersteinstraße 14 · 83471 Berchtesgaden

Anlage oder Umwelt?

Eine alte Diskussion wird durch die Epigenetik neu belebt

Die Frage, ob der Entwicklungshorizont eines Menschen mehr durch die Anlagen oder durch die Umwelt geprägt wird, hat durch die Ergebnisse der Epigenetik in letzter Zeit eine völlig neue Perspektive erhalten. Durch die epigenetische Modulation und die Eindrücke, die „imprints“, die diese auf dem festen genetischen Programm hinterlassen, wird unser Leben in weit höherem Ausmaß beeinflusst als bisher möglich erschien.

Bereits 1942 definierte der britische Embryologe, Genetiker und Philosoph Conrad Hal Waddington den Begriff **Epigenetik** als das, was „the phenotype into being“ bringt, all das, was jenseits der (damals noch nicht bekannten) DNS-Sequenzen durch die Variabilität der Genexpression kodiert wird und das „Sein“ ausmacht. Einige der Mechanismen der hierbei erfolgenden Veränderungen an den Chromosomen, die codierende Abschnitte oder ganze Chromosomen in ihrer Aktivität steuern, sind bekannt und nachweisbar, wie die Methylierung von Cytidin-Basen in Cytosin-Guanosin-Nukleotid-Dimere (CpG) sowie die Seitenketten-Methylierung und -Acetylierung von Histonen (Kelly 2004).

Vergleich mit dem Computer

Der Computer hilft uns, viele Dinge besser zu verstehen. Er besteht aus gegenüber dem genetischen Code viel einfacheren Binomen („Ein-Aus“ oder Ja/Nein) zusammengesetzten, elektromagnetisch gespeicherten Programmen, Software genannt, und der materiellen Existenz seiner Hardware-Komponenten. Bei den Programmen kennen wir ein Betriebssystem und diverse andere, aufgespielte Programme. Er kann nicht mehr leisten, als die auf ihm vorhandenen Programme hergeben, aber die Frage, welches Programm wann und wie eingeschaltet wird, ist durch die Hardware nicht erklärlich, sondern hängen am Benutzer. Nicht benutzte Programme sind dennoch vorhanden und können aufgerufen werden, auch solche, die z.B. die Festplatte formatieren und so alles Vorhandene vernichten.

Das Gehirn modifiziert seine Hardware selbst

Es ist hinlänglich bekannt, dass das Gehirn aus einer morphologisch erkennbaren Substanz, der Hardware besteht, und aus codierten Programmen, über die wir noch verhältnismäßig wenig wissen. Selbst komplexe Handlungsweisen werden genetisch kodiert und vererbt, wenn beispielsweise ein Küken die Eierschale aufpickt oder das Neugeborene den Kopf zur Brustwarze wendet und saugt. Im Unterschied zum Computer baut sich das Gehirn Teile seiner Hardware, nämlich die neuronalen Verschaltungen, selber – und baut sie bei Nichtbenutzung auch wieder ab. Ein bekanntes Beispiel ist die Amblyopie bei Schielen: hier ist das Auge und alle Bahnen vorhanden, dennoch ist das Auge schwach-sichtig, weil das Hirn zur Unterdrückung von Doppelbildern das Auge „abgeschaltet“ hat.

Brücke zwischen Tiefenpsychologie und moderner Biologie

Analog des Löschens von Programmen können auch Erinnerungen auf der Großhirnrinde gelöscht oder nicht mehr auffindbar sein, auch wenn die damit verbundene emotionale Erinnerung, das damit verbundene und andernorts abgespeicherte Gefühl noch vorhanden ist. Hier schlägt sich eine Brücke zu tiefenpsychologischen Annahmen über die Art und Weise, wie früher gemachte Erfahrungen unsere Gefühle und unseren Umgang miteinander beeinflussen. So ist es heute möglich, die Folge von Traumatisierungen nicht nur zu erleben und zu vermuten, sondern hirnorganisch

nach zu verfolgen und sichtbar zu machen. Dies ist die große, in ihrer Konsequenz noch unüberschaubare Bedeutung, die die Epigenetik für die frühe Kind-Eltern-Interaktion hat – von der Keimzellenstehung über die Schwangerschaftserlebnisse, den Geburtsmodus bis hin zu den ersten Kontakten mit dem Neugeborenen und weit darüber hinaus.

Präkonzeptionelle Faktoren

In diesem Bereich sind wir auf Spekulationen angewiesen, da es keine harten Daten zum Einfluss der konzeptionellen Umstände auf die Entwicklung des Kindes gibt (Allegrucci 2005). Epigenetische Einflüsse auf die Spermatogenese sind nachgewiesen (Sasaki 2008, Trasler 2009). Aus dem weiten Feld der Infertilitätsbehandlung sind aber Stressoren mit noch unbekannter Auswirkung auf die Emotionalität des Kindes bekannt, die epigenetisch auch außerhalb genetischer Fixierungen (wie etwa beim fragilen X-Syndrom) denkbar sind.

Schwangerschaft und Geburt

In der Meinung der Bevölkerung haben psychische und äußere Einflüsse auf die Schwangerschaft einen hohen Stellenwert und werden für Fehlbildungen, Naevi, Hämangiome, Früh- und Fehlgeburtslichkeit verantwortlich gemacht. In der wissenschaftlichen Medizin werden zwar „psychosoziale“ Faktoren als Ursache der Frühgeburt angeführt, es überwiegen aber „biologische“ Modelle, die aber nur vordergründig-deskriptiv sind, wie etwa die Diagnose einer Plazentainsuffizienz und eine Ätiologie nicht hinterfragen. Wir lernen aber dazu: Pränatale



Dr. med. Stephan Heinrich Nolte

Faktoren wie Stress und Ernährung prägen zweifelsfrei epigenetisch das Neugeborene (Ozanne 2007) und haben Auswirkungen auf spätere Krankheitsdispositionen wie Asthma, Adipositas und Diabetes. Die emotionalen Auswirkungen sind nicht untersucht und möglicherweise vergleichbar gar nicht untersuchbar. Aber epigenetische Unterschiede sind sogar zwischen Spontangeburt und Kaiserschnitt-Kindern zu beobachten (Schlinzig 2009).

