

bvkJ.

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

Heft 9/15 · 46. (64.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT



Forum:

**Insektenstiche:
Vermeiden - Behandeln**



Fortbildung:

**Wenn der Schulbesuch
nicht gelingt (Teil 2)**



Berufsfragen:

**Das GKV-Versorgungs-
stärkungsgesetz**



Magazin:

**Hat Rotkäppchen
gelingen?**

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT **bvkJ.**



Foto: © Claudia Paulussen - Fotolia.com



Hat Rotkäppchen gelogen?

S. 540

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

Inhalt 9 | 15

Forum

- 491 Vermischtes
- 492 **Insektenstiche: Vermeiden – Behandeln**
Jörg Schriever
- 495 Impressum
- 496 **Ritzen – warum sich immer mehr Jugendliche verletzen**
- 498 Datenreport 2015: Mütter- und Säuglingssterblichkeit
- 500 **Milchspenden für Frühgeborene**
- 501 **Nachgefragt**
- 502 **Kinder- und Jugendärzte fordern Veränderungen im Inklusionsprozess**
Regine Hauch
- 505 **OSKAR hilft: Sorgentelefon für Familien mit sterbenskranken Kindern**

Fortbildung

- 507 **Editorial Schulverlust**
Hans-Iko Huppertz
- 508 **Wenn der Schulbesuch nicht gelingt... (Teil 2)**
Heinrich Ricking
- 517 **Highlights aus Bad Orb: Das Kind mit Stridor**
Joachim Freihorst
- 524 **Das Leser-Forum**
- 525 **Welche Diagnose wird gestellt?**
Maren Fließner
- 528 **Review aus englischsprachigen Zeitschriften**
- 530 **Consilium: Lingua geographica**
Joachim Dissemond



s. S. 500

Berufsfragen

- 532 **Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz**
Andreas Meschke
- 535 **Jeder Fehler zählt**
Gottfried Huss
- 536 **ADHS: Die neuen Nachrichten sind die alten**
Kirsten Stollhoff
- 537 **Eine Willkommensstruktur, die den Hilfebedarf in den Mittelpunkt stellt**
Thomas Nowotny
- 538 **Ausschreibung: Gesucht Beauftragter des Preises „Pädiater für Kinder in Krisenregionen“**
- 539 **Prekäre Versorgungslage der Flüchtlinge in Berlin**
Regine Hauch

Magazin

- 540 **Hat Rotkäppchen gelogen?**
Christoph Kupferschmid
- 544 Buchtipp
- 547 **Die Welt der Kinder im Blick der Maler**
Peter Scharfe
- 548 Fortbildungstermine des BVKJ
- 549 Personalia
- 551 **Nachrichten der Industrie**
- 555 Wichtige Adressen des BVKJ

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe sind als Vollbeilagen Informationen der Pari GmbH, Starnberg, ein Supplement der GlaxoSmithKline GmbH & Co.KG, München, sowie eine CME-Beilage der Galderma Laboratorium GmbH, Düsseldorf, beigelegt. Als Teilbeilage für den LV Bayern liegt das Programmheft zur 13. Pädiatrie zum Anfassan, Bamberg, bei. Wir bitten um freundliche Beachtung.

Schuleingangsuntersuchung 2014 in Niedersachsen: Kinder mit Höreinschränkung audiologisch schlecht versorgt

Das Niedersächsische Landesgesundheitsamt (NLGA) hat die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2014 mit rund 66.000 untersuchten Mädchen und Jungen ausgewertet und in einem Bericht veröffentlicht. Die Auswertung zeigt, dass sich von den 8,3 Prozent der Einschulungskinder mit einer Auffälligkeit beim Hörtest nur rund ein Drittel (34,3 Prozent) bereits in audiologischer Behandlung befanden: Fast zwei Drittel erhielten eine Empfehlung zur weiteren fachärztlichen Abklärung.

„Ist die Fähigkeit zu hören eingeschränkt, kann dies gravierende Folgen für die psychische und soziale Entwicklung des Kindes in der Schule haben“, sagte Dr. Elke Bruns-

Philipps, zuständige Abteilungsleiterin im NLGA bei der Vorstellung des Berichts.

Insgesamt wiesen bei der Schuleingangsuntersuchungen, bei der neben dem Hörvermögen Sehvermögen, Sprachvermögen, grobmotorische Entwicklung, feinmotorische Entwicklung und Verhalten untersucht wurden, fast die Hälfte der kleinen Niedersachsen (48,5 Prozent) nur unauffällige Befunde oder leichte Auffälligkeiten auf, die keine weitere ärztliche Abklärung erforderlich machen. Bei einem Viertel (24,2 Prozent) der Kinder wurde ein abklärungsbedürftiger Befund in mindestens einem der Untersuchungsbereiche festgestellt.



Foto: © ulkas - Fotolia.com

Info: www.nlga.niedersachsen.de

Red.: ReH

Massiver Anstieg an Ess-Störungen bei Teenagern in Berlin und Brandenburg

Immer mehr Teenager sind wegen Ess-Störungen in Behandlung. Allein in Brandenburg hat sich deren Anzahl binnen fünf Jahren mehr als verdoppelt. Das geht aus Statistiken der Barmer GEK hervor. Im Jahr 2009 behandelten niedergelassene Ärzte in Brandenburg demnach 94 Barmer GEK Versicherte zwischen 13 und 18 Jahren. Im Jahr 2014 waren es bereits 220. Das ist ein Zuwachs um gut 134 Prozent. In Berlin schnellte die Anzahl um knapp 50 Prozent in die Höhe, von 149 auf 223 Jugendliche.

„Diese Zunahme bei den Ess-Störungen ist Besorgnis erregend und durch statistische Effekte nicht erklärbar. Bereits während der Schulzeit sollten Jugendliche über die Risikofaktoren für Magersucht,

Bulimie und Esssucht umfassend aufgeklärt werden“, sagte Gabriela Leyh, Landesgeschäftsführerin der Barmer GEK Berlin-Brandenburg.

Leyh verwies darauf, dass Ess-Störungen häufig zwischen dem 14. und 25. Lebensjahr beginnen. Die Auslöser dafür können von Schwierigkeiten in der Familie über Leistungsdruck und Stress in der Schule bis hin zu falschen Rollenvorbildern reichen. „Um Ess-Störungen vorzubeugen, ist es wichtig, das Selbstbewusstsein von Kindern und Jugendlichen insbesondere durch die Eltern und im familiären Umfeld zu fördern“, sagte die Landesgeschäftsführerin. Überforderungen und falsche Vorbilder können mögliche Erklärungen für den Anstieg der Fallzahlen sein.

Red.: ReH

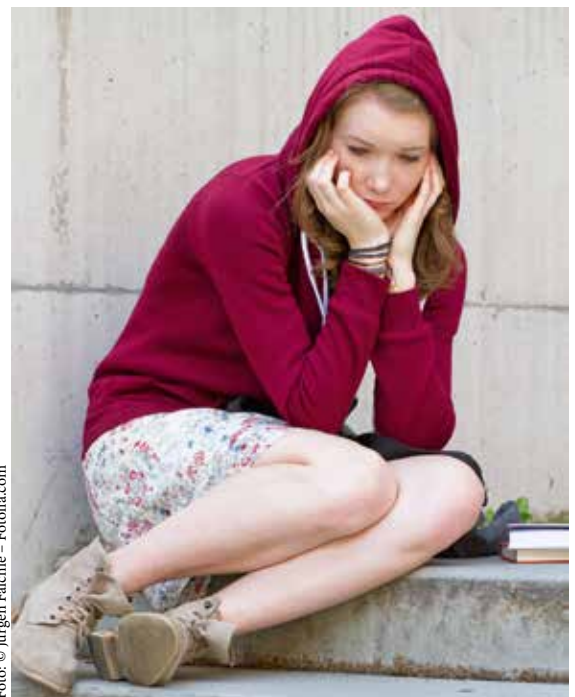


Foto: © Jürgen Fälschle - Fotolia.com

Insektenstiche: Vermeiden – Behandeln



Dr. Jörg Schriever

Insektenstiche kommen nicht nur in den Sommermonaten häufig vor, sondern bis weit in den Herbst und gehören immer zu den „Praxis-Hits“ der Kinder- und Jugendärzte. Zur Zeit sind Insektenstiche auch in den Medien ein großes Thema.

Der Minister rät....

Am 08. 07. 2015 meldete sich per Pressemeldung der NRW-Arbeitsminister zu Wort. Unter der Überschrift „Minister Schneider rät zur Vorsicht beim Einsatz von Mückenspray und anderen Bioziden“ hieß es dann: „Während Pflanzenschutzmittel (Pestizide) unter Verschluss gehalten werden, sind die „Menschenschutzmittel“ (Biozide) mit einem Griff ins Regal zu haben. Dabei sind die Wirkstoffe oft identisch, werden als Biozide und als Pflanzenschutzmittel eingesetzt und sind von daher genau so reizend, sensibilisierend oder sogar giftig. Verbraucher sollten sich bei diesen Mitteln nicht von dem Be-

griff „Bio“ blenden lassen. Was sich so gesund anhört, kann bei Unachtsamkeit schädlich sein.“

Über die eingerichtete Hotline, die auch Verpackungs- und Kennzeichnungsmängel entgegennehmen soll, war allerdings wenig über die betroffenen Substanzen und ihre schädliche Wirkung zu erfahren. Eine Zulassungspflicht für die Produktart 19 – Repellentien und Lockmittel – besteht derzeit nicht, soll aber eingeführt werden. Bis jetzt sind bei der zuständigen Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) lediglich acht Produkte für den Wirkstoff DEET verschiedener Anbieter registriert.

Was raten zur Vorbeugung und Behandlung?

Allgemeine Hinweise wie weite, helle Kleidung, nicht barfuß laufen etc. sind in der Regel bekannt.

Das gilt jedoch nicht für die Wirkstoffe, ihre Wirkdauer und ihre Nebenwirkungen in den sehr verschiedenen Insektenschutzmitteln.

Insektenstiche: Wer, wann und was dann?

Eine ausführliche Darstellung des Autors finden Sie in pädin-form/servicebereich/p@ediatric-express-02/2015.

Repellentien sind Mückenabwehrmittel, die bereits bei den üblichen Tagestemperaturen komplett verdampfen. Ihr Wirkmechanismus ist letztlich noch ungeklärt. Wahrscheinlich blockieren sie die Orientierung der Insekten über CO₂, Milchsäure oder Duftstoffe. Ihre Wirksamkeit ist generell abhängig von der Menge und Konzentration,

aber auch von Witterungsbedingungen, wie Temperatur und Wind.

Laut Literatur und Stiftung Warentest wirken die Stoffe DEET, Icaridin und Para-Methan-3,8-Diol am besten. Da keine entsprechende Zulassungspflicht besteht, müssen die Angaben der Hersteller nicht durch Studien belegt sein. In Praxis gilt dies besonders für die Wirkungskdauer der ätherischen Öle.

Bedauerlicherweise lassen die Produktmarken das wirksame Mückenschutzmittel und meist deren Konzentrationen nicht erkennen. Weitere Zusatzstoffe wie ätherische Öle, Duft und Konservierungsstoffe sind die Regel und für Kontaktallergiker nur umständlich über spezielle Produktinformationen zu erfahren.

Einzelne Zubereitungen, wie „Anti Brumm Sensitiv“, verzichten auf Konservierungsstoffe, entsprechend schwankt die angegebene Haltbarkeit der Produkte zwischen drei und fünf Jahren. Wie soll man sich da auskennen?!

„Autan Family Care“ enthält DEET, ebenso wie es in „Nobite Creme“ zu 34 Prozent und in „Nobite Hautspray“ zu 50 Prozent enthalten ist. Letzteres wird daher statt wie sonst ab drei Jahren erst ab fünf Jahren empfohlen. „Anti-Brumm forte“ Pumpspray enthält 30 Prozent DEET, es soll gegen Mücken bis zu sechs Stunden, gegen Zecken bis zu fünf Stunden wirken. Dieses Produkt wird erst ab zwölf Jahren empfohlen und soll nur einmal täglich angewendet werden statt sonst ab drei Jahren drei- bis viermal täglich bei andauernder Exposition.

Icaridin ist ab zwei Jahren geeignet, es ist in „Autan- Protection plus“, in „Anti Brumm Zecken Stopp“ zusammen mit Citriodiol und in „Nobite Sensitiv“ unter dem Namen Saltidin enthalten.



Citriodiol enthalten „Nobite Haut Botanic“ und „Anti Brumm Natural“, Teil eines bestimmten Eucalyptusöles: Für Kinder ab einem Jahr geeignet.

Aber auch hier sollte man die Anwendungshinweise beachten – z. B. Kontaktallergie: die Mittel dürfen nicht in die Augen kommen.

Mückenspiralen

Mückenspiralen werden in letzter Zeit vermehrt als besonders erfolgreicher lokaler Insektenschutz beworben und auch in Supermarktketten vertrieben (Abb. 2).

Das **synthetische Pyrethroid-D-Allethrin**, Konzentration 0,2g/100g, ist der bei uns meist benutzte Wirkstoff, ein leichtflüchtiges neurotoxisches Insektizid mit Blockade der Natriumkanäle, welches auch giftig für Fische, Amphibien und Reptilien ist.

Die Spirale glimmt etwa sechs Stunden und soll in einem Umkreis bis zu drei Metern wirken. Die frei werdende Rauchpartikelmasse beträgt laut japanischen Untersuchungen derjenigen von etwa 75 bis 135 Zigaretten, die Formaldehydbildung der von ca. 75 Zigaretten.

Die toxische Wirkung auf Insekten bei Rauchkontakt, wie „nachlassende Flügelkraft“, führt auch bei Bienen, Hummeln und Faltenwespen zu einem Fluchtverhalten vor der sonst tödlichen Gefahr.

Nebenwirkung: Haut- und Schleimhautreizung mit Parästhesien wie Brennen, Kribbeln, Jucken. Beim Einatmen Gefahr eines Asthmaanfalls. Bei oraler Aufnahme Speichelfluss, Übelkeit, Erbrechen, Durchfall,

Laut Gebrauchsanweisung ist die Spirale nicht geeignet für sensible Personen wie Allergiker und Kleinkinder. Sie darf nicht in die Kanalisation gelangen, Benutzung nur im Freien mit feuerfester Unterlage.

In einigen exponierten Gartenrestaurants stehen Mückenspiralen auf dem gedeckten Tisch, wirksam im Umkreis von drei Metern. Eltern sollte man raten, solchen Ort zu meiden, aber die Kinder mit wirksamen Repellentien einzureiben.

Behandlung nach dem Stich

Beim ersten Mückenstich beobachtet man meist nur kurz ein Erythem an der verletzten Stelle. Bei Wiederholung reagieren 75 Prozent der Bevölkerung mit einer Quaddel von ca. 1 bis 2cm Durchmesser begleitet von Pruritus als Sofortreaktion, 50 Prozent reagieren mit einer Papel als Spätreaktion(5) (Abb.1). Blasenbildung ist möglich, anaphylaktische Reaktionen auf Mückenstiche sind sehr selten. In Mückengebieten mit regelmäßigen Stichen beobachtet man oft eine zunehmende Toleranz entsprechend einer Hyposensibilisierung. In der Regel klingen Erythem, Quaddel und Juckreiz nach einigen Stunden spontan ab.

Spucke und Quark

Zahlreiche Hausmittel werden für die Akutphase empfohlen: Spucke, Zwiebelschale, Zitronenscheibe, zerriebener Spitzwegerich, Quark, Franzbranntwein, Schüssler-Salze usw. Sie lindern wie Eiswürfel und Kühlelemente durch Verdunstungskälte den Schmerz. Nach Mitteilung der Stiftung Warentest zuletzt vom 15.04.2015 wirken die beliebten Gel-Kombinationen mit Antihistaminika – wie Soventol, Systral, Fenistil etc. – ebenfalls durch den Kühleffekt und nicht durch das kaum die Haut durchdringende Medikament. Da bei der Säuglingshaut die Durchlässigkeit aber generell höher ist, werden diese Gele für Kinder unter zwei Jahren nicht empfohlen.

DEET (N, N- Diethyl-m-toluamid): Gilt noch als Goldstandard einschließlich gegen Malariaüberträger – **tropentauglich** - und ist als Spray, Gel, Creme, Lotion in Konzentration von 5-90 Prozent verfügbar.

Gebrauch: Kinder ab drei Jahre bis 20 Prozent, mehr als 20 Prozent ab 12 Jahre **In Schwangerschaft und Stillzeit nicht empfohlen.**

Wirkdauer: 20-50 Prozent Mücken bis 12 Std., Zecken vier Stunden. Konz. > 50 Prozent wirkt nicht länger.

Nebenwirkung: Akut Haut und Schleimhautreizung, Kontaktgefahr besonders am Auge, Mund, Haut mit Sonnenbrand.

Hohe Resorptionsrate über die Haut, speziell zusammen mit Alkohol-, Harnstoff- und Salizylsäurebeimischungen zu Pflegemitteln. Sprühnebel nicht einatmen.

Spätschäden: Störungen des Nervensystems: Sensibilitätsstörungen, bei großflächiger häufiger Anwendung bis zu Krampfanfällen – Hirnschädigung möglich.

Reduktion des Lichtschutzfaktors von Sonnenschutzmitteln bis zu 30 Prozent, daher **Zuerst Sonnenschutz dann Insektenschutz. Zeitabstand 30 Minuten.**

Sonstiges: Lösungsmittel für Kunststoffe. Cave Brille, Telefon, Armbänder, etc.. Bei Kontakt mit Ködern beißen Fische nicht an.

Die EU plant 2016 die Konzentration von DEET auf 15 Prozent zu beschränken.

Icaridin Auch als Bayrepell oder Saltidin bekannt. Ist in seiner Wirkung vergleichbar mit DEET, hautverträglicher und mit geringerer Hautresorption.

Anwendung in Konzentrationen von 10-20 Prozent.

Wird deshalb außer in „Malariagebieten“ empfohlen!

Gebrauch: Kinder ab 2 Jahren, während Gravidität und Stillzeit nach ärztlicher Rücksprache möglich (geringere Resorption).

Wirkdauer: Konzentration: 10 Prozent Mücken 3-4 Std. 20 Prozent - Mücken ca. 8 Std., Zecken 4 Std.

Nebenwirkungen: Hautirritation und Resorption geringer und seltener.

PMD (Para-Menthan-3,8-Diol): Oft als Citriodiol (Menthadiol) bezeichnet.

Verdampft schnell und wirkt deshalb kurzzeitiger.

Gebrauch: daher nur sehr bedingt empfohlen.