Bedeutung der frühkindlichen Bindung

Auch die Bindungsforschung hat erheblich von Erkenntnissen der Epigenetik profitiert. Nachhaltige „Mütterlichkeitseffekte“ wurden bei allen Species, Pflanzen, Insekten, Eidechsen und nicht zuletzt im Rattenexperiment gezeigt, sodass die Bedeutung epigenetischer Imprints für

das spätere Verhalten gesichert scheinen und die Bedeutung dieser so sensiblen Zeit unterstreichen. Auch die Visualisierung der Hirnfunktionen durch nichtinvasive Techniken, wie der funktionellen MR-Bildgebung (fMRI) kann zeigen, wie Eltern auf Stimuli des Kindes, Schreien oder Lächeln, reagieren, welche Hirnregionen wie die sensorischen Zentren und corticolimbische Strukturen, die Motivation, Belohnung, Lernen regulieren, aktiviert werden und wie elterliche Impulse, Gedanken und Emotionen in koordiniertes Verhalten umgesetzt werden (Swain 2007, 2008). Die Genexpression wird auf der Ebene der hippocampalen Glucocorticoid Rezeptoren über die Azetylierung der Histone H3-K9, und Methylierung des NGFI-A des Exon 1(7) Promotergens gesteuert (Überblick bei Fish

2004). So kann man heute epigenetisch erklären, wie Bindung entsteht, die langfristig für die geistige Gesundheit und die kindliche Widerstandskraft, heute als Resilienz bezeichnet, von größter Bedeutung ist.

To reassure: erste Pädiaterpflicht

Dieser Brückenschlag zwischen oft als esoterisch abgetaner pränataler Psychologie und den Fragen, wie viel ein Kind bereits im Mutterleib „mitbekommt“ und was es sonst noch alles „in die Wiege gelegt“ bekommt, bewegt sich weit weg von den traditionellen Pfaden unverwöhnlich sich gegenüberstehenden tiefenpsychologischen, verhaltensbiologischen und pädiatrisch-klinischen Ansichten. Der Frage, wie erworbene Verhaltensweisen und Erfahrungen wiederum weitervererbt und, wenn auch nicht im fixen Genom, so doch in der Genregulation festgeschrieben werden, sind wir durch die Erkenntnisse der Epigenetik einen großen Schritt weitergekommen. Diese Einsichten haben unmittelbare Auswirkungen auf unseren Umgang mit dem pränatalen Leben, aber für uns als Pädiater auch auf unsere Interaktion mit Neugeborenen und jungen Eltern. Wir sollten uns bemühen, möglichst bindungsfördernd, möglichst stärkend und beruhigend mit dieser sensiblen Situation umzugehen und jede Störung zu unterlassen. Leider sieht der pädiatrische Alltag, in dem Angstmachende und beunruhigende Interventionen im Vordergrund stehen, ganz anders aus.

Einführende Literatur:

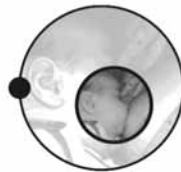
- Wettig J. (2008) Schicksal Kindheit. Springer Berlin, Heidelberg, New York, Tokio
 Bauer J. (2005) Das Gedächtnis des Körpers: Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. Pieper München
 Spork P. (2009) Der zweite Code. Epigenetik – oder wie wir unser Erbgut steuern können. Rowohlt Hamburg
 Kegel B. (2009) Epigenetik: Wie Erfahrungen vererbt werden. Dumont Köln

Weitere Literatur beim Verfasser.

Dr. med Stephan Heinrich Nolte
 – Kinder- und Jugendarzt –
 Alter Kirchhainer Weg 5
 35039 Marburg
 email: shnol@t-online.de

Red.: ge

Europäisches Institut für Stillen und Laktation
 Verband Europäischer Laktationsberaterinnen



www.velb.org
 www.stillen.org

Kg g Stillen und Laktation Evidenzbasiertes Wissen für Klinik und Praxis

- Weiterbildung nach neuestem Standard mit medizinischem Schwerpunkt
- Erreichen der Mindeststundenanzahl an Fortbildung für das internationale IBLCE-Examen
- Bearbeitung aller für das Examen erforderlichen Themenbereiche
- Besprechung aller relevanten Themen für die Personalschulung „Babyfriendly Hospital“ Initiative

Nach erfolgreich abgelegtem IBLCE-Examen kann der Titel **Still- und LaktationsberaterIn IBCLC** geführt werden.

Ort: St. Anna Klinik, Bad Cannstatt, Stuttgart

Teil 1: 07. – 09. Januar 2011

Teil 2: 25. – 27. Februar 2011

Informationen und Anmeldung

Heike Menzel, IBCLC
 38228 Salzgitter, Ortsbruchstr. 4
 Telefon: +49 - 5341- 59284
 E-mail: sekretariat.de.n@velb.org

Empfohlen von der
FBA Frauenärztlichen Bundesakademie Deutschland

www.velb.org, www.stillen.org

Wir gratulieren zum Geburtstag im Juli 2010

65. Geburtstag

Herrn Dr. med. Hartmut *Heumann*, Ostercappeln, am 03.07.
 Frau Gudrun *Trautmann*, Berlin, am 05.07.
 Frau Dipl.-Med. Eva-Maria *Tammer*, Zetel, am 06.07.
 Herrn Johannes *Asen*, Ködnitz, am 10.07.
 Herrn Dr. med. Borries *Graf zu Castell*, Kaufering, am 13.07.
 Herrn Dr. med. Carl Dietrich *Adam*, Passau, am 14.07.
 Frau Dr. med. Maria *Feist*, Berlin, am 16.07.
 Frau Dr. med. Claudia *Soos-Geyer*, Dortmund, am 17.07.
 Herrn Dr. med. Günter *Auerswald*, Bremen, am 20.07.
 Herrn Dr. med. Dirk *Buschatz*, Datteln, am 20.07.
 Herrn Joseph *Kanders*, Neustadt, am 20.07.
 Herrn Prof. Dr. med. Ulrich *Wahn*, Kleinmachnow, am 21.07.
 Herrn Dr. med. Christos *Melemenidis*, Braunschweig, am 22.07.
 Herrn Ahmed *El-Bennich*, Pirmasens, am 23.07.
 Herrn Dr. med. Henning *Strehl*, Dortmund, am 25.07.
 Herrn Prof. Dr. med. Volker *Klingmüller*, Marburg, am 26.07.
 Herrn Dipl.Med. Michael *Ungewiß*, Goldberg, am 28.07.
 Herrn Dr. med. Rolf *Rühl*, Straubing, am 30.07.

70. Geburtstag

Herrn Dr. med. Peter *Kadelbach*, Hannover, am 01.07.
 Herrn Dr. med. Hadi *Jawad*, Paderborn, am 03.07.
 Frau Karin *Kurwig*, Lieskau, am 05.07.
 Frau Dr. med. Hella *Litzenböcker*, Rocca San Casciano, am 05.07.
 Frau Monika *Oala*, Frankfurt/Oder, am 06.07.
 Herrn Dr. med. Michael *Ridderskamp*, Meppen, am 08.07.
 Frau Dr. med. Mina *Weisser*, Deisenhofen, am 11.07.
 Frau Dr. med. Elke *Freienstein*, Verden, am 16.07.
 Herrn Dr. med. Eckhard *Wellmann*, Würzburg, am 22.07.