Nebenwirkung: Haut- und Schleimhaut reizend, Lichtdermatose.

Kontaktallergie wie bei allen ätherischen Ölen häufig..

Bei zunehmender Rötung, Juckreiz daher absetzen.



Eltern sollte man raten, diesen Ort zu meiden.

Kratzen im Bereich der Papeln kann die Abklingphase erheblich verzögern.

Die verstärkte Reaktion auf Mückenstiche mit erheblicher Schwellung > 10 cm, leichtem Fieber und hyperergischer Lymphangitis über

Neue Gefahr in Deutschland: die Asiatische Tigermücke

Wissenschaftler des Müncheberger Zentrums für Agrarlandschaftsforschung (ZALF) und des Greifswalder Friedrich-Loeffler-Instituts (FLI) haben nach Angaben der DPA Mitte Juli Eier, Larven, Puppen und ausgewachsene Exemplare der Asiatischen Tigermücke *Aedes albopictus* im Osten Freiburgs gefunden. Den Wissenschaftlern zufolge deuten die Funde auf eine Überwinterung und Ansiedlung der Asiatischen Tigermücke hin. Weitere Untersuchungen dazu laufen.

Die wärmeliebende Asiatische Tigermücke ist in Südeuropa weit verbreitet und dringt zusehends mit dem Fernverkehr aus Südeuropa nach Norden.

Der ungewöhnlich milde Winter 2014/2015 habe der Tigermücke nun offenbar hierzulande das Überleben ermöglicht, so die Forscher. In Südeuropa war sie in den letzten Jahren für mehrere Ausbrüche und Fälle des Chikungunya- und des Dengue-Fiebers verantwortlich. Für die Forscher ist das aber kein Grund zur Panik: Nicht jede der Stechmücken sei mit einem gefährlichen Virus infiziert. Selbst bei einer Etablierung der Art sei das Risiko der Übertragung minimal. Allerdings steige die Gefahr einer Infektion mit der Populationsdichte der Mücken.

mehrere Tage anhaltend, wird auch Skeeter Syndrom genannt.

Antibiotika zur Sicherheit

Die Lymphangitis, der rote Strich zentral wandernd, wird in der Bevölkerung mit einer Blutvergiftung gleichgesetzt, die, wenn der Strich das Herz erreicht, tödlich endet. Patienten und Eltern, aber auch einige Kollegen erwarten daher auf jeden Fall eine gezielte Antibiotikabehandlung. Die Entscheidung dagegen wird von Laien oft primär nicht akzeptiert und hat dann einen hohen Diskussionsbedarf.

Also Antibiotika ja/nein? Rezept? – Sicherheitshalber habe ich zu diesen wichtigen Fragen noch bei zwei Experten recherchiert:

Bei der Blutvergiftung (Sepsis) als generalisierte Infektion sieht man im Gegensatz zum Volksglauben „keinen roten Strich“, sondern zu Beginn eher Kreislaufsymptome, also Blässe, Tachycardie, Schüttelfrost und eine deutliche Beeinträchtigung des Allgemeinzustands. Wenn dem nicht so sei, empfiehlt Prof. Dr. med. D. Averbeck, München, über Consilium Pädiatrie Infectopharm Frage 6083 die topische Behandlung mit feuchten Umschlägen in Kombination mit antiseptischen Externa unter Ruhigstellung des betroffenen Körperteiles. Auf jeden Fall sei der Patient bei Auftreten von Allgemeinsymptomen auf eine unverzügliche Wiedervorstellung auch am Wochenende hinzuweisen.

Prof. Dr. med. H.- I. Huppertz, Bremen, spricht sich auf Grund der allergischen Genese klar gegen eine primäre Antibiotikabehandlung auch am Wochenende aus und empfiehlt stattdessen ein H1-Antihistaminikum oral (z.B. Cetirizin) und eine Corticoid, bei Säuglingen 100 mg Prednisolon als Supp. bzw. wegen der sichereren Resorption so bald als möglich 2 bis 5 mg/kg Prednisolonäquivalent per os).

Das entspricht auch unserer persönlichen Erfahrung, wobei ambulant der Hinweis auf unbedingte Wiedervorstellung bei jeder Verschlechterung und neu auftretenden Symptomen wegen der genannten Differenzialdiagnose wichtig ist.

Fazit: Bei verstärkter Insektenstichreaktion mit Begleitlymphangitis besteht primär keine Indikation zur Antibiotikatherapie.

Sekundärinfektion

Ein Insektenstich ist alles andere als ein steriler Vorgang. Die aktive Übertragung von Krankheitserregern durch die verschiedenen blutsaugenden Mücken ist bekannt. Gleichzeitig werden aber bei dem Stich auch Erreger aus dem Umfeld der Insekten passiv mitgenommen, bei Bremsen und Wadenstechern solche aus Pferdemit und Kuhdung, z.B. E. Coli und Salmonellen. Überraschenderweise kommt es jedoch so nur selten zu einer manifesten Infektion, wohl weil die passiv übertragene Anzahl als kritische Dosis bei intaktem Immunsystem zu gering ist.

Häufiges Kratzen gegen den Juckreiz ist die Hauptursache für eine Sekundärinfektion von Insektenstichen.

Dem Erregerspektrum „Haut“ entsprechend handelt es sich mehrheitlich um Streptokokken und Staphylokokken. Eine Impetigo, aber auch bullöse Staphylodermien sieht man im Sommer häufig, speziell in tropischen Entwicklungsländern mit schlechter Ernährungslage und dann mit Osteomyelitiden als weitere Komplikation. Wenn es erst mal „schmierig“ wird, reicht eine Lokalbehandlung meist nicht. Mittel der Wahl ist ein Cephalosporine der ersten Generation, z.B. Cefaclor und bei Unverträglichkeit Clindamycin.

Gut gerüstet sein in der Praxis für den Notfall

Stiche im Mund (Abb. 3) und Rachenbereich durch Bienen und Wespen können bei Kindern durch starke Schwellung zur Verlegung der Atemwege führen und tödlich enden. Die meisten Todesfälle durch giftige Tiere verursachen in unseren Breiten daher auch Bienen

und Wespen. In Deutschland rechnet man mit 20 Todesfällen pro Jahr plus Dunkelziffer durch eine IgE vermittelte, allergische Sofortreaktion, seltener durch Atemwegsobstruktion. Auch bei Kindern werden nach den Nahrungsmittelallergien anaphylaktische Reaktionen am meisten durch Bienen- und Wespenstiche ausgelöst. Die Symptome treten etwa nach 10 bis 30 Minuten in vier unterschiedlichen Schweregraden auf. Bienengift enthält 1 Prozent Histamin und ca. 50 Prozent Mellitin als allergenes Peptid, sowie weitere spezifische Proteine. Das Gift von Wespe und Hornisse ist ähnlich wie bei Biene und Hummel, nicht identisch, zwischen den Gattungen bestehen jeweils Kreuzreaktionen.

Die Anaphylaxie gehört zu den schwersten und bedrohlichsten Notfallsituationen, die nur zu meis-

tern sind, wenn Ausrüstung und Behandlungsschema in der Praxis und Klinik immer aktuell leitliniengerecht vorhanden und griffbereit einsatzbereit sind. Leitlinie: z. B. „Akuttherapie und Management der Anaphylaxie“ oder „Diagnose und Therapie der Bienen- und Wespenstichallergie“. Wegen der hohen Fehlerquote gehört eine separate Anleitung zur richtigen Mischung, so wie alters- und gewichtsbezogenen Adrenalin-Dosierung ebenfalls dazu.

Merke: Das Behandlungsschema der Anaphylaxie und die entsprechende Ausrüstung im Notfallkoffer müssen immer leitliniengerecht aktualisiert griffbereit einsatzfähig sein.

Literatur beim Verfasser
Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorhanden ist.



*Dr. med. Jörg Schriever
Silberweg 10, 53894 Mechernich
E-Mail: dr.j.schriever@gmx.de
Der Autor ist Beauftragter für
Kinderunfälle des BVKJ*

Red.: ReH

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

ISSN 1436-9559

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

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

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

Tel.: (0611) 577238, E-Mail: klaus-michael.keller@helios-kliniken.de; Prof. Dr. Stefan Zielen, Universität Frankfurt, Theodor-Stern-Kai 7, 60596 Frankfurt/ Main, Tel.: (069) 6301-83063, E-Mail: stefan.zielen@kgu.de

Verantw. Redakteure für „Forum“, „Magazin“ und „Berufsfragen“: Regine Hauch, Salierstr. 9, 40545 Düsseldorf, Tel.: (0211) 5560838, E-Mail: regine.hauch@arcor.de; Dr. Christoph Kupferschmid, Olgastr. 87, 89073 Ulm, Tel.: (0731) 23044, E-Mail: Ch.Kupferschmid@t-online.de

Die abgedruckten Aufsätze geben nicht unbedingt die Meinung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. wieder. – Die Herstellerinformationen innerhalb der Rubrik „Nachrichten der Industrie“ sowie die Rubrik „Seltene Erkrankungen“ erscheinen außerhalb des Verantwortungsbereichs des Herausgebers und der Redaktion des „Kinder- und Jugendarztes“ (V.i.S.d.P. Christiane Kermel, Hansisches Verlagskontor GmbH, Lübeck).

Druckauflage 12.967

lt. IVW II/2015

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen

LA-MED

Redaktionsausschuss: Prof. Dr. Florian Heinen, München, Prof. Dr. Peter H. Höger, Hamburg, Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Bremen, Prof. Dr. Klaus-Michael Keller, Wiesbaden, Prof. Dr. Stefan Zielen, Frankfurt, Dr. Christoph Kupferschmid, Ulm, Regine Hauch, Düsseldorf, Dr. Wolfram Hartmann, Kreuztal, Christel Schierbaum, Köln, und zwei weitere Beisitzer.

Verlag: Hansisches Verlagskontor GmbH, Mengstr. 16, 23552 Lübeck, Tel.: (04 51) 70 31-01 – **Anzeigen:** Hansisches Verlagskontor GmbH, 23547 Lübeck, Christiane Kermel (V.i.S.d.P.), Fax: (0451) 7031-280, E-Mail: ckermel@schmidt-roemhild.com – **Redaktionsassistenz:** Christiane Daub-Gaskow, Tel.: (0201) 8130-104, Fax: (02 01) 8130-105, E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de – **Layout:** Grafikstudio Schmidt-Römhild, Marc Schulz, E-Mail: grafik@schmidt-roemhild.com – **Druck:** Schmidt-Römhild, Lübeck – „KINDER- UND JUGENDARZT“ erscheint 11mal jährlich (am 15. jeden Monats) – **Redaktionsschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.**

Anzeigenpreisliste: Nr. 48 vom 1. Oktober 2014

Bezugspreis: Einzelheft 10,50 zzgl. Versandkosten, Jahresabonnement € 105,- zzgl. Versandkosten (€ 7,80 Inland, € 19,50 Ausland). Kündigungsfrist 6 Wochen zum Jahresende.

Für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V. ist der Bezug im Mitgliedsbeitrag enthalten.

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

© 2015. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

Ritzen – warum sich immer mehr Jugendliche verletzen



Sie ritzen sich selbst mit Rasierklingen, Messern oder Scherben die Unterarme: Nach einer amerikanischen Studie fügen sich immer mehr Jugendliche Verletzungen zu. Wie es in Deutschland aussieht, warum sich Jugendliche selbst verletzen und was Pädiater tun können, darüber sprach mit unserer Zeitschrift Dr. med. Dipl.-Psych. Harald Tegtmeier-Metzdorf.



Foto: © animafora - Fotolia.com

schon verschiedene Motivationen offenbar: die Selbstverletzung kann der Affektregulation, dem Appell an die Umgebung oder der bloßen Suche nach Themen dienen, mit denen man sich interessant machen kann.

Trifft es beide Geschlechter oder nur Mädchen?

Selbstverletzendes Verhalten kommt bei Mädchen und jungen Frauen – je nach Studie – zwischen zwei- und neunmal häufiger vor als beim männlichen Geschlecht. Jungen regulieren ihre Affekte mehr externalisiert, insbesondere fühlen sie sich aufgrund von instabilen Gefühlen schnell gekränkt oder provoziert und schlagen zu. Überfälle mit ungebremster, brutaler Gewalt durch Jungen oder junge Männer sind immer wieder Themen in den Medien. Mädchen und junge Frauen neigen hingegen mehr zur Selbstbestrafung und -beschädigung.

Was ist allen diesen Formen des selbstschädigenden Verhaltens gemein? Was steckt dahinter? Und was bewirkt das Ritzen bei den Jugendlichen?

Wie schon angeführt gibt es unterschiedliche Hintergründe: neben der vordergründigen Modeerscheinung, der Imitation, dem Auf-Sich-Aufmerksam-Machen und dem Appell an die Fürsorge durch die nächsten Angehörigen und auch die Freunde geht es insbesondere um eine gestörte Affektregulation mit unerträglichen Angst-, Leere-, Wut- und Selbstentfremdungsgefühlen. Die Selbstverletzung reduziert die sich aufgebaute Spannung kurzfristig und kann auch chronische

Herr Dr. Tegtmeier, die Ergebnisse der amerikanischen Studie sind alarmierend. Ist das Ritzen auch in den Praxen der Kinder- und Jugendärzte in Deutschland zum Thema geworden?

Im traditionellen und sozial kontrollierten Rahmen gibt es in vielen Kulturen seit jeher schmerzhafte Initiationsriten. Die hingegen heute gängige, individuelle Manipulation des eigenen Körpers mit Piercing, Tattoos und kosmetischen Eingriffen macht ihn mehr zum Gegenstand und führt zu einer Dissoziation von Person und Körper. In diesem soziokulturellen Umfeld findet sich auch das Phänomen der Selbstverletzung im Jugendalter in der westlichen Welt wieder. So er-

lebe ich auch in meiner Praxis eine spürbare Zunahme von selbstverletzendem Verhalten (SVV).

Ist Ritzen das einzige selbstverletzende Verhalten?

Ritzen ist die häufigste Form der Selbstverletzung und auch Thema unter Peers. Die „Erfolge“ werden teilweise auf Internetseiten dokumentiert. Andere Formen der Selbstverletzung sind das Sich-Schlagen, das Sich-Zufügen von Verbrennungen oder die Verhinderung der Wundheilung. In anderer Form kommt es auch durch das Schlagen des eigenen Kopfes gegen eine Wand oder das heftige Treten mit dem Fuß gegen harte Gegenstände zu Selbstverletzungen. Hier werden

Schuldgefühle im Sinne der Selbstbestrafung mindern. Die angeführten psychischen und emotionalen Störungen gründen zumeist in früher und lang anhaltender Traumatisierung durch Misshandlung, Vernachlässigung oder Missbrauch. Den Betroffenen gelingt die klare Zuordnung ihrer eigenen Empfindungen häufig nicht mehr. Es besteht eine bedeutsame Komorbidität zu Störungen der Impulskontrolle wie der Bulimie, Angststörungen und der Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS), also einer psychischen Störung an der Grenze von Neurose und Psychose. Es gibt aber auch keine automatische Gleichsetzung von SVV und BPS, wenngleich viele beim Ritzen zu allererst an das Borderline-Syndrom denken.

Kann ein solches Verhalten chronisch werden?

Es handelt sich bei der Selbstverletzung nur um eine kurzfristige Minderung der inneren Spannung, sie beseitigt nicht die Grundlage der emotionalen Störung. Gleichzeitig führt sie oft zu einer besorgten Zuwendung durch die Eltern und andere Bezugspersonen im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinns. Dadurch neigt das selbstverletzende Verhalten zur Chronifizierung, wenngleich auf lange Sicht ein langsamer Rückgang zu erwarten ist – besonders dann, wenn eine intensive psychotherapeutische Behandlung dazu führt, dass die Patienten ihre Störung besser zu verstehen lernen und andere Bewältigungsmechanismen eingeübt haben.

Was können Pädiater tun, um zu helfen?

Abweisende und bewertende Reaktionen und bloße Ratschläge sollten vermieden werden. Pädiater sollten sich Jugendlichen, bei denen sie Selbstverletzungen feststellen, offen und wertschätzend zuwenden, einfühlsam nach der Vorgeschichte fragen und versuchen eine Bereitschaft für eine Psychotherapie zu wecken. Eine enge Vernetzung mit den lokalen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten oder pädiatrischen Kolleginnen und Kollegen mit Psychotherapie sowie mit Kinder- und Jugendpsychiatern ist dabei wertvoll.

Red.: ReH

Datenreport 2015

Mütter- und Säuglingssterblichkeit

Das Sterberisiko ist für Mütter in den ärmsten Ländern 25-mal so hoch wie in Industriestaaten. Das geht aus dem neuen Datenreport 2015 hervor. Die Publikation liefert neueste soziale, demografische und Gesundheitsdaten aus aller Welt.

In den ärmsten Ländern stirbt jede 260. Frau an den Folgen einer Schwangerschaft oder Geburt. Das sind etwa 25-mal so viele wie in Industriestaaten, in denen jede 6.600 Frau stirbt. Das Sterberisiko von Säuglingen ist 13-mal so hoch: Während in den ärmsten Ländern jeder 16. Säugling seinen ersten Geburtstag nicht erlebt, ist es in Industrieländern jeder zweihundertste. Das geht aus dem Datenreport 2015 hervor, den die Stiftung Weltbevölkerung heute veröffentlicht. Zu den ärmsten Ländern der Welt zählen 48 Staaten in Afrika südlich der Sahara, Asien und der Karibik.

„In vielen Ländern bedeutet eine Schwangerschaft noch immer den Tod von Mutter und Kind“, sagt Renate Bähr, Geschäftsführerin der Stiftung Weltbevölkerung.

„Gerade in armen Ländern brauchen Frauen dringend eine bessere Betreuung vor, während und nach der Geburt – und die Möglichkeit, ungewollte Schwangerschaften zu vermeiden.“



„Erfreulich ist, dass die Müttersterblichkeit weltweit seit 1990 um etwa die Hälfte gesunken ist“, so Bähr. „Starben 1990 noch 523.000 Frauen an Komplikationen während der Schwangerschaft und Ge-

burt, waren es 2013 noch 289.000. Das ist aber noch weit vom Ziel der internationalen Gemeinschaft entfernt, die Müttersterblichkeit bis 2015 um drei Viertel zu senken. Regierungen müssen sich vor allem stärker für eine bessere Gesundheitsversorgung und Gleichberechtigung engagieren.“

Daten zur menschlichen Entwicklung

Neben Daten zur Mütter- und Säuglingssterblichkeit bietet der Datenreport weitere demografische, sozioökonomische und Gesundheitsdaten für alle Länder und Regionen der Welt – von der Lebenserwartung über das Bruttonationaleinkommen bis zur HIV-Rate unter Jugendlichen.

Red.: ReH

Milchspenden für Frühgeborene: Klinikum Dortmund eröffnet 1. Mutter- milchbank in NRW



In Ostdeutschland haben sie eine lange Tradition, jetzt hat die erste Muttermilchbank auch in Nordrhein-Westfalen eröffnet: Das Klinikum Dortmund stellte am 05. August 2015 seine neue Muttermilchbank vor, die im Perinatalzentrum des Krankenhauses angesiedelt ist.



Schwester Ingrid in der Milchküche

milch von Frühgeborenen-Müttern ist die beste Nahrung für Frühgeborene. Sie schützt die Kinder vor Infektionen und anderen Komplikationen. Manchmal können aber Mütter von zu frühgeborenen Kindern in den ersten Tagen noch keine eigene Muttermilch produzieren“, erklärte Prof. Dr. Dominik Schneider, Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin im Klinikum Dortmund anlässlich der Eröffnung der Muttermilchbank. In diesen Fällen greifen die Mediziner nun auf die hauseigene Muttermilchbank zurück und versorgen die Frühgeborenen mit gespendeter Milch.

Streng geprüfte Milch

Die Milch kommt ausschließlich von Müttern, die im Klinikum Dortmund ein Frühgeborenes zur Welt gebracht haben, und die mehr Milch haben als ihr eigenes Kind braucht. Die Mütter müssen selber gesund sein. Die Milch wird in der Milchküche eingehend untersucht, pasteurisiert und gefroren gelagert. „Wir achten sehr akribisch darauf, dass die Mütter gesund sind, sich gesund ernähren, und dass die Milch hygienisch einwandfrei ist. Deshalb nehmen wir auch keine Milchspenden an, die von außerhalb des Klinikums an uns herangetragen werden“, so der Experte. Damit grenze sich die Muttermilchbank des Klinikums auch deutlich z. B. von Anbietern ab, die Muttermilch über das Internet vertreiben und damit letztlich nicht garantieren kön-

nen, dass die Milch frei von schädlichen Bakterien oder Viren ist. Grundsätzlich sei es möglich, so Prof. Schneider weiter, die Milch einer Mutter einem fremden Kind zuzuführen. „Das war früher bei den Ammen gängige Praxis. Und es ist nicht so wie bei einer Blutspende, die nur bei ganz bestimmten Blutgruppen möglich ist.“ Das Klinikum hat die Muttermilchbank im Perinatalzentrum jedoch nur zur Versorgung von Frühgeborenen eingerichtet, da bei diesen der Nutzen von Spendenmilch am größten ist. Möglich war der Aufbau der Muttermilchspendenbank durch die langjährige enge Kooperation mit dem Forschungsinstitut für Kinderernährung in Dortmund.

Bis jetzt hatte das Klinikum Dortmund bis zu 20 Liter pro Jahr von einer Frauenmilchbank in Leipzig bezogen. Der Bedarf für die jährlich mehr als 120 Frühchen im Klinikum beläuft sich aber auf 80 bis 100 Liter, wahrscheinlich sogar deutlich mehr. Dabei benötigen die kleinen Kinder in den ersten Lebenstagen manchmal nur wenige Milliliter Milch. Die Lücke wurde bislang mit industriell verarbeiteter Milch für Säuglinge geschlossen. „Vor allem aber die in der Muttermilch enthaltenen Enzyme und Abwehrstoffe können bislang nicht synthetisch hergestellt werden und gerade diese können den Darmtrakt des Säuglings gegen Keime und vor anderen Komplikationen schützen“, erklärte Prof. Dr. Schneider.

Red.: ReH

Frühgeborene unter 1500 Gramm Geburtsgewicht sind besonders auf die Muttermilch angewiesen. Mutter-

● Nachgefragt

Sind Muttermilchbörsen eine Alternative, wenn die Mutter selbst nicht stillt?

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

S stillen ist das Beste für das Kind. Möchte oder kann die Mutter nicht stillen, soll das Baby eine industriell hergestellte Säuglingsmilchnahrung erhalten. Doch wäre die Muttermilch einer anderen Mutter nicht eine geeignete Alternative? Muttermilchbörsen propagieren, dass der Kauf sicher ist. Doch wie ist das gesundheitliche Risiko beim privaten Austausch von Muttermilch zu beurteilen?

Das Netzwerk Gesund ins Leben, eine IN FORM-Initiative des Bundesernährungsministeriums, empfiehlt, den Säugling im ersten Lebenshalbjahr zu stillen, min-

destens bis zum fünften Monat ausschließlich und auch mit der Einführung der Beikost, spätestens mit Beginn des siebten Lebensmonats, weiter zu stillen. Kann der Säugling nicht gestillt werden, soll er eine industriell hergestellte Säuglingsmilchnahrung erhalten. Vor dem privaten Austausch von Muttermilch, der zum Beispiel über Muttermilchbörsen im Internet organisiert wird, warnt das Netzwerk ebenso wie die Nationale Stillkommission und die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. Da Untersuchungen der Milch nicht verpflichtend sind, ist ein gesundheitliches Risiko für den Säugling nicht auszuschließen. Ein

unsachgemäßer Umgang mit der Muttermilch kann die hygienische Beschaffenheit und die Qualität der Milch zudem beeinträchtigen. Anders sind Frauenmilchbanken zu beurteilen. Diese Muttermilchsammelstellen sind an Kinderkliniken angeschlossen, die hier für die Versorgung von Frühgeborenen oder kranken Neugeborenen abgegebene Muttermilch wird umfassend kontrolliert und pasteurisiert.

Infos:

Weiterführende Informationen und Quellenangaben:

www.gesund-ins-leben.de/nachgefragt-muttermilchboersen

Red.: ReH

Kinder- und Jugendärzte fordern Veränderungen im Inklusionsprozess

Die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) hat eine ehrliche Zwischenbilanz zum Inklusionsprozess in Schulen und Kitas und politische Konsequenzen gefordert. Laut Fachgesellschaft haben aktuelle Studien gezeigt, dass etwa die Hälfte der Kinder mit einem besonderen Bedarf nach wie vor starke bis vollständige Einschränkungen im Bereich des schulischen Lernens hat. Unsere Zeitschrift sprach mit DGSPJ-Vorstandsmitglied Dr. Ulrike Horacek über notwendige Veränderungen im Inklusionsprozess.



Inklusion: Kindern gelingt sie besser als dem System

Frau Dr. Horacek, Sie kritisieren, dass Eltern behinderter Kinder und damit auch die Kinder selbst Exklusion statt Inklusion erfahren. Was meinen Sie damit?

Diese Aussage ist ein „Wortspiel“ mit ernstem Hintergrund und bezieht sich auf das Ergebnis einer Umfrage des Kindernetzwerks*: Nachweislich haben die Eltern beeinträchtigter und behinderter Kinder weniger Sozialkontakte, vor allem weniger tragfähige Sozialkontakte, d. h. sie bräuchten eigentlich mehr soziale Ressourcen zur Unterstützung. Es ist für sie aber ungleich schwerer, solche aufzubauen und zu pflegen.

* <http://www.kindernetzwerk.de/news-und-medien-des-kindernetzwerks/bayern/aschaffenburg/ergebnisse-der-kindernetzwerkstudie315774.html>

Sind denn die pädagogischen Mitarbeiterinnen der Einrichtungen einfach überfordert?

Das kann man so pauschal nicht sagen. Allerdings versuchen viele pädagogische Fachkräfte in Kitas und Lehrerinnen und Lehrer durch NOCH mehr Engagement zu kompensieren, was ihnen an Voraussetzungen, Rahmenbedingungen, Unterstützungsmaßnahmen für gelingende Inklusion fehlt- oder vorenthalten bleibt. Das kann auf Dauer nicht gut gehen, auch nicht für die Betroffenen. Stichwort: Burnout. Die Entwicklung der Lehrgesundheit ist alarmierend. Das ist nicht nur für die Betroffenen schlecht, sondern auch für die Kinder.

Oder ist das System einfach auch überfordert?

Beteiligt ist ja nicht nur EIN System, sondern hier spielen viele eine Rolle: unter anderem Bund, Land, Kommune, dann Familie und Lebensumfeld und die dort vorhandenen Ressourcen, Nachbarschaft und Quartier, örtliche Gesundheitsversorgung, soziale u. a. Unterstützungsnetzwerke; die regionale Schulentwicklung spielt eine Rolle und die entsprechenden Inklusionsberatungssysteme; auch die Abstimmung von Förder- und Bildungsplänen entscheidet über das Gelingen oder Misslingen von Inklusion.

Bei dem Thema Inklusion überlagern sich die Systemlogiken der Sozialgesetzbücher V, VIII, XI, die UN-Behindertenrechtskonvention, Bildung und Teilhabe-Rechtsprechung, in Verbindung mit den

länderspezifischen Kinderbetreuungs- und Schulgesetzen.

Grundsätzlich sollte das, was gebraucht wird oder unzureichend zur Verfügung gestellt wird, hartnäckig eingefordert werden. Das kann mal eine stärkere Dezentralisierung von sonderpädagogischer Kompetenz sein, mal Bedarf an Weiterbildung oder Supervision, mal die bessere Ausstattung mit Inklusionshelfern oder ihrer Qualifikation. Die Ausgangslagen vor Ort sind sehr heterogen, genauso wie der Entwicklungsstand in Richtung Inklusion.

Was muss konkret getan werden, damit behinderte Kinder besser inkludiert werden?

Prinzipiell muss jedes beteiligte System seine „Hausaufgaben“ machen. Vorrangig sind die Rahmenbedingungen in den allgemeinen Schulen entsprechend anzupassen; das gilt für die Dezentralisierung von sonderpädagogischer Kompetenz genauso wie für die strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen, die in einer Vielzahl von Schulen auf- oder ausgebaut werden müssen. Qualifizierungs- und Beratungsbedarf muss gedeckt werden, für den Schulalltag sind personelle Ressourcen im Unterstützungsbereich sicherzustellen.

Regional professionelle Schulberatung für Eltern im Umfeld behinderter Kinder zu implementieren, hat sich als sehr hilfreich erwiesen. Vor dem Hintergrund, dass Eltern die Verantwortung für die Schulwahl übernehmen sollen, ist eine solche Schulberatung eine besonders wichtige Informations-

und Beratungsinstitution, die zur Versachlichung beiträgt und Eltern befähigen kann, die für ihr Kind optimale Entscheidung zu treffen

Was sollte der Kinder- und Jugendarzt in diesem Kontext tun?

Er sollte – weiterhin – seine Expertise in die gesundheits- und bildungspolitische Diskussion einbringen, ohne den Entwicklungsprozess zur Inklusion zu gefährden; er sollte keine Probleme suchen, sondern bereit stehen, mit anderen Beteiligten Lösungen zu finden. Die Perspektive von Kindern muss eingenommen werden, ihre Bedürfnisse müssen im Vordergrund stehen.

Das gilt generell genauso wie auf der individuellen Ebene. Hier gilt es, genau auszuloten, welche Bedingungen auf das Kind mit welchen zu erwartenden Konsequenz zukommen und den Eltern als verlässlicher, kompetenter Berater zur Verfügung zu stehen.

Bei der Ermittlung und Beschreibung des individuellen Bedarfs, der sich aus den medizinisch-gesundheitlichen Prämissen ableitet, sind Kinder- und Jugendärzte unbedingt gefragt. Die Schulgesetzgebung vieler Länder sieht eine obligate, z.T. fakultative Beteiligung des Kinder- und Jugendarztes im Gesundheitsamt vor. Manche Empfehlung aus einer Praxis, einer Klinik, einer Spezialambulanz oder aus einem SPZ kann von den adressierten (Sonder-) Pädagogen nicht angemessen „übersetzt“ oder für den Schulalltag umgesetzt werden. Andererseits wollen Eltern ihr Kind sorgenfrei in die Schule schicken und müssen dort eine Betreuung gewährleisten wissen, die den individuellen gesundheitlichen Erfordernissen ihres Kindes gerecht wird.

Ein guter Austausch mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst oder schulärztlichen Dienst des jeweiligen Gesundheitsamts kann sehr dazu beitragen, vor Ort die beste Schullaufbahnentscheidung für das Kind zu treffen und die gesundheitlichen Bedarfe während der Schulbesuchszeit abzustimmen und abzudecken.

Bei alledem tun Kinder- und Jugendärzte gut daran, ihre Schlüs-

seltugenden und- kompetenzen in Anwendung zu bringen: Fachlichkeit, Ehrlichkeit und Partnerschaftlichkeit gerade im Verhältnis zu Eltern; die Fähigkeit, sich in interprofessionellen und Institutionen übergreifenden Strukturen zu verorten und zielorientiert zusammenzuarbeiten. So kommen wichtige Impulse und Beiträge zustande, die notwendige Weiterentwicklungen vorantreiben.

Welche Kinder sind besser in speziellen Förderschulen aufgehoben?

Auch dies ist nicht pauschal zu beantworten. Tendenziell kommen sie am ehesten für die Kinder in Frage, die spezifische Rahmenbedingungen, also etwa aufwändige technische Installationen und Hilfsmittel benötigen. Das sind meist sinnesbehinderte Kinder. Aber wenn solche Standorte aus nachvollziehbaren Gründen beibehalten werden, kann hier das Modell der „reversen Inklusion“ sehr sinnvoll umgesetzt werden, so wie es in der Betty-Hirsch-Schule in Stuttgart praktiziert wird.

Zudem können die vielen chronisch kranken Kinder mit ihren Versorgungsbedarfen leichter und besser inkludiert werden, wenn in der Schule eine Kinderpflegefachkraft vorgehalten wird; hier verweise ich auf das DGSPJ-Eckpunktepapier zum Einsatz von Schulgesundheits-schwestern.

Generell sind ausschließlich körperbehinderte Kinder am einfachsten zu inkludieren. Da hier häufig lediglich bauliche oder organisatorische Erfordernisse umzusetzen sind und sich der Unterstützungsbedarf in der Schule auf konkrete, definierbare Leistungen beschränkt.

Muss man vielleicht auch darüber nachdenken, Inklusion nicht um jeden Preis durchzusetzen?

Entschieden JA, das ist ja unser Thema.

Das heißt aber nicht, dass man den Gedanken an Inklusion aufgibt. Wir müssen am Thema bleiben und Entwicklungen vorantreiben, die sich inklusionsförderlich auswirken. Wir müssen Gelingensbedingungen

vor Ort schaffen bzw. helfen, sie zu implementieren. Wir brauchen Längsschnittevaluation, die uns die Frage beantworten: Wie wirkt sich Inklusion unter welchen Bedingungen individuell und generell aus, was sind Gelingensbedingungen, was sind Störfaktoren? Was ist für Lehrer,

Erzieher, Eltern, Kinder, etc jeweils zu tun an Aus- und Weiterbildung, Netzwerk, Befähigung?

Wir müssen uns mit der Frage beschäftigen, wo und wie man nicht nur sonderpädagogische Kompetenz bekommt, sondern auch die spezifischen Rahmenbedingungen

in der „Peripherie“ der allgemein bildenden Schulen.

Bisher werden vor allem Good-practice-Beispiele gesammelt. Das ist schön, aber reicht allein nicht aus!

Es fehlt an Forschung. Das wird die Aufgabe der nächsten Jahre sein.

ReH

OSKAR hilft: Weltweit einzigartiges Sorgentelefon für Familien mit sterbenskranken Kindern

OSKAR, das weltweit erste 24-Stunden-Sorgen- und Infotelefon für Familien mit unheilbar kranken Kindern, ist seit Juni unter 0800/88 88 47 11 erreichbar. Die Hotline des Bundesverbands Kinderhospiz richtet sich an jene etwa 40 000 Familien in Deutschland, deren schwerstkranke Kinder nur noch eine begrenzte Zeit zu leben haben. „OSKAR schließt eine klaffende Versorgungslücke“, sagte Sabine Kraft, Geschäftsführerin des Bundesverbands Kinderhospiz, beim offiziellen „OSKAR“-Auftritt in Berlin.

OSKAR setzt international neue Standards: Eine Rund-um-die-Uhr-Hotline für Betroffene gibt es in keinem anderen Land der Welt“, so Joan Marston, Geschäftsführerin des Internationalen Netzwerks für Kinderpalliativversorgung ICPCN, anlässlich des OSKAR-Starts.

„Mit OSKAR hat jeder, der für ein lebensverkürzend erkranktes Kind sorgt, jederzeit qualifizierte Ansprechpartner.“

OSKAR richtet sich auch an Eltern, die um ein verstorbenes Kind trauern, sowie an Fachkräfte und Ehrenamtliche aus der Kinderhospizarbeit. Die Hotline ist rund um die Uhr erreichbar – auch an Sonn- und Feiertagen. Anrufe aus dem deutschen Festnetz kosten nichts. Bislang muss sich OSKAR ausschließlich über Spenden finanzieren. Die geschulten OSKAR-Berater können Anrufern nicht nur bei

Sorgen und Nöten zur Seite stehen, sondern sie auch an Fachleute in ihrer Nähe weiterleiten. Dazu greifen sie auf eine eigens angelegte Datenbank zu, in der Tausende Experten aus ganz Deutschland gespeichert sind – von Ärzten über spezialisierte Pflegedienste und Psychologen bis

hin zu Trauerbegleitern. Dies

begrüßte auch der betroffene Vater Bernd

Seitz bei der Projektvorstellung.

Sein achtjähriger Sohn Jean-Paul leidet an einer sehr seltenen, lebensverkürzenden Erbkrankheit und benötigt rund um die

Uhr Pflege. „Unsere

Probleme sind so komplex,

dass ich über jede Unterstützung froh bin. Denn immer wieder steht man völlig hilflos da.“ Kompetente Ansprechpartner zu finden, sei auch mit viel Beharrungsvermögen und Hartnäckigkeit bisher oft schwierig, so Seitz. Und immer wieder sei er nur durch pure Zufälle an Informationen und Hilfe gelangt.