Frau Dr. med. Barbara *Sielemann*, Göttingen, am 23.07.
 Frau Dr. med. Carola *Huckstorf*, Magdeburg, am 25.07.
 Frau Dr. med. Renate *Klein*, Berlin, am 25.07.
 Herrn PD Dr. med. Peter *Oßwald*, Gottmadingen, am 26.07.
 Herrn Dr. med. Volker *Siller*, Aachen, am 31.07.

75. Geburtstag

Herrn Dr. med. Eberhard *Bruder*, Uelzen, am 02.07.
 Frau SR Dr. med. Dorothea *Schumann*, Erfurt, am 03.07.
 Frau Dr. med. Gerda *Mittermaier*, Dossenheim, am 08.07.
 Frau Dr. med. Theresia *Kimmer*, Neukirchen, am 10.07.
 Herrn Dr. med. Herbert *Ludwig*, Freudenstadt, am 13.07.
 Frau Dr. med. Elke *Münch*, Salzgitter, am 22.07.
 Herrn Dr. med. Peter *Langer*, Berlin, am 23.07.
 Frau Dr. med. Gertraud *Donders*, Ebersbach, am 24.07.
 Herrn Dr. med. Lutz *Breuer*, Velbert, am 26.07.

80. Geburtstag

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

81. Geburtstag

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

82. Geburtstag

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

84. Geburtstag

Herrn Prof. Dr. Michael *Hertl*, Mönchengladbach, am 05.07.
 Herrn Dr. med. Max-Theodor *Schweighart*, München, am 11.07.
 Frau Dr. med. Gisela *Hellmis*, Düsseldorf, am 13.07.

Frau Dr. med. Hannelore *Witte*, Hannover, am 15.07.
 Frau Dr. med. Irmgard *Schaumann*, Kempten, am 27.07.

85. Geburtstag

Frau Dr. med. Luise *Quarck*, Freiburg, am 17.07.

86. Geburtstag

Frau Dr. med. Hedwig *Kiefer*, München, am 13.07.
 Herrn Dr. med. Carl *Haneke*, Beverungen, am 26.07.

87. Geburtstag

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

88. Geburtstag

Frau Dr. med. Wiltrud *Hagenunger*, Waldkirch, am 13.07.
 Herrn Dr. med. Peter *Stöhr*, Aachen, am 19.07.
 Frau Dr. med. Gerda *Fritze*, Bremen, am 30.07.

89. Geburtstag

Frau Dr. med. Erika *Wiedey*, Schwerte, am 02.07.
 Frau Dr. med. Ingeborg *Wittke*, Berlin, am 03.07.
 Herrn Doz. Dr. med. habil. Hans *Mannkopf*, Detmold, am 10.07.

90. Geburtstag

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

91. Geburtstag

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

94. Geburtstag

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

Wir trauern um:

Frau Dr. med. Isa *Gregory*, Bayreuth
 Frau Dr. med. Luise *Prinz-Hülsmann*, München
 Frau Dr. med. Gertrud B. *Mlynarski*, Monheim
 Herr Dr. med. Franz *Schwalb*, Dinslaken
 Frau Dr. med. Gerda *Wischer*, Kirchbrak

Als neue Mitglieder begrüßen wir

Landesverband Baden-Württemberg

Herrn Dr. med. Markus *Nägele*
 Frau Dr. med. Elke *Heilbrunner*
 Frau Dr. med. Katharina *Meltzer*
 Herrn Dr. med. Jochen *Sperling*
 Herrn Dr. med. Stefan *Dufour*

Landesverband Bayern

Frau Dr. med. univ. Mariella *Eiermann*
 Frau Dr. med. Lisa *Nonnenmacher*
 Frau Katrin *Offenberger*
 Frau Stephanie *Pauker*
 Frau Dr. med. Caroline *Canestrini*
 Frau Dr. med. Britta *Groschup*
 Frau Dr. med. Stefanie *Vogelmann*
 Frau Imke *Diegeler*
 Frau Dr. med. Siv Maike *Nilewski*
 Frau Dr. med. Margit *Thwmaier*
 Frau Dr. med. Nilgün *Durmus*
 Frau Dr. med. Iris *Hannibal*
 Frau Dr. med. Kristina *Huß*
 Herrn Florian *Brackmann*
 Frau Dr. med. Christiane *Kiefer*
 Frau Dr. med. Julia *Berg*
 Frau Dr. med. Jutta *Weiss*
 Frau Dr. med. Katrin *Leuchtenberger*
 Frau Astrid *Mürbeth*

Landesverband Berlin

Frau Priv. Doz. Dr. med. Rita *Bunikowski*
 Frau Anne *van Riesen*
 Herrn Robert *Popp*

Landesverband Brandenburg

Frau Claudia *Wolf*
 Frau Dipl. Med. Birgit *Hauck*

Landesverband Bremen

Herrn Andreas *Zedelius*

Landesverband Hamburg

Herrn Dr. med. Helge *Homann*

Landesverband Hessen

Frau Ursula *Mertes*
 Frau Joanna *Geduldig-Wies*

Landesverband Niedersachsen

Frau Dr. med. Mirjam Jannie Lis
Steuernagel
 Frau Ulrike *Schüler*
 Herrn Markus *Schröder*

Landesverband Nordrhein

Herrn Tobias *Gregor*
 Frau Carla *Kau*
 Frau Dr. med. Claudia *Hartmann*
 Frau Nina *Mbaye*
 Frau Jennifer *Seisel*
 Herrn Nikolaus *Athanassiadis*
 Frau Anne *Mattiseck*
 Frau Britta *Stöcker*
 Frau Katja *Straßer*
 Herrn Dr. med. Arne *Zerner*
 Frau Melanie *Emmerich*
 Herrn Dr. med. Jens *Hanten*
 Frau Annette *Simon*
 Herrn Dirk *Kamitz*

Landesverband Rheinland-Pfalz

Frau Dr. med. Johanna *Schneider*
 Frau Lena *Rosen*

Landesverband Sachsen

Herrn Dr. med. Steffen *Sachse*
 Frau MU Dr. Darina *Mothes*
 Frau Dr. med. Katja *Augustin*

Landesverband Sachsen-Anhalt

Frau Dr. med. Sandra *Körn*
 Herrn Dr. med. Peter *Klipstein*

Landesverband Schleswig-Holstein

Frau Dr. med. Lena *Weidelt*
 Frau Dr. med. Astrid *Makowski*
 Herrn Univ.-Prof. Dr. med. Paul-Martin
Holterhus