Foto: © Bundesverband-Kinderhospiz

„Immer wieder steht man völlig hilflos da“

Info:

www.oskar-sorgentelefon.de und
www.bundesverband-kinderhospiz.de

Red.: ReH

WEGE ZUR INKLUSION

FRÜHDIAGNOSTIK, FRÜHTHERAPIE, KINDLICHE SOZIALISATION

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

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

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

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

FRÜHDIAGNOSTIK UND FRÜHTHERAPIE AUF DEM PRÜFSTAND

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

KINDLICHE SOZIALISATION, SOZIALE INTEGRATION UND INKLUSION

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

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

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



Editorial Schulverlust

In Deutschland besteht nach Länderrecht Schulpflicht für zehn Schuljahre. Dies geht auf Luther zurück (An Ratsherren aller Städte deutschen Landes, dass sie christliche Schulen aufrichten und halten sollen, 1524). Das Herzogtum Pfalz-Zweibrücken führte 1592 als erstes Territorium der Welt die allgemeine Schulpflicht für Jungen und Mädchen ein. Friedrich der Große erließ die Schulpflicht in ganz Preußen 1763 durch das Generalschulreglement. Während ursprünglich das Ziel war, die Kinder zu fähigen Untertanen zu erziehen, die in Verwaltung und Heer dienen konnten und evtl. auch wirtschaftlich erfolgreich waren, steht heute neben dem Bildungsgedanken des 19. Jahrhunderts und den politischen Gedanken („Staatsbürger“) der soziale Aspekt sehr im Vordergrund: Die Schule ist ein wichtiger Lebensort, in dem Verhaltensweisen sowie Aufbau, Erhalt und Abbruch sozialer Beziehungen eingeübt werden. Unabhängig davon, ob man die Schule reformieren und bessern möchte oder nicht, sie spiegelt in allen ihren sozialen Bezügen die aktuelle Realität des Lebens in Deutschland wider.

Viele Schüler entziehen sich diesem komplexen Beziehungsgefüge und nehmen die Herausforderungen nicht an: Sich im sozialen Kontext gegenüber den Mitschülern zu behaupten, die Anerkennung und Förderung der Lehrer zu erwerben, in den Fächern Leistung zu erbringen und sich im Sport zu bewähren. Wie Professor Heinrich Ricking in seinem 2-teiligen Beitrag „Wenn der Schulbesuch nicht gelingt...“ darlegt (1. Teil siehe KiJuA 8/2015, S. 443 ff.; 2. Teil auf den folgenden Seiten), gibt es frühe Warnzeichen bereits in der Grundschule. Zum tatsächlichen Schulverlust kommt es dann meist erst in der Sekundarstufe. Für uns Kinder- und Jugendärzte heißt es, die frühen Warnzeichen zu erkennen, bei U-Untersuchungen, Besuchen bei zwischenzeitlichen Erkrankungen oder auch, evtl. besonders aufschlussreich, bei Hausbesuchen.

Ganz besonders bedeutsam wird dies aber bei älteren Kindern, wenn Bagatellerkrankungen zu langwierigen Schulabsenzen führen, Schüler Atteste für den Sportunterricht und andere Veranstaltungen fordern, nicht an

Klassenfahrten aufgrund von gesundheitlichen Problemen teilnehmen wollen, die nur schwer nachvollziehbar sind, oder wir auf andere Art und Weise erfahren, dass der Schüler viele Schulstunden und Schultage versäumt hat. Bei Somatisierungsstörungen wird dies häufig dadurch apparent, dass die Fülle der Fehltage angeführt wird, um die Schwere der Erkrankung zu belegen.

In diesem Zusammenhang sind die Eltern darauf aufmerksam zu machen, dass der Schulverlust eine eigene Krankheitsentität ist, die möglicherweise wesentlich bedeutsamer ist, als die angegebenen Befindlichkeitsstörungen, die zum Schulverlust geführt haben. Die fürsorglichen Eltern, die sich Sorgen um die Gesundheit ihres Kindes machen, müssen erkennen, dass sie gemeinsam mit der Schule dem Schulverlust entgegen wirken müssen. Dies kann natürlich nur in Zusammenarbeit mit der Schule, mit den Lehrern und evtl. auch Psychologen und Sozialarbeitern erfolgen. Heinrich Ricking beschreibt ausführlich, wie dies zu erfolgen hat.

Besonders schwierig wird es, wenn die Eltern dem Schulverlust Vorschub leisten und von der Schule nichts Gutes erwarten. Dies geht häufig mit weiteren Problemen einher, die die Entwicklung des Jugendlichen gefährden oder bereits gefährdet haben.

Wir Kinderärzte sollten auf den Schulverlust immer wieder aufmerksam machen, Eltern, Schule, Sozialarbeiter, Psychologen und andere Involvierte darauf stoßen und die große Bedeutung für die weitere Entwicklung des Jugendlichen aufzeigen. Die Gesellschaft erwartet ein „Funktionieren“ des Kindes und Jugendlichen in der Schule. Wenn das nicht der Fall ist, verschlechtern sich die Startchancen des Kindes im Erwachsenenleben dramatisch.

Professor Dr. Hans-Iko Huppertz

Klinikdirektor

Prof.-Hess-Kinderklinik

St. Jürgen-Str. 1

28177 Bremen

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

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in der ersten Septemberwoche hat die Geschäftsstelle den BVKJ-Newsletter (3/2015) mit aktuellen Informationen aus dem BVKJ allen Mitgliedern per E-Mail zugestellt.

Wer der Geschäftsstelle keine E-Mail-Adresse mitgeteilt hat, kann bei Interesse den Newsletter auch auf Einzelanforderung direkt von der Geschäftsstelle erhalten.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Wolfram Hartmann, Präsident BVKJ

Wenn der Schulbesuch nicht gelingt ... (Teil 2)



Prof. Dr.
Heinrich Ricking

Förderung der Anwesenheit und Partizipation

Das zentrale Ziel pädagogischer Prävention von Schulabsentismus besteht in der Verstärkung und Förderung der Anwesenheit und Teilhabe am Schulleben und am Unterricht. Dabei ist hintergründig bedeutsam, dass die Schule nicht nur als Ort betrachtet wird, an dem sich Schüler Fachlektionen abholen, sondern auch als Lebensort, an dem sie viel Lebenszeit verbringen und sich weiter entwickeln. Für die Lebenschancen der Kinder und Jugendlichen ist die Qualität und Angemessenheit der Erziehungs- und Bildungsarbeit an Schulen von entscheidender Bedeutung. Dabei haben sich die Erwartungen an Schule verändert: Die traditionelle Position mancher Schulen, dass sich Schüler bedingungslos ihren Erwartungen anpassen müssen (Wer nicht passt, geht!), ist dabei nicht mehr zeitgemäß und angesichts der Herausforderungen der Inklusion nicht mehr akzeptabel. Im Gegenteil: es ist heute von Schulen zu erwarten, sich auf die zunehmende Heterogenität ihrer Schülerschaft systematisch einzustellen und bedarfsgerecht Unterstützungsangebote vorzuhalten, die Schülern ermöglichen, jene Selbst- und Sozial- und Fachkompetenz auszubilden, die sie für ein selbstbestimmtes Leben sowie eine aktive und partizipierende Daseinsentfaltung benötigen. Es ist dabei plausibel anzunehmen, dass in vielen Schulen desintegrative Kräfte wirken. So stellen ungünstige Lern- und Lebensbedingungen mit einer unzureichend ausgeprägten Schul- und Leistungskultur Risikofaktoren dar, die der Entwicklung aller Kinder abträglich sind. Unsere Gesellschaft nimmt es in Kauf, dass Schule grundlegende soziale und emotionale Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen ignoriert und gerade Schüler, die regelmäßig und überwiegend versagen und an schulischen Anforderungen verzweifeln, psychisch schwer beschädigt (Bundschuh 2003). Schließlich erfahren diese Schüler zudem durch institutionalisierte Selektionsmaßnahmen oft so viel Zurückweisung und Frustration, dass die Distanzierung und selbstgewählte Trennung von schulischen Bezügen nicht verwundern kann. Schulen haben also die Aufgabe, auch Schüler, die am Rande stehen und deren Verhalten eine pädagogische Herausforderung darstellt, zu stärken und einzubinden. In dieser Beziehung stehen zum einen pädagogische und didaktische Lösungen im Mittelpunkt, die in Schulentwicklungsprozessen zu erarbeiten sind. Zum anderen sind materielle und personale Ressourcen einzufordern, um Schule zu einem multidisziplinären Förderort zu machen, an dem z. B. Schulsozialarbeit keine Besonderheit, sondern eine Selbstverständlichkeit ist.

Damit dem zentralen Anliegen der Schule gedient wird, Kindern und Jugendlichen eine gute Entwicklung zu ermöglichen, muss sie stärker vom Kind her gedacht werden. Einige Prinzipien und Leitlinien sollen das verdeutlichen:

- **Wohlfühlen in der Schule:** Die Förderung des psychischen, physischen, sozialen und ökologischen Wohlbefindens eines jeden Schulmitglieds ist als Leitlinie der Schulentwicklung in der Schulkultur verankert. Die Spanne der Ansatzpunkte reicht von ausreichendem Platz und Anregung in den Klassen und auf dem Schulgelände über altersangemessenes rückengerechtes Mobiliar bis zur gesundheitsgerechten Belüftung und Beleuchtung der Klassenräume, damit die Schüler sich während des Unterrichts bewegen, aber auch in separaten Räumen Ruhe finden können (dynamisches Sitzen, Bewegungspausen, Entspannungs- und Entlastungsphasen). Daneben ist für eine gesunde Schulverpflegung gesorgt.
- **Förderung von Lebenskompetenzen:** Integriert in den schulischen Handlungsplan findet sich die frühzeitige Förderung von Lebenskompetenzen, v. a. in den Bereichen Emotionalität, Soziabilität, Sprache und Kognition, Ernährung und Bewegung, um (benachteiligte) Kinder und Jugendliche bei der erfolgreichen Bewältigung der jeweiligen Entwicklungsaufgaben gezielt durch Training oder andere pädagogische Maßnahmen zu unterstützen.
- **Lern- und Entwicklungsbedürfnisse als Leitlinien:** Nicht das Kurrikulum der Fächer ist der Kristallisationspunkt schulischen Handelns, sondern die Lern- und Entwicklungsbedürfnisse sowie die pädagogischen Bedingungen für ein gesundes Aufwachsen der Kinder und Jugendlichen.
- **Öffnung der Schule und Lebensweltorientierung:** Schule darf keine abgeschlossene Institution sein, sondern muss sich der Wirklichkeit und v. a. der Lebenswelt der Schüler öffnen (Kooperationen, außerschulische Lernorte). Sie ist ein Lebensort, an dem Kinder und Jugendliche wichtige positive Erfahrungen machen und eine pädagogisch gestaltete Umwelt vorfinden, die Entwicklung fördert.
- **Zeitgemäße Lehr-Lernkultur:** Die didaktische und methodische Gestaltung des Unterrichts ermöglicht den Schülerinnen und Schülern Spielräume beim Lernen, eröffnet ihnen damit Entscheidungs- und Gestaltungsmöglichkeiten für individuelle Lernwege (Differenzierung, Individualisierung des Unterrichts), fördert Kooperationsmöglichkeiten und soziale Unterstützung untereinander im Unterricht, stellt Lebensweltbezüge her, trennt die Lern- und Leistungsphasen klar und ist transparent in den Kriterien der Leistungsbeurteilung.



Foto: © Knipserrin - Fotolia.com

Basale Förderansätze und -bedingungen

Im Weiteren folgt ein Überblick über einige Leitlinien und Handlungsmöglichkeiten, die günstige Bedingungen für schulische Partizipation schaffen und einschlägige Maßnahmen initiieren (5; 16).

Zielklärung: schulische Partizipation

In der Arbeit mit schulmeidenden Kindern und Jugendlichen sollte allen beteiligten Fachkräften bewusst sein, dass das Ziel nicht nur die physische Anwesenheit der Schüler ist, sondern es vielmehr darum geht, ihnen adäquate Lern- und Entwicklungsprozesse im Kontext Schule zu ermöglichen. Solche Lern- und Entwicklungsfortschritte bedingen Partizipation, und Partizipation bedingt Anwesenheit. Eine hohe Partizipation ist besonders bei denjenigen Schülern anzustreben, die durch Lern- und Leistungsprobleme, einen niedrigen sozialen Status oder andere ungünstige Merkmale schnell zur Risikogruppe für Schulabsentismus gehören (16).

Die Ernsthaftigkeit des Problems wahrnehmen

Verweigern Kinder oder Jugendliche für einen längeren Zeitraum den Schulbesuch, ist dies oftmals ein Anzeichen für die ernsthafte Lage, in der sie sich befinden und aus welcher sie oft ohne externe Hilfe nicht herausfinden. Häufig ist Schulmeidung ein Indikator für eine psychische Störung, die einen pädagogischen und/oder therapeutischen Behandlungsbedarf nach sich zieht(12). Daher ist es von zentraler Bedeutung, dass die immer noch vorhandene Tabuisierung oder Bagatellisierung dieser Problematik überwunden wird. Dem Schulabsentismus muss im Rahmen einer offenen und lösungsorientierten Einstellung die notwendige Aufmerksamkeit zukommen, sodass hilfreiche und angemessene Aktivitäten und Angebote entstehen können.

Warnsignale erkennen

Schulabsentismus ist nicht als situatives Phänomen zu verstehen, sondern als Resultat einer längeren Entwicklung, welche zumeist erst in der Sekundarstufe sichtbar wird, jedoch vielfach bereits in der Primarstufe von negativen Verläufen (zum Beispiel Disziplin Konflikte, Schulversagen) geprägt ist. Daher sind präventive Maßnahmen gezielter Lernunterstützung sowie zur Stärkung sozialer Bindungen bereits in der Grundschule gefordert (7). Der am Verhalten eines Schülers erkennbaren Distanzierung von Unterricht und Schule geht oft eine zeitlich vorgelagerte innere Abwehrhaltung gegenüber schulischen Aktivitäten voraus. Diese wird durch Lernverweigerung oder Rückzug und Gleichgültigkeit gegenüber der Schule zum Ausdruck gebracht. Aber auch wiederholtes Zuspätkommen, deutliche Unter-

- **Leistungsverständnis:** All das bedeutet nicht, dass in der Schule keine Leistungsanforderungen gestellt werden dürfen. Die schädigenden Auswirkungen dauerhafter Versagenserlebnisse auf die Psyche (z. B. negatives schulisches Selbstkonzept) und Motivation (Lernverweigerung, Schulabsentismus, Dropout) sind jedoch zu minimieren. Leistung ist eine individuelle Größe und jeder Schüler hat das Recht auf Erfolg in der Schule im Rahmen seiner Möglichkeiten.
- **Fortbildungen für Lehrkräfte:** Das Kollegium selbst ist durch Fortbildungen geschult, wie ein inklusiver und förderlicher schulischer Alltag umgesetzt werden kann.
- **Interdisziplinarität:** Schule sollte ein Arbeitsort verschiedener Disziplinen sein, die die Ganzheitlichkeit der Förderung repräsentiert und auf die Lernbedürfnisse (z. B. Lehrkraft), die psycho-sozialen Bedürfnisse (z. B. Sozialarbeiter, Psychologe) und die Erfordernisse der körperlichen Gesundheit(-spflege) (z. B. Krankenschwester, -pfleger) einzugehen vermag.

In präventiver Hinsicht geht es somit nicht darum die eine eventuell passende Maßnahme zu implementieren, sondern Schule als komplexe Wirkungseinheit zu verstehen, die von Schülern als angenehmer und hilfreicher Ort verstanden werden sollte, an dem man sich wohlfühlen kann und zufrieden ist. Schüler, die sich in der Schule akzeptiert fühlen, in ihre sozialen Prozesse eingebunden sind und durch ihr Handeln Bestätigung erfahren, gehen zumeist gerne zur Schule und haben kaum Gründe in Muster von Meidung zu fliehen. Schulen sollten gegebene pädagogische Freiräume deutlicher als bisher nutzen, ihren pädagogischen Anspruch bezüglich der Anwesenheit und Partizipation von Schülern definieren und offen legen (7; 16).

richtsstörungen (eventuell als Zeichen einer inhaltlichen oder sozialen Abkopplung) oder unangemessen lange Fehlzeiten aufgrund von Bagatelkrankheiten (die als Initial für Meidungsverhalten mit psycho-somatischen Anteilen verstanden werden können) liefern Hinweise auf eine tiefergehende Problematik. Anzeichen einer emotionalen Störung sind gegeben, wenn eine zwanghafte Unfähigkeit zum Schulbesuch die Schulmeidung bedingt, der Schüler in der elterlichen Wohnung verbleibt, Körpersymptome beklagt und/oder schwere emotionale Ausbrüche bei anstehendem Schulgang zu beobachten sind (4). In diesem Fall ist eine diagnostische Abklärung erforderlich und bei einem ungünstigen Verlauf ist oftmals eine stationäre Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie indiziert. Die aufgeführten Verhaltensmuster sollten als Warnsignale registriert werden, die in Schulabsentismus zu eskalieren drohen, und Problemklärungen sowie Interventionen benötigen.

Sozialkompetenz fördern

Eine hohe Sozialkompetenz ist ein unabdingbares Kriterium für schulische und gesellschaftliche Integration. Heranwachsende benötigen kommunikative Fähigkeiten und Problemlösestrategien, damit Konflikte angemessen und gewaltfrei gelöst werden können und Auseinandersetzungen nicht ständig eskalieren, gewalttätig werden oder mit Meidungsverhalten quittiert werden (2). Verschiedene Präventionsmaßnahmen (zum Beispiel Klassenrat) und Förderprogramme zur Förderung des Sozialverhaltens oder zum Abbau von Aggressionen und Gewalt haben Eingang in die schulische Praxis gefunden, beispielsweise universell-präventive Programme wie „Lubo aus dem All“ (6).

Gründliche Fallklärung

Die Motive und Problemlagen, die Ursache für Schulabsentismus sind, können genauso wenig vereinheitlicht werden, wie die Verhaltensweisen der Schüler, damit umzugehen. Daher ist vor Auswahl der Intervention eine gründliche Fallklärung geboten. Schulmeidende Verhaltensmerkmale beim Schüler, die dem dissozialen Spektrum in Verbindung mit einer schulfernen Genese zuzurechnen sind, erfordern beispielsweise oftmals Maßnahmen, die die Kooperation von Jugendhilfe und Schule bedingen (16).

Gewöhnungsprozesse unterbinden

Gewöhnungsprozesse durch lange Fehlzeiten sollten möglichst schnell unterbunden werden. Zumeist ist es nicht sinnvoll, Schulpflichtige langfristig krank zu schreiben oder zu entschuldigen (12). Wenn eine pädagogische und/oder psychotherapeutische Intervention indiziert ist, sollte diese umgehend erfolgen. Schulen müssen stets zeitnah auf unerlaubte Fehlzeiten reagieren, beispielsweise durch ein Telefonat mit den Erziehungsberechtigten (noch am gleichen Vormittag) oder (wenn möglich) auch durch das Aufsuchen oder

Abholen des Schülers Zuhause. Die Klassenlehrkraft sollte während des gesamten Prozesses einen positiv-unterstützenden und tragfähigen Kontakt zu den Erziehungsberechtigten herstellen und aufrecht halten.