Landesverband Thüringe

Frau Dr. med. Janka *Dörnbrack*
 Frau Doreen *Hübel-Hufsky*

Landesverband Westfalen-Lippe

Herrn Dr. med. Rainer *Schäffler*
 Herrn Dr. med. Tillman Andreas Daniel
Fellmer
 Herrn Attila *Hildebrand*
 Frau Dr. med. Heidrun *Jänisch*
 Frau Stephanie *Schweizer*
 Herrn Dr. med. Andreas *Jahn*
 Frau Galina *Denisenko*
 Frau Maria *Jäger*
 Herrn Dr. med. Holger Matthias *Firnau*
 Frau Caroline *Knop*

● Pädindex

KINDER-UND JUGENDARZT

im Internet

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

Dort steht Ihnen ein kostenloser Download zur Verfügung.

MucoClear 3% – eine milde hypertone Inhalationslösung zur Sekretmobilisierung

Mit MucoClear 3% erweitert die PARI GmbH erneut ihr Produktportfolio der salinen Lösungen, um eine dreiprozentige hypertone Salzlösung zur Sekretmobilisierung. MucoClear 3% ist die erste dreiprozentige hypertone Salinelösung, die in praktischen kleinvolumigen Fertigampullen angeboten wird.

MucoClear 3% ist indiziert für die Behandlung der akuten Bronchiolitis, der häufigsten infektiösen Erkrankung der unteren Atemwege bei Säuglingen und Kleinkindern. Eine weitere Indikation ist Mukoviszidose.

PARI Geschäftsführer Dr. Johann Zimmermann dazu „Wir freuen uns, dass wir diese „kleine Schwester“ zur MucoClear 6% Inhalationslösung zur Verfügung stellen können. Damit ermöglichen wir einigen Mukoviszidose-Patienten insbesondere den Kindern, einen sanften und hygienisch sicheren Einstieg in die Inhalation

mit hypertoner Saline. Darüber hinaus können auch Säuglinge und Kleinkinder, die an einer akuten Bronchiolitis erkrankt sind, von einer Inhalationstherapie mit 3%iger hypertoner Saline profitieren.“

Jedes Jahr erkranken in Deutschland mehr als 100.000 Säuglinge und Kleinkinder an akuter Bronchiolitis. Ein Cochrane



Review¹ von 2008 zu diesem Thema liefert vielversprechende Daten. So konnte sich zum Beispiel signifikant der Klinikaufenthalt in der Gruppe der mit 3% hypertone Saline inhalierenden Säuglinge verkürzen.

Prof. Dr. Matthias Griese vom Haunerischen Kinderspital in München: „Die Behandlung mit inhalativer hypertoner Kochsalzlösung erscheint eine sichere und wirkungsvolle Therapie. Wir werden diese neue Option zur Behandlung der akuten Bronchiolitis in unserer Klinik weiter prüfen.“

1 Zhang L. et al. Cochrane Database 2008 8; (4): CD006458

Nach Informationen von:
PARI GmbH, Starnberg

Pneumokokken-bedingte akute Otitis media:

Höchste Abdeckung mit Prevenar13[®]

Die Serotypen 3 und 19A werden bei Säuglingen und Kindern mit Pneumokokken-bedingter akuter Otitis media (AOM) am häufigsten nachgewiesen. Dies zeigt die Zwischenauswertung einer groß angelegten Studie¹ zur Evaluierung der Bakteriologie und der Pneumokokken-Serotypen-Verteilung bei spontan perforierter AOM in Deutschland. Die Daten wurden auf der diesjährigen ESPID (28. Jahrestagung der European Society for Paediatric Infectious Diseases) in Nizza vorgestellt. Als einziger Pneumokokken-Konjugat-Impfstoff beinhaltet Prevenar13[®] auch die beiden Serotypen 3 sowie 19A und besitzt somit die höchste Abdeckung.

Die Pneumokokken-bedingte AOM ist bei Säuglingen und Kindern eine häufige Erkrankung, die tendenziell schwerer verläuft als eine AOM, die durch andere Erreger verursacht wird.^{2,3,4} Zudem weist sie unter den pathogenen Bakterien die niedrigste Spontanheilungsrate auf.⁵ „Der Prävention der Pneumokokken-bedingten AOM durch Impfung kommt somit ein hoher Stellenwert zu“, stellt Dr. Andreas Busse, niedergelassener Kinder- und Jugendarzt, Tegernsee, heraus.

Serotypen 3 und 19A sind häufigste Erreger

Eine kürzlich auf der ESPID 2010 in Nizza vorgestellte, noch laufende Studie untersucht die bakterielle Mikrobiologie pädiatrischer Patienten mit einer spontan perforierten AOM in Deutschland und be-

stimmt die Serotypen-Verteilung der Pneumokokken-Isolate. Eingeschlossen sind Kinder im Alter zwischen vollendeten zwei Monaten und fünf Jahren mit akuter Mittelohrentzündung mit spontaner Perforation und Erguss seit maximal zwei Tagen. „Die Daten der Zwischenauswertung von 459 Patienten zeigen, dass die häufigsten nachgewiesenen Pneumokokken-Serotypen die Serotypen 3 und 19A sind“, so der Studienleiter Busse.

Als einziger Pneumokokken-Konjugat-Impfstoff beinhaltet Prevenar13[®] die beiden Serotypen 3 und 19A und bietet insgesamt die höchste Abdeckung auch bei der spontan rupturierten akuten Otitis media. Neben AOM ist der Serotyp 3 Auslöser von komplikationsreichen Pneumonien sowie Empyemen und ist mit hoher Invasivität und Mortalität assoziiert. Auch der Sero-

typ 19A steht im Mittelpunkt des medizinischen Interesses, da er in vielen Ländern für invasive Erkrankungen maßgeblich verantwortlich ist, eine steigende Prävalenz aufweist und häufig multiresistent gegenüber Antibiotika ist. Insgesamt umfasst die 13-valente Vakzine Prevenar13[®] zu den sieben im bewährten Prevenar[®] enthaltenen Serotypen 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F, 23F die sechs zusätzlichen Serotypen 1, 3, 5, 6A, 7F und 19A.