Intensive Elternkooperation

Eines der effektivsten Mittel zur Absentismusprävention und -intervention ist die enge Kooperation zwischen Eltern und Lehrern. Eltern und Lehrer sollten Vereinbarungen treffen, die den Austausch strukturieren und damit die Basis für eine gesicherte Interaktion und Verbindlichkeit schaffen (17). Um negativen Kreisläufen gegenseitiger Vorwürfe entgegenzuwirken, sollten stets auch Entwicklungsfortschritte und Zielannäherungen thematisiert werden. Regelmäßige Kontakte mit den Eltern von Risikoschülern können eine positive Basis schaffen und einer kritischen Beziehungsaufnahme erst im Krisenfall vorbeugen (18).

Schüler und Eltern beraten

Schüler, die nur unregelmäßig die Schule besuchen, haben oft einen ausgeprägten Beratungsbedarf. Sie benötigen Informationen und Unterstützung zur Lösung ihrer Probleme, um Verhaltensalternativen (zu Flucht- oder Meidungshandlungen) entwickeln zu können. Der Begriff Beratung bezeichnet dabei Interaktionen, in denen Problemlösungen diskutiert werden oder eine Verbesserung der Handlungskompetenz des Ratsuchenden angestrebt wird (14). Mithilfe von Beratung können herausfordernde Situationen vom Schüler anders interpretiert und neue Optionen für das eigene Verhalten erkannt werden. Auch im Kontext von Elternkooperation stellt Beratung auf formeller wie informeller Ebene eine unentbehrliche Methode dar (17). Insbesondere in schwierigen Beratungsgesprächen mit Eltern, die der Problematik des unregelmäßigen Schulbesuchs ihres Kindes oft hilflos gegenüberstehen, kann eine lösungsorientierte Herangehensweise eine geeignete Methode sein. Bei der lösungsorientierten Beratung wird zwar das Problem benannt und bewusst umschrieben, im Vordergrund steht jedoch die Arbeit an den Zielen und Ressourcen der Person, sowie den Ratsuchenden zu bestärken, die eigenen Fähigkeiten zu nutzen, um wirksam Veränderungsprozesse einzuleiten (19).

Gezielte Interventionen

Ausgehend von einer diagnostischen Einschätzung sollten bei Schulabsentismus entsprechende Maßnahmen ergriffen werden, die eine umgehende Reintegration des Schülers ermöglichen. Im Falle von phobischen Störungen haben sich behavioral-kognitive Ansätze in Verbindung mit einer psychotherapeutischen Behandlung bewährt (10); bei vorwiegend familialer Problematik sind Maßnahmen seitens der Jugendhilfe oder auch familienunterstützender Dienste angezeigt. Viele Schulen verlassen sich bei übermäßigen Fehlzeiten eines Schülers vorwiegend auf die Ahndung mit formal-

rechtlichen Handlungsschritten durch das in den Schulgesetzen kodifizierte Ordnungswidrigkeitsverfahren. Dabei ist es grundlegend, dass Schule alle pädagogischen Handlungsoptionen in ihrem Verantwortungsbereich ausschöpft, bevor Hilfe von außen initiiert oder eine rechtliche Maßnahme ergriffen wird. Die schulische Teilhabe sollte gezielt gefördert werden, denn eine erzwungene Anwesenheit führt selten zu lernförderlichem Verhalten oder zur Lernbereitschaft im Unterricht (15).

Interventionen bei angstbedingter Schulmeidung

Angsterleben minimieren

Seit der Reformpädagogik werden Forderungen nach „angstfreiem Lernen“ in Schule gestellt, zum Beispiel durch Abschaffung von Leistungsdruck, Zensuren und sonstigen Bedrohungsfaktoren. Als pädagogische Zielsetzungen werden heute die Akzeptanz eines gewissen Maßes an Angsterleben, aber gleichzeitig auch die Entwicklung von Gegenkräften und die Förderung von angemessenen Bewältigungsstrategien genannt. In der Regel ist es erforderlich, dass sich Schüler mit ihrem Angsterleben aktiv auseinandersetzen, um Verdrängung und Vermeidung zu überwinden. Daher ist es wichtig, eine realistische und konstruktive Auseinandersetzung mit dem Phänomen Angst in der Schule zu ermöglichen. Eine umfassende Analyse der Bedingungsstruktur ist unabdingbar. Wenn die das Kind belastenden Angstfaktoren außerhalb der Schule liegen, ist eine enge Kooperation zwischen Eltern und Schule erforderlich. Der pädagogische Alltag reicht dann oft nicht aus, um dem Schüler substanziell zu helfen. Handelt es sich um eine ausgeprägte emotionale Störung mit zwanghaftem Meidungsverhalten, sind therapeutische Hilfen indiziert. Unter Umständen kann die Lehrkraft unterstützend tätig sein, indem sie zum Beispiel einen Therapeuten einschaltet. Ist eine stationäre Unterbringung des Kindes vorgesehen, obliegt es den Eltern und Lehrkräften, das Kind zu begleiten und ihm zu verdeutlichen, dass es weiterhin zur Klasse und Schule gehört. Vor diesem Hintergrund sind die Übergänge von der Schule in die Einrichtung und von der Einrichtung zurück in die Schule bedürfnisorientiert und in Abstimmung mit dem therapeutischen Behandlungsplan zu gestalten (13).

Schulbedingte Ängste sollten in der Schule pädagogisch aufgegriffen, bearbeitet und gemindert werden. Ist die Angst durch Mobbing verursacht, muss von Lehrkräften und Mitschülern eine möglichst klare Haltung eingenommen werden, die sich deutlich gegen Mobbing als Form brutaler Gewalt stellt. Zudem ist es wichtig, das Thema Mobbing im Kollegium und in der Klasse anzusprechen, zu diskutieren und Schüler zu ermutigen, Vorfälle zu berichten. Die Lehrkraft fungiert als ein positives Modell (auch Mobbing durch Lehrer ist ein Thema) und sorgt dafür, dass Verhaltensstandards etabliert werden, damit ein Einstieg in negative Interaktionsmuster wie Beleidigung oder Auslachen weitgehend unterbleibt (9).

Strategien im Umgang mit Angst

- Ein positives Schul- und Klassenklima gestalten.
- Einen wertschätzenden und sozialen Umgang miteinander schaffen.
- Die Lehrkraft und andere nahe Erwachsene sind positive Modelle.
- Schüler über Angst und Angststörungen informieren, zum Beispiel mit der Info-Broschüre „Nur keine Panik!“
- Verhaltensstandards festlegen und durchsetzen: Die Schüler haben Klassenregeln zu beachten, da diese Sicherheit schaffen.
- Beleidigungen, Beschimpfungen, Hänseleien, Auslachen und Bloßstellungen sind eindeutig zu unterlassen.
- Drohen mit körperlichen Übergriffen (zum Beispiel Verprügeln) sowie Nötigung sind verboten.
- Beschwerden der Schüler sind ernst zu nehmen.
- Unterschiedliche Beschwerdemöglichkeiten sind anzubieten (Briefkasten, Telefon, E-Mail, ...).
- Die Schüler sollten ermutigt werden, von Angstsituationen oder Mobbingattacken zu erzählen.
- Die Themen Angst und Mobbing sollten zum Unterrichtsgegenstand gemacht werden, beispielsweise in Form eines Schul- oder Klassenprojektes.

Förderprogramm FREUNDE

FREUNDE von Barrett et al.(1) ist ein Trainingsprogramm zur Primärprävention von Angst und Depression. Die teilnehmenden Kinder und Jugendlichen sollen soziale Kompetenzen und Problemlösestrategien erwerben, um solche herausfordernden emotionalen Situationen zu bewältigen. Zusätzlich werden die Eltern mit einbezogen, damit sie ihre Kinder konstruktiv unterstützen können. Das Programm wird in einer Kinderversion (7–11 Jahre) und einer Jugendversion (12–16 Jahre) angeboten, die jeweils aus zehn Kinder- oder Jugendsitzungen und vier Elternsitzungen bestehen. Eine klare Theoriebasis und eine relativ umfassende Evaluation mit guten Ergebnissen stützen dieses Förderprogramm. Es ist zielgerichtet strukturiert, methodisch durchdacht und gut in der Schule umsetzbar. Die Gruppengröße sollte 12 Teilnehmer nicht übersteigen, bei größeren Gruppen sind zwei Gruppenleiter einzusetzen. Eine Sitzung dauert 45–60 Minuten und sollte mindestens einmal wöchentlich durchgeführt werden, sodass sich die Trainingszeit auf etwa drei Monate summiert. Mit zwei Auffrischungssitzungen werden langfristige Effekte unterstützt. Das Gruppenleitermanual wie auch das Arbeitsbuch für die Kinder sind ansprechend gestaltet.

Interventionen bei Schulversäumnissen mit Elternbilligung

Besonders schwierig gestalten sich Fälle, bei denen die Initiative zum Schulversäumnis von den Erziehungsberechtigten ausgeht, denn dabei wird die Zielvorstellung einer partnerschaftlichen Kooperation zwischen Schule und Eltern ins Gegenteil gekehrt. Bezüglich des Schulabsentismus mit Duldung oder Zustimmung der Eltern gibt es nur unzureichende wissenschaftliche Erkenntnisse, während die Prävalenz dieser Muster wahrscheinlich unterschätzt wird. Unter den Begriffen Zurückhalten oder Fernhalten werden derzeit Schulversäumnisse zusammengefasst, die in ihrer Entstehung und Motivation sehr weit auseinander gehen (16). Interventionen sind daher zumeist individuell auf den Fall abgestimmt und oft nicht allein von der Schule zu bewältigen. Durch Beratung und Einbeziehung der Eltern in schulische Prozesse kann ihnen die kulturelle, wirtschaftliche und soziale Relevanz des Schulunterrichts für das zukünftige Leben der Kinder aufgezeigt werden. Bestehen vorwiegend erzieherische Schwierigkeiten im familialen Feld, ist es sinnvoll, mit Mitarbeitern des Jugendamtes zu kooperieren und geeignete Maßnahmen miteinander abzustimmen.

Schulische Maßnahmen, die sich gegen illegitime Versäumnisse richten, sind ohne die von Eltern klar artikuliert Erwartung des regelmäßigen Schulbesuchs meist aussichtslos. Daher ist es besonders für Fälle dieser Rahmung relevant, professionelle sozialpädagogische Hilfe hinzuziehen, um die Voraussetzungen für eine intensive Elternarbeit zu schaffen. Zudem erscheint es hilfreich, in Elterngesprächen die Bedeutung der Schule und eines Bildungsabschlusses für den Schüler hervorzuheben. In begründeten Fällen können auch die Einleitung eines Bußgeldverfahrens oder anderer rechtlicher Schritte gegen die Erziehungsberechtigten gerechtfertigt sein. Die gemeinsame Erziehungsaufgabe von Eltern und Schule kann durch beidseitige Kooperation mit Blick auf ein Ziel, wie die bestmögliche Entwicklung des Schülers, erfüllt werden (17, 18).

Fachdienstliche Kooperation

Kinder und Jugendhilfe

In Fällen schulferner Genese oder massiver Intensität sind kooperative Hilfen angezeigt. Diese gemeinsame Unterstützung erfolgt besonders schnell und effektiv, wenn sowohl strukturelle als auch personale Netzwerke existieren. Eine Vernetzung von entsprechenden Institutionen (vor allem Jugendhilfe, Schule und Kinder- und Jugendmedizin) ist für eine wirksame Zusammenarbeit und gezielte, professionelle Hilfeleistung von zentraler Bedeutung. Dieselben Schüler benötigen nicht selten aufgrund ihrer Lebens- und Lernsituation sozial- und schulpädagogische Hilfen, sodass

eine Kooperation verschiedener Dienste teilweise zur Verknüpfung der pädagogischen Ziele führt. Schulen wenden sich vor allem an den Fachdienst Jugend oder das Jugendamt, wenn die häufigen Fehlzeiten mit familialen Problemlagen in Verbindung stehen oder eine Gefährdung des Kindeswohls anzunehmen ist (3). Die Personensorgeberechtigten sind dabei frühzeitig zu informieren. Erst wenn eine konkrete Gefährdung des Kindes besteht und die Eltern nicht kooperieren wollen, können familiengerichtliche Maßnahmen eingeleitet werden. Auf Seiten der Jugendhilfe bieten sich diverse Formen der Intervention an, die individuell auf den Fall angewandt werden, beispielsweise ambulante Beratung, Vermittlung von Freizeitangeboten und ambulante oder teilstationäre Jugendhilfemaßnahmen. Auf der Basis des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) sind folgende Leistungen optional:

- Förderung der Erziehung in der Familie (§ 16 SGB VIII) durch Beratung und Bildung
- Erziehungsberatung (§ 28 SGB VIII)
- Erziehungsbeistand und Betreuungshelfer (§ 30 SGB VIII)
- Sozialpädagogische Familienhilfe (§ 31 SGB VIII)
- Soziale Gruppenarbeit (§ 29 SGB VIII)
- Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35a SGB VIII)
- Betreuung und Versorgung des Kindes in Notsituationen (§ 20 SGB VIII)

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Ist das schulmeidende Verhalten wesentlich auf eine psychische Störung zurückzuführen, dann ist eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung notwendig. Da dies bei einem beträchtlichen Teil der Schüler mit sehr unregelmäßigem Schulbesuch der Fall ist, stellt die Kinder- und Jugendpsychiatrie einen wichtigen Kooperationspartner dar. Generell wird zur Behandlung von schwerwiegenden emotionalen Störungen mit Schulmeidungsverhalten eine therapeutische Behandlung beim Psychologen oder Kinder- und Jugendpsychiater empfohlen. Differenzierter betrachtet geht es dabei weniger um Schüler mit einer sozialen Störung in Verbindung mit Schulschwänzen, sondern um emotionale Störungen, die sich im Kontext von Angst und Depression entwickeln und bewirken, dass sich Schüler aus alltäglichen Lebensbezügen zurückziehen und so auch die Schule kaum noch aufsuchen (10, 12, 13). Die Störungsbilder, die mit dem schulmeidenden Verhalten in Verbindung stehen, sind vielfältig, was eine genaue diagnostische Abklärung voraussetzt, z. B.:

- Depressive Störung, neurotische Depression, depressive Episode (F32, F33, F34.1)
- Soziale Phobie (F40.1)
- Panikstörung (F41)
- Generalisierte Angststörung (F41.1)
- Angst und Depression, gemischt (F41.2)

- Zwangsstörung, überwiegend Zwangsgedanken (F42.0), überwiegend Zwangshandlungen (F42.1)
- Persönlichkeitsstörung (z.B. F60.3, F60.6)

Die Ansätze, nach denen in der Therapie gearbeitet wird, entsprechen den in Psychologie und Medizin favorisierten Denkschulen und umfassen zum Beispiel systemische Beratung, Gesprächstherapie, Spieltherapie, analytische Psychotherapie oder Verhaltenstherapie.

Aus verhaltenstherapeutischer Perspektive ist eine möglichst baldige Reintegration des Schülers in die Schule anzustreben. Im Bereich schulischer Angst und phobischen Störungen stehen Maßnahmen im Mittelpunkt, die eine Konfrontation des Schülers mit dem angstauslösenden Reiz unter unterschiedlichen Modalitäten herbeiführen. Dazu werden Desensibilisierungstechniken als Mittel der Gegenkonditionierung genutzt, die den Patienten mit abgestuften Potentialen (Angsthierarchien) des angstauslösenden Reizes graduell konfrontieren. Diese Methodik zielt darauf ab, die Angst des Kindes schrittweise durch eine Annäherung an die Angstquelle abzubauen. Währenddessen entsteht eine modifizierte Wahrnehmung und kognitive Umstrukturierung hinsichtlich des Reizes. Die systematische Desensibilisierung funktioniert durch die tatsächliche oder symbolische Darstellung eines angstvollen Reizes in zeitlich kurzem Abstand zu Reaktionen, die inkompatibel mit der Angst sind. Diese wird reduziert, wenn der Schüler lernt, in Situationen, die zuvor angstbesetzt waren, positive Gefühle zu entwickeln, und auf diese Weise die Verknüpfung zwischen den Reizen und der Angst gemildert wird. Die Therapie beginnt mit Entspannungsverfahren, woraufhin eine Hierarchie von angsteinflößenden Situationen erstellt wird. Bei der Desensibilisierung wird mit der am wenigsten angstbesetzten Situation begonnen, die sich der Patient in entspannter Lage vorstellt. Man fährt dann entsprechend der in der Hierarchie beschriebenen Situationen fort, wobei in-sensu-Aufgaben sukzessive von in-vivo Konfrontationen abgelöst werden. Kombiniert wird diese Technik mit Verstärkerverfahren sowie mit Spieltherapie bei jüngeren Schülern. Der Schulmeidende lernt so langsam, die Angst vor der Schule oder bestimmten Schulsituationen zu überwinden, wieder mit dem Bus zur Schule fahren zu können oder die Schulhofsituation bedrohungsfrei zu erleben. Wartezeiten von mehreren Monaten in Kliniken und Praxen erschweren jedoch oftmals die notwendige zeitnahe Behandlung.

Fazit für die Praxis

Dass der Prävention von unerlaubten Schulversäumnissen eine enorme Bedeutung im Bildungswesen zukommt, ist mittlerweile erkannt geworden. Die Bildungsbeteiligung der Heranwachsenden wird zu einer Zukunftsfrage unserer Gesellschaft. Schulabsentismus ist, wenn es auch zumeist als individuelles Problem betrachtet wird, ein konkreter Indikator für die Integrationskraft der Schulen und unserer Gesellschaft. Die positiven Erfahrungen in der pädagogischen Praxis sowie die theoretischen und empirischen Fortschritte in der Forschung ergeben ein zunehmend deutlicheres Gesamtbild von Erklärungen und Handlungsoptionen. Dabei haben Schulen die Möglichkeit, auch für schwächere und marginalisierte Schüler einen Lern- und Lebensraum zu schaffen, der sie aktiv teilhaben lässt und Schule positiv erlebbar macht. In Zukunft sollten die zusammengetragenen Kenntnisse zu einer umfassenden Anwendung in der Schulwirklichkeit führen, sodass die schulische Bildung für möglichst viele Schüler von einer positiven psycho-sozialen Entwicklung begleitet wird. Zudem zeigt sich deutlich, dass allein repressive Maßnahmen nicht ausreichen, um Versäumnisse zu verhindern. Trotzdem wird der Entzug des Kindergeldes für die Eltern von Kindern und Jugendlichen mit übermäßigen Schulversäumnissen bereits öffentlich diskutiert und sogar Arreststrafen für diese Schüler umgesetzt. Viel eher ist jedoch geboten, in der Schule, beim Schüler, bei den Eltern und in der Gemeinde Bedingungen dafür zu schaffen, dass sich die Lernfreude, die Anwesenheit in der Schule, die Teilhabe am schulischen Geschehen und der persönliche Lerngewinn positiv entwickeln können. Weiterhin wird klar: Wirksame Prävention kann nicht durch allein stehende Maßnahmen erreicht werden, sondern erfordert eine systematische Ausrichtung innerhalb einer positiven Schulkultur.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzanschrift
Prof. Dr. Heinrich Ricking
Universität Oldenburg
Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik
26111 Oldenburg
Tel.: 0441/798-3799
E-Mail: heinrich.ricking@uni-oldenburg.de

Red.: Huppertz

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.

Highlights aus Bad Orb ●●●

Das Kind mit Stridor

Unter einem Stridor (lat. stridere: zischen, pfeifen, sausen) versteht man ein pfeifendes, raues oder röchelndes Atemgeräusch, das durch Turbulenzen des Luftstroms an einer Engstelle des Atemwegs entsteht. Physikalisch liegt dem Geräusch der Venturi-Effekt zugrunde: in einem luftdurchströmten Röhrensystem kommt es an einer Engstelle zu einer Zunahme der Flussgeschwindigkeit, was wiederum den Übergang von einer laminaren zur turbulenten Strömung begünstigt. Zusätzlich entsteht an der Engstelle ein Unterdruck, der bei instabilen Wandverhältnissen eine Zunahme der Enge bewirkt (Abb. 1).



Prof. Dr.
Joachim Freihorst

Ein schnüffelndes oder karchelndes Atemgeräusch, das auf eine Behinderung im Bereich des Nasopharynx hinweist, wird bisweilen auch als Stertor (lat. stertere: schnarchen) bezeichnet. Das bei einer obstruktiven Bronchitis oder beim Asthma bronchiale in den peripheren Atemwegen entstehende expiratorische Geräusch wird als Giemen bezeichnet.

Ein Stridor kann prinzipiell im gesamten Atemweg entstehen. Bei einer extrathorakal gelegenen Engstelle entsteht ein überwiegend inspiratorisches Geräusch, bei einer intrathorakalen Lage ein eher expiratorischer oder biphasischer Stridor (Abb. 2).

Dies erklärt sich durch die unterschiedlichen Druckgradienten zwischen Atemweg und Pleuraraum bzw. Außenluft während In- und Expiration: in der Expirationsphase ist der intrathorakale Druck höher als der Atemwegsdruck und wirkt so aggravierend auf eine intrathorakale Stenose, während diese in der Inspiration aufgespannt wird; eine extrathorakale Stenose wird hingegen während der Inspirationsphase durch den Unterdruck im extrathorakalen Atemweg gegenüber der Außenluft verstärkt und in der Expirationsphase aufgedehnt (Abb. 3).

Generell treten Atemnebenegeräusche aufgrund der anatomischen Dimensionen bei Säuglingen und Kleinkindern sehr viel häufiger auf als bei größeren Kindern und Erwachsenen.

Unter klinischen Gesichtspunkten ist es sinnvoll, zunächst einen akut aufgetretenen Stridor von einem persistierenden oder rekurrenden Stridor zu unterscheiden. In beiden Fällen gilt der Grundsatz „Häufiges ist häufig, Seltenes ist selten“ – dennoch müssen auch seltenere Ursachen differenzialdiagnostisch erkannt werden.

Akuter Stridor

Häufigste Ursache für einen akut auftretenden Stridor im Säuglings- oder Kleinkindesalter ist der Krupp (Stenosierende Laryngotracheitis, früher: Pseudokrupp). Meist finden sich Zeichen eines Atemwegsinfektes mit dem typischen bellenden Husten, der heise-

ren Stimme und dem mehr oder weniger ausgeprägten, überwiegend inspiratorischen Stridor. Hohes Fieber ist eher untypisch, die Kinder wirken selten schwer krank.

Bei einem septischen, schwer beeinträchtigten Kind mit hohem Fieber ist differenzialdiagnostisch an eine bakterielle Tracheitis oder einen Retropharyngeal- oder Peritonsillarabszess zu denken. Die früher wichtige Differenzialdiagnose der bakteriellen Epiglottitis ist seit Einführung der Hämophilus influenza (HIB)-Impfung sehr selten geworden.

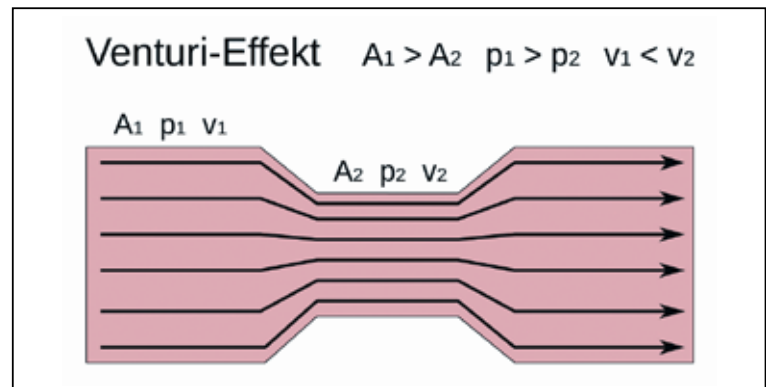


Abb.1: Flussbeschleunigung und Unterdruck an einer Engstelle

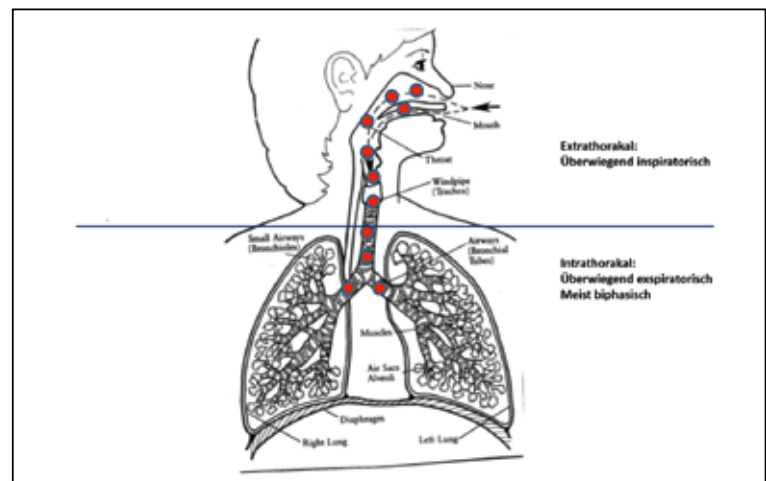


Abb. 2: Extra- und intrathorakaler Atemweg

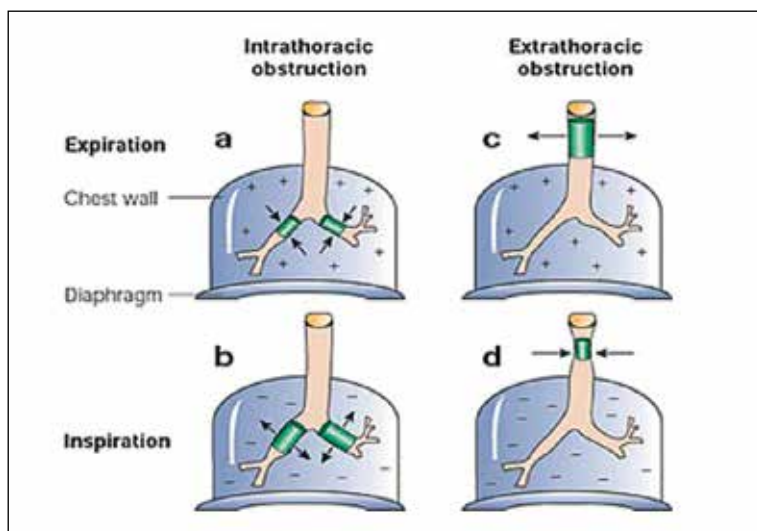


Abb. 3: Druckverhältnisse bei extra- und intrathorakaler Obstruktion

Abzugrenzen vom typischen infektbedingten Krupp ist der sog. „Spasmodic Croup“, der ohne Infektzeichen plötzlich, meist nachts, auftritt und häufig eine allergische Genese hat.

In der Anamnese sollte immer nach einer möglichen Fremdkörperexposition gefragt werden. Obwohl eine Fremdkörperaspiration bei Kindern (Erdnüsse!) meist zu einer Lokalisation im Bronchialsystem führt, können im Hypopharynx steckende Fremdkörper oder auch eine im Larynxeingang steckende Fischgräte einen inspiratorischen Stridor hervorrufen, selten auch einmal ein im Oesophagus steckender Fremdkörper durch Druck von hinten auf die Trachea.

Differenzialdiagnostisch zu bedenken ist auch eine anaphylaktische Reaktion oder ein Angioödem im Rahmen eines C1-Esterase Inhibitor-Mangels. Traumatische Läsionen im Larynxbereich, z.B. unfallbedingt oder nach Rauchgasinhalation sind meist anamnestisch klar zu erfassen. Bei Jugendlichen mit einem akut aufgetretenen Stridor muss immer auch an eine Dysfunktionelle Atemstörung gedacht werden (VCD, Vocal Cord Dysfunction).

Tab. 1 fasst die wichtigsten differenzialdiagnostischen Überlegungen zusammen:

- Infektzeichen?
- Wenn ja: Typischer Krupp?
- Kind septisch/schwer krank: bakt. Tracheitis, Abszess, (Epiglottitis)
- Wenn nein: Spasmodic Croup?
- Fremdkörper?
- Anaphylaxie? Angioödem?
- Funktionelle Atemstörung?
- Trauma?
- Alter des Patienten ?

Tab. 1: Differenzialdiagnostische Überlegungen bei akutem Stridor

Entscheidend für das weitere Vorgehen ist die initiale Einschätzung des Schweregrads der Beeinträchtigung (Tab. 2). Zeichen einer schwerwiegenderen Beeinträchtigung sind ein nicht nur bei Aufregung, sondern auch in Ruhe auftretender Stridor sowie Dyspnoezeichen wie interkostale Einziehungen und Nasenflügel. Ein biphasischer Stridor mit einer in- und expiratorischen Komponente deutet entweder auf eine hochgradige Stenose der extrathorakalen Atemwege hin, ist andererseits aber auch typisch für eine Stenose der intrathorakalen Trachea mit einer prominenten expiratorischen und dezenteren inspiratorischen Phase. Eine Zyanose ist immer ein Alarmzeichen und deutet auf eine hochgradige Stenose hin. Höchste Gefahr besteht, wenn ein verminderter Lufteintritt zu einem Leiserwerden oder gar Verschwinden des Stridors führt und das Kind bereits somnolent ist.

- Ruhestridor?
- Inspiratorisch/biphasisch?
- Dyspnoezeichen?
- Zyanose?
- Lufteintritt?
- Bewusstseinszustand?

Tab. 2: Initiale Einschätzung bei akutem Stridor

Die Erstmaßnahmen beim akut aufgetretenen Stridor sind zunächst unabhängig von der Ursache (Tab. 3). Wichtig ist es, Ruhe zu bewahren und das Kind möglichst wenig zu belasten („minimal handling“). Bewährt hat sich eine Sauerstoffvorlage, möglichst auf dem Schoß eines Elternteils. Je nach Schweregrad kann initial eine Adrenalinverneblung durchgeführt werden, die zur raschen Besserung führt, wenn eine Schleimhautschwellung ursächlich für den Stridor ist. Bei stark beeinträchtigten Kindern muss zügig eine Intubation vorbereitet werden, wenn möglich mit Unterstützung eines Anästhesieteams. Im Extremfall kann eine Tracheotomie lebensrettend sein. Die weiteren diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen richten sich dann nach der vermuteten Ursache des Stridors. Eine endoskopische Notfall-Diagnostik ist in den meisten Fällen nicht notwendig, sie ist mit einem erheblichen Risiko verbunden und sollte nur von einem erfahrenen Team incl. anesthesiologischer Unterstützung durchgeführt werden. Laboruntersuchungen sind initial i.d.R. nicht notwendig und können das Kind eher beeinträchtigen.

- Ruhe bewahren, minimal handling
- O2- Vorlage (Eltern)
- Adrenalin: 0,5 ml/kg bis max. 5 ml der 1:1000 Lösung über Kompressions-Vernebler mit O2 über Maske; ggf. nach 30 min. wiederholen
- Ggf. Intubationsvorbereitung
- Weitere Maßnahmen je nach Ursache

Tab. 3a: Erstmaßnahmen bei akutem Stridor und beeinträchtigtem Kind (s. Text)

- Feuchte, kühle Frischluft (bei geringer Symptomatik und Spasmodic Croup, nicht evidenzbasiert)
- Kortikosteroide (keine Sofortwirkung!):
 - Prednison-Supp. 50-100 mg (für zu Hause geeignet)
 - Dexamethason 0,6 mg/kg p.o.
 - Budesonid-Suspension 2 mg über Kompressions-Vernebler (nicht als Dosieraerosol!)

Tab. 3b: (Weitere) Maßnahmen bei Krupp

Persistierender/rekurrierender Stridor

Häufigste Ursache für einen persistierenden oder rekurrenden Stridor im Säuglings- und Kleinkindesalter ist die Laryngomalazie. Diese lässt sich meist schon klinisch aus dem typischen hochfrequenten, ziehenden Stridor, der sich bei Aufregung verstärkt, diagnostizieren. Hilfreich sind hier von den Eltern angefertigte häusliche Video-Aufnahmen. Bei typischer Präsentation und einem unbeeinträchtigten Kind mit regelrechtem Gedeihen sind keine weiteren Maßnahmen erforderlich, eine entsprechende Aufklärung der Eltern und Beobachtung des weiteren Verlaufes genügt. Bei untypischer Symptomatik wie stärkerer Dyspnoe, Zyanose, Asphyxieereignissen oder einer expiratorischen Komponente des Stridors ist eine weitere, zunächst endoskopische Abklärung indiziert. Im Einzelfall kann auch einmal die elterliche Beunruhigung eine Indikation zur Endoskopie sein.

Eine therapeutischer Eingriff im Sinne einer Supraglottoplastik (Abb. 4) wird selten notwendig, wenn stärkere Dyspnoe, Ernährungsprobleme oder eine Gedeihstörung vorliegen.



Abb. 4: Supraglottoplastik bei hochgradiger Laryngomalazie (Prof. C. Sittel, Klinikum Stuttgart)

Wenn die Symptomatik nicht typisch für eine Laryngomalazie ist, müssen weitere Differenzialdiagnosen erwogen werden. Wie immer, ist auch hier eine sorgfältige Anamnese und gründliche klinische Untersuchung von entscheidender Bedeutung (Tab. 4a/b) und erlaubt oft schon eine Eingrenzung der infrage kommenden Diagnosen.

- Alter?
- Kontinuierlich/episodisch?
- Variabilität: Lage, Schlaf, Aufregung, Füttern?
- Asphyxieereignisse?
- Vorerkrankungen: postpartal, Operationen?
- Schluckstörungen, Husten?
- Andere übergeordnete Erkrankungen, Syndrom?
- Stridor rein inspiratorisch oder biphasisch?
- Charakter: nasopharyngeal, laryngeal, tracheal?
- Lageabhängigkeit? (ggf. Esmarch-Handgriff !)
- Dyspnoe, (Zyanose)?
- Nahrungsaufnahme beeinträchtigt ?
- Körperliche und psychomotorische Entwicklung?
- Kutane Hämangiome?
- Sonstige Auffälligkeiten?

Tab. 4a/b: Wichtige anamnestische und klinische Aspekte bei bei persistierendem/rekurrierendem Stridor

Zur definitiven Abklärung ist eine Atemwegsendoskopie die entscheidende Maßnahme, weitere Diagnostik schließt sich dann je nach Befund an (Tab. 5).

- Endoskopie (Goldstandard)
- Röntgen
- Sonographie
- Lungenfunktion (größere Kinder, evtl. Säuglinge)
- Schnittbilddiagnostik (bevorzugt MRT)
- Weitere Untersuchungen nach spez. Indikation

Tab. 5: Diagnostisches Repertoire

Die anatomischen Lokalisation entlang des Atemwegs lässt sich in drei Kategorien einteilen: Naso-/Oropharynx, Larynx/Subglottis und mittlere/untere Trachea mit den jeweils typischen Läsionen (Tab. 6 a – c).

- Choanalstenosen
- Meningoenzephalozelen
- Zungengrundzysten
- Makroglossie
- Mikrognathie
- Pharynxhypotonie (neurogen/myogen)

Tab. 6a: Probleme im Naso-/Oropharynx

- Laryngomalazie
- Larynxzysten, -segel, -spalten
- Larynxhypoplasie
- Stimmbandpareesen, -synechien
- Larynxpapillomatose
- Subglottische Stenosen
- Hämangiome
- Latrogen

Tab. 6b: Laryngeale/subglottische Probleme

- Konnatale Trachealstenosen
- Tracheomalazie
- Gefäßkompression
- Endotracheale Tumoren, Zysten
- Struma, Thymom
- Mediastinaltumoren

Tab. 6c: Probleme im Bereich der Trachea

Die folgenden Abbildungen zeigen einige ausgewählte Beispiele (Abb. 5a-i):



Abb. 5a: Choanalatresie

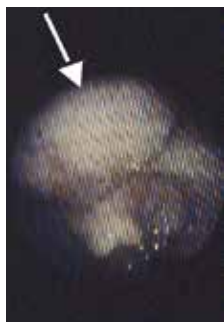


Abb. 5b: Große Zungengrundzyste



Abb. 5c: Pharyngeale Hypotonie, Expiration/Inspiratorischer Kollaps

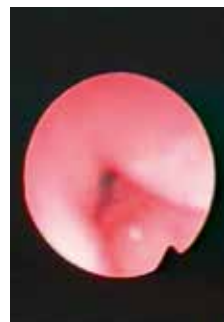


Abb. 5d: Laryngomalazie



Abb. 5e: Larynxpapillomatose



Abb. 5f: Laryngeale Membran



Abb. 5g: Akuter Krupp mit Inflammation und Verengung der Subglottis



Abb. 5h: Subglottisches Hämangiom



Abb. 5i: Hochgradige (pulsierende) Einengung der Trachea bei doppeltem Aortenbogen

Fazit für die Praxis

Die häufigste Ursache für einen akut auftretenden Stridor bei Säuglingen und Kleinkindern ist der (Infekt-) Krupp, während die Laryngomalazie die führende Ursache des chronischen oder rekurrenden Stridors in diesem Alter darstellt. Durch eine sorgfältige Anamneseerhebung und gründliche klinische Untersuchung lassen sich die weiteren Ursachen eines akuten oder chronischen Stridors meist schon grob kategorisieren, hier ist jedoch weitere diagnostische Abklärung notwendig. Dabei ist nach wie vor die Atemwegsendskopie der diagnostische Goldstandard, der alle weiteren Maßnahmen bestimmt.