1 Van der Linden M. Presented at ESPID 2010.

2 Leibnitz E. Presented at ICAAC 2007.

3 Bluestone C. Pediatric Infect Dis J 2000;19:S37-46.

4 Katz A. Pediatric Infect Dis J 2003;22:78-82.

5 Klein JO. Pediatric Infect Dis J 1993;12:973-5.

Nach Informationen der Wyeth Pharma GmbH, einem Unternehmen der Pfizer-Gruppe, Münster

ADHS-Therapie: Wachsende Herausforderungen

Das Erwachsenwerden ist für alle Jugendlichen ein wichtiger Schritt, bisweilen auch eine große Herausforderung. Weitaus komplexer ist die Situation aber für Heranwachsende, die von einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) betroffen sind: Mit der Pubertät schwindet häufig die Compliance. Die Situation verschärft sich mit der Volljährigkeit durch die fehlende Zulassung von Methylphenidat für die Anwendung bei Erwachsenen oder auch die unklare Rechtslage etwa bei der Fahrtüchtigkeit. Die spezifischen Probleme dieser ADHS-Patienten standen am 13. März in Köln auf dem jährlichen Praxisworkshop „ADHS Insights“ der Firma Medice im Mittelpunkt einer lebhaften Diskussion unter den behandelnden Ärzten.

Vor zehn Jahren erhielt das Methylphenidat-Präparat Medikinet® seine Zulassung für die Behandlung der ADHS. Seitdem haben sich die Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen eines multimodalen Konzepts signifikant verbessert, etwa durch Retard-Formulierungen oder das Bausteinsystem aus verschiedenen Dosierungsstärken. Dieses erlaubt heute eine sehr präzise, für den einzelnen Patienten maßgeschneiderte Dosistitration.

Seit der Markteinführung von Medikinet® ist nicht nur die Zahl der behandelten Patienten gestiegen. Die Patienten sind älter geworden und viele von ihnen befinden sich jetzt in der Pubertät oder sind bereits in der Volljährigkeit angekommen. Die spezifische Lage dieser älteren Jugendlichen und jungen Erwachsenen rückt auf diese Weise immer weiter in den Fokus der Behandler.

Fortführung der Therapie im Erwachsenenalter

So wurde auf der Kölner Veranstaltung intensiv diskutiert, wie Heranwachsende mit ADHS bei Vollendung des 18. Lebensjahres in Deutschland weiter behandelt werden können. Hierzulande muss die Behandlung mit Stimulanzien (und auch mit Atomoxetin) als Off-Label-Anwendung durchgeführt werden. Die gesetzlichen Krankenkassen erstatten die Kosten in der Regel nicht; einzige Ausnahme ist eine Weiterbehandlung mit Atomoxetin, wenn

diese bereits vor dem 18. Lebensjahr begonnen und kontinuierlich weitergeführt wurde.

Um trotzdem einen Off-label-Gebrauch von Methylphenidat bei Erwachsenen zu ermöglichen, können Ärzte ein BtM-Privatrezept ausstellen, für das der Patient anschließend schriftlich eine sogenannte „Einzelfallentscheidung über die Kostenübernahme unter Zuhilfenahme des Medizinischen Dienstes“ stellen kann – vorzugsweise direkt an die Direktion der Kasse und gegebenenfalls unter Hinweis darauf, dass es sich bei ADHS um eine chronische Erkrankung handelt.¹

Autofahren unter ADHS-Medikation – ja oder nein?

Ein typisches Alltagsproblem der mit Methylphenidat therapierten jungen Erwachsenen ist das Autofahren. Auch hier herrsche eine Lage, „die dringend rechtlich geklärt werden muss“, sagt Dr. Andreas Oberle, Ärztlicher Direktor des Sozialpädiatrischen Zentrums am Klinikum Stuttgart. Im Jahr 2006 publizierten Strohbeck-Kühner et al., dass ADHS-Patienten deutlich häufiger in Verkehrsunfälle verwickelt seien, aber von einer Behandlung mit Stimulanzien profitierten [Zeitschrift für Verkehrssicherheit, 1/2006; 8/5]. Gleichzeitig ist Methylphenidat im Anhang 3 des Betäubungsmittelgesetzes gelistet, was die juristische Beurteilung zusätzlich verkompliziert.

Compliance schon vor der Pubertät stärken

Im Umgang mit ihren heranwachsenden Patienten haben Ärzte oftmals mit mangelnder Compliance bei der Medikamenteneinnahme zu kämpfen, erläuterte Professor Michael Huss, Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universität Mainz. Huss nannte zwei Gründe dafür, warum die Pubertät für ADHS-Patienten besonders problematisch ist: Zum einen erfahren die Jugendlichen in ihrem Umfeld die Einnahme von Medikamenten als stigmatisierend – und setzen ihre Arzneien eigenmächtig und oftmals heimlich ab. Gleichzeitig verstärken sich in diesem Alter Probleme bei der Impulskontrolle, was den Betroffenen die berufliche Zukunft verbaut und den Einstieg zur Substanzabhängigkeit begünstigen kann. „Man muss vorher einen festen therapeutischen Kontakt zu dem betroffenen Kind aufbauen, dann lässt sich die Zeit der Pubertät besser durchstehen“, lautet der Ratschlag des Kinder- und Jugendpsychiaters.

¹ Dr. Martin Winkler laut <http://web4health.info/de/answers/adhd-adultmph-efficacy.htm>

Nach Informationen von:

MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG

Eine andere Art, die Welt zu sehen

Der Bestseller von THOM HARTMANN – Das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom

Der Amerikaner Thom Hartmann, Jahrgang 1951, selbst ADD-Betroffener, hat sich intensiv mit dem Brennpunkthema ADD auseinandergesetzt und durch eigene Erfahrungen und den Dialog mit anderen Betroffenen das „Jäger- und Farmer-Prinzip“ auch Außenstehenden nahegebracht.

Mit diesem Buch werden ADDlern die möglichen Ursachen und das Ausmaß ihrer Verhaltenseigenart und damit verbundenen Wege des besseren Verstehens sowie sinnvolle Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt.

**SCHMIDT
ROEMHILD**

DEUTSCHLANDS
ÄLTESTES VERLAGS-
UND DRUCKHAUS
SEIT 1579

Mengstraße 16 Tel. 04 51/70 31-2 67 vertrieb@schmidt-roemhild.com
23552 Lübeck Fax 04 51/70 31-2 81 www.schmidt-roemhild.de

Eine praktische Lebenshilfe
für aufmerksamkeitsgestörte
Kinder und Jugendliche

DIN A5, 168 Seiten,
ISBN 978-3-7950-0735-5
€ 12,50

Erhältlich in Ihrer Buch-
handlung oder direkt
beim Verlag.



Fokale Epilepsie bei Kleinkindern und Säuglingen

Stellenwert von Levetiracetam im Therapieregime

Seit kurzem ist Levetiracetam (Keppra®) für die Zusatzbehandlung fokaler Anfälle von Kindern ab einem Monat zugelassen. Priv.-Doz. Dr. med. Thomas Bast von der Epilepsieambulanz für Kinder und Jugendliche in Kehl-Kork kommentiert in einer aktuellen Publikation der Zeitschrift für Epileptologie die Bedeutung der Zulassung von Levetiracetam für die Behandlungsstrategie in der Therapie frühkindlicher fokaler Epilepsien.¹

Im Zuge des Paradigmenwechsels in der Therapie der Epilepsie wird in den aktuellen Leitlinien der Einsatz von Antiepileptika mit günstigem Interaktionsprofil empfohlen – zur Behandlung fokaler Epilepsien im Erwachsenenalter ist Levetiracetam explizit ein Mittel der ersten Wahl. Für das Kindesalter fehlten aufgrund der besonders hohen methodischen Studienanforderungen bislang entsprechende Zulassungen für „neuere Antiepileptika“. Daher wertet Bast die Zulassung von Levetiracetam für Kinder ab 1 Monat mit fokalen Anfällen als einen wesentlichen Fortschritt.

Für Neuropädiater: Ausweg aus dem Dilemma

Die internationale Neuropädiatrie kämpft seit Jahren mit dem Dilemma, im Rahmen individueller Heilversuche „off label“ behandeln zu müssen, um jungen Kindern eine potenziell wirksame Therapie nicht zu vorzuenthalten, kommentiert der Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin PD Dr. Bast die Situation. Bei der fokalen Form der Epilepsie, die häufig in der frühen Kindheit erstmals auftritt und oft eine lebenslange Therapie erfordert, gelten rund 25% der betroffenen kleinen Patienten

als „schwer behandelbar“. Bei ihnen ließ sich bisher eine Anfallsfreiheit mit den wenigen zur Verfügung stehenden Präparaten nicht oder nur unter Inkaufnahme gravierender Nebenwirkungen bzw. Wechselwirkungen erreichen.

Bast war an der sehr aufwändigen und gut konzipierten Zulassungsstudie von Keppra® in der Zusatzbehandlung bei Kindern mit fokalen Epilepsien ab dem 1. Lebensmonat beteiligt.² In der randomisierten, doppelblinden und placebokontrollierten Studie wurden die Daten von 116 Säuglingen und (Klein-)Kindern im Alter von einem Monat bis zum vollendeten 4. Lebensjahr ausgewertet, die durch die bisherige Medikation mit einem oder zwei Antiepileptika als nicht ausreichend kontrolliert eingestuft wurden.

Zulassungserweiterung von Keppra®: Ein wichtiger Fortschritt

Die Responderrate (Anfallsreduktion um mindestens 50%) zeigt nach fünf Tagen oraler Levetiracetam-Zusatzbehandlung eine signifikante Überlegenheit gegenüber Placebo: 43% vs. 20% ($p=0,013$; Fisher's Exact Test), mit einer Odds Ratio für das Ansprechen der Therapie von 3,11

(95%-Konfidenzintervall: 1,22-8,26). Auch bezüglich der medianen prozentualen Anfallsreduktion gegenüber Baseline war Levetiracetam überlegen, mit 44% vs. 7%. Die Verträglichkeit von Levetiracetam war insgesamt vergleichbar mit jener bei Langzeittherapie von älteren Kindern.

Das Fazit von Bast: „Die erteilte Zulassung von Levetiracetam zur Zusatzbehandlung fokaler Anfälle bei Kindern stellt einen wichtigen Fortschritt dar. Levetiracetam wird damit eine wesentliche Rolle in der Therapie frühkindlicher fokaler Epilepsien spielen.“

Levetiracetam (Keppra®) wurde im Jahr 2000 in Deutschland erstmals zugelassen. Die Zusatzbehandlung fokaler Epilepsien bei Kindern ab 4 Jahren folgte im Jahr 2004 und spielt seither eine wesentliche Rolle in der Behandlung dieser Patienten. Im September 2009 erhielt die Substanz aufgrund der Multicenterstudie von Pina-Garza et al. die Zulassungserweiterung für Säuglinge und Kleinkinder ab dem 1. Lebensmonat.

Quellen:

¹ Bast T: Levetiracetam in der Zusatzbehandlung von Säuglingen und Kleinkindern mit fokalen Anfällen. *Z Epileptol* 2010 (23):3-8.

² Pina-Garza JE et al. Adjunctive levetiracetam in infants and young children with refractory partial-onset seizure. *Epilepsia* 2009 (50):1141-1149.

Nach Informationen von UCB-GmbH

Alle 90 Minuten verunglückt ein Mensch im Straßenverkehr tödlich



Leben schützen, Unfälle vermeiden.
Die Sicherheit im Straßenverkehr ist unsere Aufgabe.
Auch Ihre Spende hilft, Menschenleben zu retten. Helfen Sie mit!



Wir sind Ihr Partner
in Sachen Verkehrssicherheit

Deutsche Verkehrswacht e.V. · Alexanderstr. 10 · 53111 Bonn · www.deutsche-verkehrswacht.de
Deutsche Bank AG Bonn · Kto.-Nr. 0 251 900 · BLZ 380 700 59 · Kennwort: Verkehrssicherheit

ESPID 2010 – Was gibt es Neues?

Aktuelle Studien zu bewährten Impfstoffen präsentiert

„Impfungen haben das Leben weltweit verändert – Morbidität und Mortalität der unterschiedlichsten Infektionskrankheiten konnten reduziert, einige Erreger gar eradiziert werden“, so Prof. Catherine Weil-Olivier, Paris, in der Eröffnung eines der GSK-Symposien anlässlich des 28. Treffens der European Society for Paediatric Infectious Diseases. Im Focus der gut besuchten Fortbildungen standen die neuesten Entwicklungen zu Themen wie Pneumokokken-Infektionen und Otitiden, Rotavirus-Infektionen, Pertussis oder das Zervixkarzinom.

Prävention der akuten Otitis Media – schützt die Pneumokokken-Impfung?