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Joachim Freihorst
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Ostalb-Klinikum
Im Kälblesrain 1
73430 Aalen
Tel.: 07361/55-1600
E-Mail: Achim.Freihorst@ostalb-klinikum.de

Red.: Keller

Das Leser-Forum



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



Welche Diagnose wird gestellt? von Prof. Peter H. Höger, KiJuA (2015) Heft 7, S. 391 ff.

Zeigt die Abbildung den rechten Daumen, wie angegeben, so liegt der Naevus an der Medialseite, nicht lateral, wie angegeben. Ist aber der linke Daumen abgebildet, wie nicht angegeben, so läge der Naevus tatsächlich lateral. Im Hinblick auf

die Diagnose ist es natürlich belanglos, ob diese den rechten oder den linken Daumen betrifft. Die Kasuistik ist aber ein guter Anlass, an Ernst Jandl zu erinnern und seine „lichtung“:

Manche meinen / lechts und rinks / kann man nicht / velwechsern. / werch ein illtum!

Quelle: Ernst Jandl, Laut und Luise. In: Poetische Werke. Band 2. Herausgegeben von Klaus Siblewski. 1997 Luchterhand Literaturverlag, München.

Dr. Walter-Friedrich Voss
Rotdornallee 62
28717 Bremen

Red.: Huppertz

Kursus – Pädiatrische Rheumatologie

Bremen
27. bis 28. November 2015

Beginn: Freitag 16.00 Uhr, Ende Samstag 13.00 Uhr
 Info: E-Mail hans-iko.huppertz@klinikum-bremen-mitte.de

Welche Diagnose wird gestellt?

Maren Fließer

Anamnese

Der acht Jahre alte Junge wird mit rezidivierenden Lidrandentzündungen vorgestellt, welche brennen und jucken. Diese würden seit vier bis fünf Jahren regelmäßig auftreten. Eine Therapie mit verschiedenen topischen Antibiotika habe keine Besserung gebracht. Bisher sei mit Ecolicin, Floxal und Fucidine behandelt worden. Ansonsten sei das Kind gesund. Die Eigen- und Familienanamnese sind unauffällig.

Untersuchungsbefund

8-jähriger Junge in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Im Bereich der Lidränder beidseits finden sich unscharf begrenzte Erytheme mit folliculärer Betonung und diskreter gelblicher Sekretion (Abb. 1). Es gibt keinen Anhalt für eine konjunktivale Beteiligung. Es bestehen weder Lichtscheu noch Schmerzen. Die Gesichtshaut und das übrige Integument sind unauffällig. Die körperliche Untersuchung ist unauffällig.



Welche Diagnose wird gestellt ?

Diagnose:**Ophthalmorosazea**

Bei der Ophthalmorosazea handelt es sich um eine Sonderform der Rosazea. Bei bis zu 30% der Rosazea-Patienten kommt eine Augenbeteiligung vor. Sie kann aber auch eigenständig auftreten und der Rosazea der Haut vorausgehen. Insbesondere wenn die Augenbeteiligung im Vordergrund steht und die Hautveränderungen nur diskret oder wie bei unserem Patienten gar nicht vorhanden sind, kann es schwierig sein, die Diagnose „Ophthalmorosazea“ zu stellen. Neben der am häufigsten vorkommenden Blepharitis mit Verstopfung und Entzündung der Meibom-Drüsen können eine Conjunctivitis sicca, Iritis, Iridozyklitis, Hypopyoniritis und eine Keratitis mit Ulceration im Rahmen einer Ophthalmorosazea auftreten. Insbesondere das Auftreten einer Keratitis ist gefährlich, da sie zu Hornhauttrübung, Perforation und Erblindung führen kann. Wie auch bei der Rosazea der Haut handelt es sich bei der Ophthalmorosazea um eine entzündliche Erkrankung und nicht primär um eine Infektion (1,2).

Diagnostik

Die Diagnose „Ophthalmorosazea“ wird klinisch gestellt. Eine augenärztliche Mitbehandlung ist stets erforderlich.

Differenzialdiagnosen

Differenzialdiagnostisch muss an verschiedene Formen von Bindehautentzündung (infektiös oder im Rahmen von Typ-I-Allergien) gedacht werden. Auch eine allergische Kontaktdermatitis gegenüber Ophthalmika oder Kosmetika sowie eine chronische UV-Exposition müssen in Betracht gezogen werden (1).

Therapie und Prognose

Die Wahl der Therapie ist abhängig vom Schweregrad der Erkrankung. Auf Grund des diskreten Befun-

des wird unser Patient topisch mit Azithromycin-haltigen Augentropfen einmal täglich über drei Tage alle zwei Wochen behandelt. Größere Intervalle zwischen den Behandlungszyklen führten bisher stets zu einem Rezidiv. Alternativ können topisch auch Tetrazykline zum Einsatz kommen. Bei der topischen Anwendung von Makroliden und Tetrazyklinen macht man sich bei der Behandlung der Ophthalmorosazea nicht den antimikrobiellen, sondern den antientzündlichen Effekt zu Nutze.

In schwereren Fällen ist eine Systemtherapie erforderlich. Doxycyclin ist das Mittel der Wahl. Dabei wird in der Regel die Einnahme von zweimal täglich 50-100 mg pro Tag empfohlen. Es konnte jedoch gezeigt werden, dass eine Dosierung von 40mg in teilerhalteter Form (Oracea®) einmal täglich ausreichend ist. Die Therapiedauer sollte etwa sechs Monate betragen. Auch bei der Systemtherapie ist der antientzündliche Effekt entscheidend. Antimikrobiell wirksame Plasmaspiegel werden nicht erreicht. Daher ist keine bakterielle Resistenzentwicklung zu befürchten. Auch Nebenwirkungen wie gastrointestinale Beschwerden und eine erhöhte UV-Empfindlichkeit treten deutlich seltener auf (3). Grundsätzlich ist jedoch zu beachten, dass Tetracycline bei Kindern erst nach dem zwölften Lebensjahr eingesetzt werden sollten.

Eine Therapie mit Isotretinoin bringt bei Ophthalmorosazea im Gegensatz zu anderen Rosazeaformen keine Besserung. Es kann sogar durch die zunehmende Augentrockenheit eine Verschlechterung verursachen (1).

Literaturangaben

- 1 Plewig G, Landthaler M, Burgdorf WHC, Hertl M, Ruzicka T (Hrsg.). Braun-Falco's Dermatologie, Venerologie und Allergologie. Springer-Verlag, 6. Auflage, Band 2 2012: 1223.
- 2 Kanski, JJ. Lehrbuch der klinischen Ophthalmologie. Thieme-Verlag, 2. Auflage 1996:112-113.
- 3 Pfeffer I, Borelli C, Zierhut M, Schaller M. Behandlung der Ophthalmorosazea mit 40mg Doxycyclin in teilerhalteter Form. JDDG 2011; 9: 1-4.

Dr. Maren Fließer

Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift

Abt. Pädiatrische Dermatologie / Allergologie

Lilientronstr. 130, 22149 Hamburg

Red.: Höger

Betriebswirtschaftliche Beratung für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

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





Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Para-professionelle Hausbesuche als Intervention bei Teenage-Müttern und ihren Kindern

Paraprofessional-Delivered Home-Visiting Intervention for American Indian-Teen-Mothers and Children

Barlow A et al., *Am J Psychiatry*; 172: 154-162, März 2015

In den USA ermöglicht das „affordable Care“-Gesetz die Subventionierung von Haus-Besuchs-Programmen, die dazu geeignet sein könnten, die Unterschiede in der Gesundheitsversorgung vor allem bei schwer erreichbaren Risiko-Gruppen zu kompensieren. Die Autoren berichten über die Ergebnisse eines häuslichen Besuchsprogramms (Family-Spirit-Intervention) bei indianisch-amerikanischen Teenage-Müttern und ihren Kindern. Schwangere indianisch-amerikanische Mütter (n=322, mittleres Alter 18,1 Jahre) wurden auf zwei Interventionsarme randomisiert, auf das Family-Spirit-Interventionsprogramm zuzüglich einer optimierten Standard-Betreuung und auf eine alleinige optimierte Standard-Betreuung (Kontrollgruppe).

Die Erzieher (healtheducators) im Family-Spirit-Interventionsprogramm mussten ein High-School-Diplom besitzen, eine mindestens zweijährige Berufserfahrung haben und sowohl die englische wie auch die Indianersprache beherrschen. Sie unterrichteten die Studienteilnehmer zuhauseim Verhältnis 1:1. Sie bedienten sich pädagogisch aufbereiteter, illustrierter Flipcharts. Jeder Hausbesuch dauerte nicht mehr als eine Stunde, in der nach einem kurzen Einführungsgespräch mit der Lektion begonnen und mit einer Frage-Antwort Periode und Merkzetteln (Handouts) die Lehrstunde beendet wurde.

Die Ergebnisse der Intervention wurden in der 28. und 36. Schwangerschaftswoche und postpartal nach 2, 6, 12, 18, 24, 30 und 36 Monaten überprüft.

Zu Studienbeginn wiesen viele Mütter Drogenmissbrauch (>84 %), depressive Symptome (>32 %), Schulversagen (>57 %) und Wohnort-Instabilität (51%) auf. Im Studienverlauf konnten ≥ 83 % der Teilnehmer nachverfolgt werden. Im Zeitraum zwischen Schwangerschaft und 36 Monaten post partum wiesen die Mütter in der Interventionsgruppe ein besseres Elternwissen auf (Effekt-

stärke 0,42). Sie zeigten auch eine bessere elterliche Kontrolle (Effektstärke 0,17), weniger depressive Symptome (Effektstärke 0,16) und weniger externalisierende Symptome (Effektstärke 0,14). Der Marijuana- und illegale Drogen-Konsum nahm ab. Die Kinder in der Interventionsgruppe zeigten ein geringeres externalisierendes (Effektstärke 0,23) und internalisierendes (Effektstärke 0,23) Verhalten und weniger Dysregulationen (Effektstärke 0,27).

Die Autoren schließen aus ihren Untersuchungen, dass ein para-professionelles häusliches Interventionsprogramm die elterliche Kompetenz stärkt, die mütterlichen Risiken mindert und einen positiven Einfluss auf die kindliche Entwicklung ausübt. Die Studie zeigt, wie viele andere Studien auch, dass Ausbildung und eine verständnisvolle Umgebung schwangeren, sozio-ökonomisch benachteiligten Müttern in einem risikoreichen Umfeld hilft, mit den Problemen der Schwangerschaft und der späteren Mutterschaft besser zurechtzukommen.

Kommentar

Frühe Investitionen in die kindliche Entwicklung lohnen sich. Sie beeinflussen nicht nur die spätere körperliche Entwicklung, sondern auch die mentale Gesundheit. Dies konnte bereits im Rahmen des amerikanischen ABC-Projekts (Carolina Abecedarian Project), in dem zwischen 1972 und 1977 geborene, benachteiligte Kinder bis in die mitt-dreißiger Jahre begleitet wurden, nachgewiesen werden. Diese Ergebnisse werden durch die aktuelle Studie erneut bestätigt.

(Jürgen Hower, Mülheim/Ruhr)

Vergiftungsfälle durch Rhododendron-Honige aus der Schwarzmeerregion

Polytrauma oder Honigwirkung? Bradykardie und Verkehrsunfall nach Genuss von türkischem Wildhonig

Uecker S et al., *Anästh Intensivmed* 55: 444-447, September 2014

Honig ist ein beliebtes, aus Fruktose, Glukose, Mineralien und Enzymen bestehendes Nahrungsmittel. Honig wird von Menschen seit Tausenden von Jahren konsumiert. Ihm wird eine allgemeine gesundheitsfördernde Wirkung zugeschrieben. Studien haben gezeigt, dass Honig eine heilende Wirkung auf chronische Wunden, Reizhusten und auf Biofilme (Manuka Honig) ausübt.

Säuglinge sollten keinen Honig bekommen, da die im Honig möglicherweise enthaltenen Botulinum-Sporen im ersten Lebensjahr im Säuglingsdarm auskeimen können, was zu einer tödlich verlaufenden Botulinumtoxin-Vergiftung führen kann.

Es ist in Westeuropa wenig bekannt, dass Honig aus einigen geographischen Regionen zu erheblichen Krankheitssymptomen führen kann. Dieser Honig, der auch „Mad Honey“ oder „Sour Honey“ genannt wird, wurde erstmals von Xenophon, einem Historiker und Armee-Kommandeur im alten Athen, erwähnt. Dieser hat berichtet, dass ein an der Schwarzmeerküste produzierter Honig bei den gegen den Perser-König Ataxerses II (um

400 v. Chr.) kämpfenden griechischen Soldaten Vergiftungssymptome hervorgerufen hatte. Teilweise wurde der Honig bewusst alkoholischen Getränken zugesetzt, als eine Art Softdrink mit „Extra-Kick“. Der toxische Honig wird über den Nektar einer Pflanzengattung (Ericaceae), zu der an der Schwarzmeerküste die die Vegetation dominierenden *Rhododendron luteum* und *ponticum* gehören, von den Honigbienen produziert. Wir wissen heute, dass die Vergiftungssymptome durch das in dem Honig enthaltene, aus den *Rhododendron* stammende Grayanotoxin-I hervorgerufen werden.

In einer aktuellen Mitteilung berichten Uecker et al. über einen 56-jährigen türkischen Patienten, der plötzlich, aus zunächst unklarer Ursache, das Bewusstsein verloren und dadurch einen Verkehrsunfall verursacht hatte. In der zentralen Notaufnahme wurde ein Blutdruck von 60/30 mmHg gemessen. Der Patient klagte über Kopfschmerzen und ein Druckgefühl im Bauch. Im EKG zeigte sich neben einer Bradykardie ein AV-Block III. Grades. Ein Herzinfarkt konnte ausgeschlossen werden. Der klinische Befund und das EKG normalisierten sich innerhalb der folgenden 24 Stunden, und der Patient konnte entlassen werden. Anamnestisch gab er an, vor Beginn der Autofahrt zwei Esslöffel Honig aus seiner türkischen Heimat (Schwarzmeerküste) gegessen zu haben. Der in zwei Instituten untersuchte Honig wies Grayanotoxin-I (90 µg/g Honig) und Grayanotoxin-I-ähnliche Stoffe (420 µg/g Honig), sowie Pollen der Grayanotoxin enthaltenden pontischen Alpenrose (*Rhododendron toxicum*) auf.

Neben dem aktuellen Bericht von Uecker et al. liegen einige ältere Berichte über Intoxikationen mit Grayanotoxin-haltigen Honigen aus dem deutschsprachigen Raum vor, die sich alle auf den Genuss von türkischem Honig aus der Schwarzmeerregion beziehen. Über Grayanotoxin-Vergiftungen wird aber auch aus Nordamerika und Nepal berichtet, da auch dort Ericaceae-Gewächse in der Vegetation reichlich vorkommen. Die Vergiftungszeichen nach dem Konsum beziehen sich hauptsächlich auf gastro-intes-

tinale Reizerscheinungen, eine arterielle Hypotonie, Bradykardie, zentralnervöse Erregungs- und Lähmungserscheinungen und periphere Muskellähmungen. Die Symptome treten, wie bei dem berichteten Patienten, kurze Zeit nach dem Verzehr des belasteten Honigs auf und bilden sich meist innerhalb von 24 Stunden zurück. Die beschriebenen Symptome entstehen durch die selektive Bindung von Grayanotoxinen an die Natrium-Kanäle der Zellmembranen, deren Permeabilität sich etwa um das 10-fache erhöht, was zu einer Depolarisation und gleichzeitigem Kalzium-Einstrom führt.

Gunduz et al. konnten nach der Auswertung von 120 gemeldeten Vergiftungsfällen zeigen, dass alle Fälle von „Mad Honey-Vergiftungen“ nach der Ingestion von in der Türkei produziertem Honig, vor allem aus den Schwarzmeer-Gebieten, aufgetreten waren. Das Risiko für einen Grayanotoxin-belasteten Honig ist im Frühjahr besonders hoch, wenn der Honig von einem Imker aus der Region bezogen wird. Die meisten industriell hergestellten türkischen Honige dürften unbedenklich sein, da sie mit den Honigen aus anderen Regionen gemischt werden.

In einer Stellungnahme empfiehlt das Bundesinstitut für Risikobewertung, türkische *Rhododendron*-Honige von der Schwarzmeerküste zu meiden. Bereits kleine aufgenommene Mengen können zu schweren Intoxikationen führen und ohne Notfallmedizinische Versorgung tödlich verlaufen. In Deutschland kommen Ericaceae-Gewächse nur als Zierpflanzen vor. Grayanotoxine spielen deshalb bei der heimischen Honigproduktion keine Rolle.

Bei der in Deutschland lebenden großen Zahl türkischer Mitbürger, die aus der Schwarzmeerregion stammen, sollte bei Kindern und Erwachsenen bei Synkopen und gastrointestinalen Reizerscheinungen, die mit einer Bradykardie einhergehen, an die Möglichkeit einer Grayanotoxin-Vergiftung durch Honig gedacht werden.

(Jürgen Hower, Mülheim/Ruhr)

Lingua geographica (Landkartenzunge)

CONSILIUM

Prof. Dr.
Joachim Dissemond

Frage

In unserer Praxis haben wir ein Kind, das immer wieder Flecken auf der Zunge hat und rezidivierend über Zungenbrennen, Appetitlosigkeit und teilweise Schmerzen beim Essen klagt. Die Zunge beginnt von vorne nach hinten hochrot zu werden und zu schmerzen. Sie schält sich daraufhin von vorne nach hinten ab. Nach ein paar Wochen der Unauffälligkeit zeigt sich die Symptomatik erneut. Manchmal ist sie dabei von einem Infekt begleitet. Wir würden uns sehr über eine Mitbeurteilung freuen.

Antwort

Aufgrund der geschilderten Symptomatik und der klinischen Bilder, kann man a. e. von dem Vorliegen einer sogenannten Lingua geographica ausgehen.