Akute Otitis Media: Dr. Alejandro Hoberman, Pittsburg, erinnerte in Nizza anlässlich des diesjährigen ESPID an den beachtlichen negativen Einfluss einer AOM auf die Lebensqualität der betroffenen Kinder. „Streptococcus pneumoniae und nicht typisierbare Haemophilus influenzae sind die Erreger, die für etwa 80 Prozent der AOM-Fälle verantwortlich sind. Im Alter von einem Jahr wurden bei mindestens 60 bis 70 Prozent der Kinder ein Ausbruch von AOM diagnostiziert, bei etwa einem von fünf Kindern tritt eine AOM immer wieder auf.“ Eine akute Mittelohrentzündung sei zudem der häufigste Grund für Antibiotikaverordnungen, die dann oftmals zu einer Erhöhung der Antibiotikaresistenz beitrüge. Dies beeinträchtigt nicht zuletzt auch die Kosten im Gesundheitswesen. Laut Hobermann kann ein Pneumokokken-Konjugatimpfstoff wie Synflorix® viele Probleme lösen. Die Verwendung von Protein D als Trägerprotein in dem Impfstoff von GlaxoSmithKline hatte unter anderem zum Ziel, einen Schutz gegen akute Otitis media zu erreichen: Eine Studie mit einem 11-valenten Vorläufer-Impfstoff zeigte eine Reduktion der Fälle der akuten Mittelohrentzündung um 34 Prozent. Dies bedeutet: Jede dritte AOM konnte vermieden werden.

Rotavirus-Impfung: Aktuelle 2-Jahres-Daten aus Belgien

Rotaviren (RV): Sie sind die häufigste Ursache schwerer Durchfallerkrankungen im Säuglings- und Kleinkindesalter: Bis zum fünften Geburtstag macht nahezu jedes Kind mindestens eine Rotavirus-Erkrankung durch. Welche europäischen Daten gibt es über die Impferfolge? In Belgien wird die Impfung seit November 2006 durchgeführt. Die jetzt aktuelle auf dem ESPID präsentierten Daten der Arbeits-

gruppe um Marc Raes, Hasselt, zeigen die Ergebnisse des zwölfmonatigen Follow-ups der im letzten Jahr präsentierten Einjahres-Daten nach Impfung (Abstract 500, ESPID 2010).

Sie analysierten die Laborergebnisse der Rotavirus-positiven Stuhlproben in pädiatrischen belgischen Zentren von hospitalisierten Kindern und verglichen den Zeitraum vor der Impfung (01/06/2004–31/05/2006) mit dem nach durchgeführter Rotarix®-Impfung (01/06/2007–31/05/2009). Im Zeitraum vor der Impfung wurden in 9 Krankenhäusern mit vollständigen Daten im ersten Jahr 831 (25,9%) positive Proben, im zweiten Jahr 930 (29,9%) positive Proben für Kinder ≤ 5 Jahre gezählt. Nach der Impfung reduzierte sich die Zahl der positiven Proben im 1. und 2. Jahr auf 368 ($p < 0,0001$) und 199 ($p < 0,0001$) für Kinder ≤ 5 Jahre. Bei den unter 2-jährigen war der Impferfolg ähnlich ausgeprägt. Im zweiten Jahr nach der Impfung konnte eine erfreuliche zusätzliche Abnahme der positiven Proben um 46 Prozent für beide Altersgruppen dokumentiert werden.

Eine stets aktualisierte Liste derjenigen Krankenkassen, die freiwillig in Deutschland die RV-Impfung (z.B. Rotarix®) erstatten, ist im Internet unter www.gesundes-kind.de abrufbar.

An den Pertussis-Impfschutz der 10- bis 18jährigen denken

Keuchhusten: Dr. Alberto Tozzi, Rom, warnte davor, Pertussis auf die leichte Schulter zu nehmen. In Deutschland und anderen europäischen Ländern sind die Kleinen zwar meist gut gegen Pertussis geimpft. Da Säuglinge jedoch in den ersten beiden Lebensmonaten noch nicht geimpft werden können, kann eine Ansteckung durch das Umfeld – und 75% der Betroffenen sind heute Jugendliche und Erwachsene – mit schwerwiegenden Komplikationen einhergehen oder sogar töd-

lich verlaufen. Da ein Impfschutz nach vier bis 10 Jahren nachlasse, sei eine Boosterimpfung dringend erforderlich, so Tozzi.

In Deutschland ist die Pertussis-Auffrisch-Impfung für alle Jugendlichen und Erwachsenen von der Ständigen Impfkommission empfohlen und wird auch von den Kassen bezahlt. Die Impfung gegen Keuchhusten kann mit der nächsten fälligen Auffrischimpfung gegen Tetanus und Diphtherie in Form einer Kombinationsimpfung, zum Beispiel Boostrix-Polio®, durchgeführt werden.

HPV-Impfung kann zusammen mit Hepatitis B verabreicht werden

Zervixkarzinom: In Deutschland werden jährlich zirka 6.200 Neuerkrankungen durch HPV dokumentiert, zirka 1.700 Frauen versterben an Zervixkarzinom. „Alle zwei Minuten stirbt eine Frau auf der Welt daran“, so Prof. Vytautas Usonis, Vilnius, eindrücklich in Nizza. Doch alle Impfpfehlungen nützten nichts, wenn es in der Praxis nicht einfach zu realisieren sei. Dass dies mit Cervarix® jedoch nicht schwierig ist, belegte nun eindrücklich die Studie von Schmeink und Kollegen: Sie prüften die Nicht-Unterlegenheit einer als Koadministration gegebenen Impfung von Cervarix® plus einer Hepatitis B-Vakzine (Poster Nr. 14, ESPID Nizza 2010): Je 247 gesunde Probandinnen im Alter von neun bis 15 Jahren erhielten in Monat 0, 3 und 6 entweder nur den HPV-Impfstoff von GSK bzw. die HepB-Vakzine oder eine Koadministration beider Einzelimpfstoffe. Studienendpunkt war der Immunstatus 7 Monate nach der Impfung. Die Serokonversionsraten für HPV plus Hepatitis B lagen bei 98%, die der einzeln verabreichten Impfstoffe bei 100%. Die Impfungen wurden in allen Gruppen gleich gut vertragen.

Quelle: Symposia „Update on vaccines for life-threatening diseases“ & „Protecting against diseases with significant public health impact“. GlaxoSmithKline, 4./5. Mai 2010 in Nizza, ESPID 2010. G. Fischer v. W. & J. Mentzel

Macrogol 3350 löst hartnäckige Obstipation schnell und zuverlässig

Obstipation bei Kindern – Es gibt keine allgemeine Regel dafür, wie häufig ein Kind Stuhlgang haben sollte (Tabelle 1). Eine chronische Verstopfung liegt dann vor, wenn ein Kind über drei Monate lang selten (d.h. nicht jeden zweiten Tag) harte, große oder kleine Stuhlballen unter Schmerzen ausscheidet.

Aktuelle Leitlinien empfehlen Movicol junior aromafrei®

In den aktuellen Leitlinien der AWMF wird Movicol junior aromafrei® als first-line Therapeutikum zur Behandlung der chronischen Obstipation bei Kindern empfohlen (<http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/068-019.htm>):

„Für Kinder ab dem 2. Lebensjahr ist bisher nur Movicol junior aromafrei® zugelassen. Studien bei Säuglingen haben jedoch keine Sicherheitsbedenken ergeben. Alternativ kann Lactulose (als Sirup oder Granulat zum Auflösen) 1–2 ml/kg KG und Tag eingesetzt werden.“

Dass jedoch Movicol junior aromafrei® wirksamer als Lactulose ist, konnte die Arbeitsgruppe um Candy bereits 2006 zeigen (J Pediatr Gastroenterol Nutr 2006; 43: 65–70): Nach einer erfolgreichen Desimpaktion mit Movicol junior aromafrei® als Monotherapie erhielten 28 Kinder weiterhin das Macrogol 3350, 30 Kinder jedoch Lactulose – jeweils über 12 Wochen. Die

Alter	Häufigkeit des Stuhlgangs
Neugeborene/gestillte Säuglinge	8x / Tag bis 1x / 14 Tage (!)
Neugeborene/ungestillte Säuglinge	2x / Tag bis 4x / Tag
Sechs Monate bis 3 Jahre	0,5x / Tag bis 3–4x / Tag
Ältere Kinder	3x / Tag bis 3x / Woche

Tab. 1: Stuhlgang – Wie häufig ist eigentlich „normal“?

letzte Kontrolluntersuchung zeigte eine wöchentliche Stuhlfrequenz von 9,4 in der Movicol-Gruppe (versus 5,9 bei Lactulose-Gruppe). Während in der Lactulose-Gruppe bei 7 Kindern (23%) erneut eine Koprostase auftrat, wurde dies unter Movicolbehandlung nicht beobachtet (p=0,011).

Macrogol 3350 – schnelle und starke Wirkung

Alle Movicol®-Präparate enthalten als arzneilich wirksamen Bestandteil Macrogol 3350, ein Polyethylenglykol mit einer ausgeprägten wasserbindenden Eigenschaft und Elektrolyte. Der Zusatz von Elektrolyten stellt sicher, dass es zu keiner nennenswerten Verschiebung im Wasser- und Elektrolythaushalt kommt. Movicol junior aromafrei® ist vom 2. bis 11. Lebensjahr voll erstattungsfähig (s. Tabelle 2).

Verstopfung beeinträchtigt das Wohlbefinden ganz entscheidend

Das Stichwort Lebensqualität ist in aller Munde: Wie sich eine hartnäckige Verstopfung auf das Wohl Ihrer kleinen Patienten auswirkt, zeigt nun das Ergebnis einer aktuellen Literaturanalyse der Arbeitsgruppe um J. Belsey (Aliment. Pharmacol 31, 938–949, Blackwell 2010): Die Autoren analysierten in dem erst kürzlich publizierten Review 13 Studien zum Thema Obstipation, darunter drei Kinderstudien. In zwei dieser Untersuchungen kam der Pediatric Quality of Life-Inventury (PedsQL) zum Einsatz, die dritte Analyse der Lebensqualität bei Obstipation wurde mit dem Child Health Questionnaire für Eltern (CHQ-PF50) durchgeführt.

Das überraschende Ergebnis: Sowohl die Kinder selbst als auch ihre Eltern empfanden die Beeinträchtigung der Lebensqualität bei Verstopfung als äußerst groß – so wurde eine Obstipation in einer der Studien wesentlich unangenehmer bewertet als ein Reizdarmsyndrom oder ein gastrooesophagealer Reflux. Bemerkenswert auch, dass die psychische Belastung in allen drei Studien höher eingeschätzt wurde als die rein körperliche Komponente.

Die Autoren des Reviews kommen zu dem Schluss, dass eine Obstipation bei großen wie auch kleinen Patienten eine erhebliche Belastung im täglichen Leben darstellt, bei letzteren beispielsweise vergleichbar einer ADHS.

Weitere Informationen und vielfältiges Servicematerial sind unter www.norgine.de abrufbar.

G. Fischer v. Weikersthal, München

	Erstattungsfähigkeit	Arzneimittelrichtlinien (AMR)
Movicol junior aromafrei® (rezeptpflichtig)	vom 2.–11. Lebensjahr voll erstattungsfähig	Bei bestimmten Grunderkrankungen wie beispielsweise • Tumorleiden • Megakolon
Movicol® V (rezeptpflichtig)	vom 12.–18. Lebensjahr voll erstattet, ab dem 18. Lebensjahr im Rahmen der AMR	• neurogener Darmlähmung • Opiat- sowie Opioidtherapie • Divertikulose/Divertikulitis • Mukoviszidose
Movicol® (apothekenpflichtig)	kann ab dem 12. Lebensjahr im Rahmen der AMR erstattet werden; für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen (12.–18. Lebensjahr) ist Movicol® voll erstattungsfähig	• bei phosphatbindender Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz • bei der Behandlung in der Terminalphase ist Movicol® bzw. Movicol® V voll erstattungsfähig

Tab. 2: Erstattungsfähigkeit der verschiedenen MOVICOL-Darreichungen

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. med. Wolfram Hartmann

Tel.: 02732/762900

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

Vizepräsident des BVKJ e.V.

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

Tel.: 08671/5091247

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

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Ulrich Fegeler

Tel.: 030/3626041

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

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Roland Ulmer

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

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Hauptgeschäftsführer: Dipl.-Kfm. Stephan Eßer

Tel.: 030/28047510, Tfx.: 0221/683204
stephan.esser@uminfo.de

Geschäftsführerin: Christel Schierbaum

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln
Tel.: 0221/68909-14, Tfx.: 0221/68909-78
christel.schierbaum@uminfo.de

Mitgliederverwaltung

Leiterin der Verwaltungsabteilung: Doris Schomburg

E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

Kongressabteilung

Kongresse des BVKJ

Leiterin der Kongressabteilung: Christel Schierbaum

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

E-Mail: bvkj.kongress@uminfo.de

www.kongress.bvkj.de

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

BVKJ Service GmbH

Geschäftsführer: Herr Klaus Lüft

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Ansprechpartnerin in Geschäftsstelle:

Frau Ursula Horst

Tel.: 0221/68909-18, Tfx.: 0221/683204

E-Mail: Uschi.horst@uminfo.de

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Christen

E-Mail: Christen@HKA.de

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Frank Riedel

E-Mail: f.riedel@uke.uni-hamburg.de

Dr. med. Wolfgang Gempp

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

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Sonstige Links

Kinder- und Jugendarzt

www.kinder-undjugendarzt.de

Kinderärzte im Netz

www.kinderaerzte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Pädiatisches Intranet PädInform

www.kinderumwelt.de/kontakt.htm