Bei der Lingua geographica, synonym auch als Landkartenzunge bezeichnet, handelt es sich um eine harmlose, selbstlimitierende, chronisch-exfoliative Desquamation des Zungenepithels, die bei etwa 10 % der Bevölkerung auftreten kann. Zu einer Erstmanifestation kommt es häufig schon wie in dem hier beschriebenen Fall im Kindesalter oder bei jungen Erwachsenen ohne eine besondere Bevorzugung der Geschlechter.

Das klinische Bild der Lingua geographica soll meist mit scharf begrenzten, weißen oder gelblichen Papeln an den Randpartien des Zungenrückens beginnen. Durch die Desquamation der filiformen Zungenpapillen entstehen, rote, belagfreie Areale an der Zungenoberfläche, die den Patienten dann deutlich häufiger auffallen. Die Areale vergrößern sich durch peripheres Wachstum und verschwinden schließlich wieder spontan, weshalb sie im Volksmund auch als „Wanderplaques“ bezeichnet werden. Die Größe und Anzahl der einzelnen Areale kann variieren. Der Durchmesser beträgt initial meist wenige Millimeter. Durch Konfluenz der Effloreszenz entsteht jedoch das charakteristische, landkartenartige Muster. Im Zentrum dieser Areale sind die filiformen Papillen flacher, so dass die fungiformen Papillen meist als rötliche Punkte hervortreten. Auch die Höhe des Epithels ist im Zentrum reduziert, im Randgebiet vergrößert.

Eine Lingua geographica kann über viele Jahre persistieren und ist meist asymptomatisch. Gelegentlich werden von den Patienten aber auch Glossodymien („Zungenbrennen“) beschrieben. Die exakte Ätiologie dieser Zungenveränderung ist unbekannt. In der Literatur wurde aber u. a. Assoziationen zu der atopischen Diathese, Psoriasis pustulosa, Streptokokken- oder Candida-Infektion beschrieben. Auffallend häufig wird auch das gemeinsame Auftreten der Lingua geographica und der Lingua plicata gefunden, ohne dass ein kausaler Zusammenhang bekannt ist. Differentialdiagnostisch sollten bei den betreffenden Patienten neben Candidosen beispielsweise auch Vitamin B₁₂- oder Folsäure-Mangel, Lichen ruber oder Lues ausgeschlossen werden.

Eine kausale Therapie der Lingua geographica ist nicht möglich. Symptomatisch kann neben konsequenter Mundhygiene mit milder Zahnpasta auch ggf. eine desinfizierende Mundspüllösung beispielsweise mit Polihexanid (NRF 7.12) eingesetzt werden. Bei angelegenen Missempfindungen kommen auch Mundspülungen mit Lidocain und Dexpanthenol (NRF 7.13, mit Hydrocortison 7.14) in Frage. Zudem kann ein Verzicht auf stark gewürzte Speisen und Zitrusfrüchte die Symptome oft lindern. Besonders wichtig ist es jedoch die oft besorgten Patienten bzw. deren Eltern über die Harmlosigkeit einer Lingua geographica und die Möglichkeit der Spontanremission aufzuklären.

Prof. Dr. med. Joachim Dissemond
Universitätsklinikum Essen
Klinik und Poliklinik für Dermatologie,
Venerologie u. Allergologie
Hufelandstr. 55
45122 Essen

Das „CONSILIUM“ ist ein Service im „KINDER- UND JUGENDARZT“, unterstützt von INFECTOPHARM. Kinder- und Jugendärzte sind eingeladen, Fragen aus allen Gebieten der Infektiologie an die Firma InfectoPharm, z. Hd. Frau Dr. Kristin Brendel-Walter, Von-Humboldt-Str. 1, 64646 Heppenheim, zu richten. Alle Anfragen werden von namhaften Experten beantwortet. Für die Auswahl von Fragen zur Publikation ist der Chefredakteur Prof. Dr. Hans-Iko Huppertz, Bremen, redaktionell verantwortlich.

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

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - und was sich für die pädiatrische Praxis ändert



Dr. iur.
Andreas Meschke

Der Gesetzgeber hat am 16. Juli 2015 mit großer Bedeutung für jeden in eigener Praxis niedergelassenen Vertragsarzt mit Inkrafttreten zum 1. August 2015 das „Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) erlassen. Der untenstehende Beitrag widmet sich – naturgemäß ohne Anspruch auf Vollständigkeit – als Übersichtsdarstellung den wichtigsten Änderungen (in chronologischer Reihenfolge der Inhalte des SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung).

Veränderungen in den allgemeinen Regelungen über die ambulante Versorgung

Für die niedergelassenen Ärzte finden sich die bedeutsamsten Neuerungen in den §§ 69 ff. SGB V. Es beginnt – abgesehen von Selektivverträgen (dazu 3.) – mit der Einführung der sogenannten **Terminservicestellen** (§ 75 Abs. 1a SGB V). Diese sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bis zum 23. Januar 2016 einzurichten. Sie haben den Versicherten bei a) Vorliegen einer Überweisung zu einem Facharzt oder bei b) einem Behandlungswunsch bei einem Frauen- oder Augenarzt (dann auch ohne Überweisung) innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem niedergelassenen oder in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) tätigen Facharzt zu vermitteln; die Wartezeit auf diesen Termin darf grundsätzlich vier Wochen nicht überschreiten - bei verschiebbaren Routineuntersuchungen, in Fällen von Bagatellerkrankungen und weiteren vergleichbaren Fällen ist eine darüber hinausgehende, aber gleichwohl angemessene Frist einzuhalten - und die Entfernung zwischen dem Wohnort des Patienten und dem vermittelten Facharzt muss zumutbar sein. Kann ein solcher Termin nicht vermittelt werden, ist ein Termin in einem Krankenhaus anzubieten. Das Krankenhaus kann dann ohne Weiteres auch Folgebehandlungen anbieten (§ 76 Abs. 1a SGB V). Einzelheiten zu allem, insbesondere zum Nachweis der Überweisung, zur zumutbaren Entfernung (differenziert nach Arztgruppen), zur Konkretisierung der Routineuntersuchungen, den Bagatellerkrankungen usw., sind bis zum 23. Oktober 2015 im Bundesmantelvertrag zu regeln. Eine Evaluation wird durch die KBV erstmals bis zum 30. Juni 2017 stattfinden.

Zur **Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung** in Arztpraxen und MVZ (§ 75a SGB V) – offensichtlich bewusst wurde darauf verzichtet, hier auch die Pädiatrie trotz ihrer Zuordnung zur vertragsärztlichen hausärztlichen Versorgung einzubeziehen – werden KVen und Krankenkassen je hälftig verpflichtet, besondere Förderkosten bereitzustellen, die als

Zuschüsse gewährt werden. Diese sind dann „von der Weiterbildungsstelle auf die im Krankenhaus übliche Vergütung anzuheben und an den Weiterzubildenden in voller Höhe auszubezahlen“. Hier ist wiederum bis zum 23. Oktober 2015 Näheres durch Vertrag zu regeln.

Für das in den Satzungen der KVen geregelte **Disziplinarrecht** gilt, dass bei Verstößen nunmehr eine Geldbuße nicht mehr nur bis € 10.000,00, sondern bis € 50.000,00 verhängt werden kann (§ 81 Abs. 5 SGB V).

§ 87b Abs. 2 SGB V schreibt vor, dass bei der Honorarverteilung der **kooperativen Behandlung** in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen ist; für Praxisnetze müssen bei Anerkennung durch die KVen in den Honorarverteilungsmaßstäben gesonderte Vergütungsregelungen vorgesehen werden.

Veränderungen in den Teilnahme- regelung zur ambulanten Versorgung

Die Gründung von MVZ wurde deutlich vereinfacht, indem für sie das bislang zwingende Kriterium der fachübergreifenden MVZ gestrichen wurde (§ 95 Abs. 1 S. 2 SGB V). Zukünftig möglich sind mithin MVZ, die ausschließlich mit einem Fachgebiet betrieben werden („**Mono-MVZ**“), also rein pädiatrische MVZ, rein augenärztliche MVZ usw. Vermutlich wird die Spruchpraxis der Zulassungsausschüsse, die für die Genehmigungen der MVZ zuständig sind, dahingehen, gleichwohl immer noch zwei im MVZ tätige Ärzte als Mindestvoraussetzung zu fordern, wenngleich auf der Basis einer schon bestehenden Rechtsprechung des *Bundessozialgerichts* ausreichend sein dürfte, wenn jeder von ihnen mit einem halben Versorgungsauftrag (Bedarfsplanungsfaktor 0,5) tätig wird.

Einer uneinheitlichen Spruchpraxis der diversen Zulassungsausschüsse wirkt die Neuregelung in § 95 Abs. 6 S. 4 SGB V entgegen, wonach auch **angestellte Ärzte eines MVZ** dessen Gesellschafter, also Beteiligte der MVZ-Trägersgesellschaft, sein können, sofern sie zugunsten der Anstellung auf ihre Zulassung verzichtet

haben und solange sie in dem MVZ tätig sind. Schon bislang gab es in manchen KV-Bezirken solche Konstellationen ohne ausdrückliche Rechtsgrundlage, in anderen eben deswegen nicht.

Zudem hat der Gesetzgeber den **Kommunen MVZ-Gründungen** ermöglicht (§ 95 Abs. 1a S. 1 SGB V), und zwar in allen öffentlich-rechtlichen Rechtsformen und unter Aufhebung bislang geltender Restriktionen, sodass keine KV-Zustimmung und kein Ausnahmefallcharakter mehr gegeben sein muss.

Schon seit jeher war mit jeder Zulassung als Vertragsarzt oder jeder Anstellungsgenehmigung ein bestimmter, im Bundesmantelvertrag näher definierter Versorgungsauftrag verbunden (z. B. Vollzulassung: 20 Sprechstunden/Woche; Anstellungsgenehmigung über Vollzeitätigkeit: > 30 Sprechstunden/Woche). Nunmehr ist die **Einhaltung der Versorgungsaufträge** zwingend von den KVen zu prüfen und den Landes- und Zulassungsausschüssen mindestens einmal jährlich zu übermitteln (§ 95 Abs. 3 S. 4, 5 SGB V). Mit Blick auf manche Praxisgegebenheiten steht infolge dessen zu erwarten, dass vor allen Dingen Gestaltungen mit mehr oder weniger ausgeprägten „Alibi-Angestellten“ unter Druck geraten werden.

Im Bereich des sogenannten **job-sharing** hat der Gesetzgeber vorgeschrieben, dass es zukünftig Ausnahmeregelungen für die Honorarwachstumsgrenzen bei unterdurchschnittlichem Praxisumfang geben muss.

Wer übernimmt meine Praxis?

Schon im Vorfeld des GKV-VSG umstritten und in dessen Entwicklungsprozess am intensivsten diskutiert worden sind die Neuregelungen im **Nachbesetzungsverfahren**, wenn ein Vertragsarzt beabsichtigt, seine Praxis auf einen Nachfolger zu übertragen. Das Nachbesetzungsverfahren war schon mit Wirkung zu Anfang 2013 zweistufig ausgestaltet worden: Auf der ersten Stufe mit der Entscheidung des Zulassungsausschusses, ob eine Vertragsarztzulassung überhaupt nachbesetzungsfähig ist, weil sie gegebenenfalls aus Versorgungsgründen nicht mehr erforderlich ist. Und auf der zweiten Stufe – nach der Ausschreibung durch die KV – mit dem eigentlichen Auswahl- und Zulassungsverfahren unter eventuell mehreren Bewerbern. Nunmehr hat der Gesetzgeber auf der ersten Stufe eine vermeintliche Verschärfung (keine Kann-Regelung mehr, sondern eine Soll-Vorgabe) eingeführt (§ 103 Abs. 3a S. 7 SGB V), die bei oberflächlicher Lesart die Vermutung nahelegt, der Gesetzgeber wolle ab einem Versorgungsgrad bzw. einer Überversorgung von 140 Prozent die „Einziehung“ von Zulassungen zum Standard machen. Tatsächlich setzt die Ablehnung des Nachbesetzungsverfahrens aber weiterhin als allererstes voraus, dass die Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Dies zwingt zu einer Einzelfallprüfung der konkreten Praxisstruktur und ihres Umfelds! Das *Sozialgericht Dresden* hatte dazu schon mit Urteil vom 20. März 2014 (Az.: S 1 KA 46/13) beispielhaft als abzuklärende Fragen formuliert: Welchen Versorgungsbeitrag liefert die Praxis (Fallzah-

len, Behandlungsstunden, Erreichbarkeit)? Besteht ein besonderes Leistungsspektrum? Welche anderen Praxen sind bereit und tatsächlich auch in der Lage, die bisher in der nachzubesetzenden Praxis behandelten Patienten weiterzubehandeln? Angesichts dessen fällt es schwer anzunehmen, dass in Zukunft im Bereich des Fachgruppendurchschnitts betriebene Praxen oder unterdurchschnittliche betriebene Praxen, die im Umfeld ausgelasteter Praxen angesiedelt sind, nicht nachbesetzt werden, weil ihre Patienten andernorts kaum adäquat weiterversorgt werden können (s. dazu auch unter 1. die Einrichtung von Terminservicestellen). Erst dann, wenn diese Weiterversorgung in einer anderen Praxis gesichert ist, „kann“ der Zulassungsausschuss bei einer Überversorgung bis 140 Prozent und „soll“ (= „muss“ im Regelfall und „kann“ im Ausnahmefall) er bei einer Überversorgung über 140 Prozent eine Zulassungsnachbesetzung ablehnen und den Vertragsarzt auf eine **Entschädigung des Verkehrswerts** der Praxis durch die KV verweisen. Den Verkehrswert hat der Gesetzgeber zusätzlich in § 103 Abs. 3a S. 14 SGB V mit dem Fortführungswert konkretisiert und dazu in der Gesetzesbegründung ergänzt: „Zu berücksichtigen sind bei der Ermittlung des Verkehrswerts sowohl der materielle als auch der immaterielle Wert der Praxis. Die Entschädigung schließt den Ersatz von Folgeschäden, die z. B. aufgrund von längerfristigen Verträgen entstehen können, ein; der ausscheidende Vertragsarzt ist dabei zur Schadensminderung verpflichtet. Etwaige Vermögensvorteile (...) sind auf die zu zahlende Entschädigung anzurechnen.“

Für die **Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen** hat der Gesetzgeber mit § 106b SGB V eine vollständig neue Vorschrift geschaffen. Näheres zur Umsetzung ist den noch zwischen der KBV und dem *Spitzenverband Bund der Krankenkassen* zu vereinbarenden einheitlichen Prüfrahmenvorgaben überantwortet. Zentral hat dabei u.a. ein Verfahren zu sein, das sicherstellt, dass individuelle Beratungen bei statistischen Prüfungen der Festsetzung einer Nachforderung bei erstmaliger Auffälligkeit vorgehen.

Selektivverträge

Selektivverträge über bisher in der GKV-Versorgung nicht enthaltene Leistungen in Ergänzung der gesamtvertraglichen Versorgung haben mittlerweile aufgrund der Aktivitäten der *BVKJ Service GmbH* für viele Kinder- und Jugendärzte eine besondere Bedeutung. Der Gesetzgeber war auch hier aktiv. Er hat die bisherigen §§ 73a (Strukturverträge) und 73c (besondere ambulante ärztliche Versorgung) SGB V sowie 140b bis 140d SGB V (integrierte Versorgung) aufgehoben und stattdessen § 140a SGB V als Regelung für eine „besondere Versorgung“ neu gestaltet. **Altverträge, die bis zum 22. Juli 2015 geschlossen wurden, gelten allerdings im Sinne eines Bestandsschutzes fort.** Die neuen Verträge über eine besondere Versorgung sollen leistungssektorenübergreifende, interdisziplinärfachübergreifende sowie besondere ambulante ärztliche Leistungen ermöglichen.

Sonstiges

Im Organisationsrecht gilt zukünftig gemäß § 79 Abs. 3a SGB V, dass in der **Vertreterversammlung der KBV** nur Hausärzte über hausärztliche Angelegenheiten und nur Fachärzte über fachärztliche Belange abstimmen; bei gemeinsamen Abstimmungen sind die Stimmen mit dem Ziel der Parität zwischen beiden Gruppen zu gewichten.

§ 92a SGB V verpflichtet den *Gemeinsamen Bundesausschuss* zur **Förderung neuer Versorgungsformen**, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen, und zur **Versorgungsforschung**; für 2016 bis 2019 sind dazu jährlich 300 Millionen Euro aufzuwenden.

Ausblick

Der Gesetzgeber hat weitere Aktivitäten mit Bedeutung für niedergelassene Ärzte angekündigt. Allerdings in eine ganz andere Richtung. Mittlerweile liegt nach vorhergehenden Ausarbeitungen aus den Ländern der

vom *Bundeskabinett* initiierte Entwurf eines „*Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen*“ vor. Er schließt an eine länger andauernde Diskussion nach einem Urteil des *Bundesgerichtshofs* zur Nichtanwendbarkeit des allgemeinen Bestechungsstrafrechts auf niedergelassene Ärzte an. Bestraft werden soll zukünftig die Bestechung und Bestechlichkeit von allen Angehörigen eines staatlich geregelten Heilberufs, also auch von niedergelassenen Ärzten. Sobald der Stand des Gesetzgebungsverfahrens eine valide Aussage ermöglicht, wird in dieser Zeitschrift darüber ausführlich berichtet werden.

Dr. iur. Andreas Meschke, Rechtsanwalt // Fachanwalt für Medizinrecht

Möller & Partner – Kanzlei für Medizinrecht

E-Mail: meschke@m-u-p.info

Die Rechtsanwälte der Kanzlei sind als Justiziarer für den BVKJ e. V. tätig.

Red.: ReH

Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:

eine Vertretung

einen Weiterbildungsassistenten

einen Nachfolger

einen Praxispartner

oder suchen Sie als angehender bzw. ausgebildeter Pädiater:

eine Vertretungsmöglichkeit

eine Weiterbildungsstelle

eine Praxis/Gemeinschaftspraxis bzw. ein Jobsharingangebot

www.paediatricboerse.de

DIE kostenlose Stellenbörse ausschließlich für Pädiater

- Melden Sie sich mit Ihrem DocCheck-Passwort an (Registrierung über www.doccheck.com)
- Erstellen Sie Ihre eigene Anzeige
- Stöbern Sie durch alle Gebote und Gesuche

Die Geschäftsstelle ist Ihnen gern bei der Erstellung Ihrer Anzeige behilflich!

Zentraler Vertreternachweis

In dieser Datenbank führt die Geschäftsstelle kontinuierlich:

- Gesuche und Gebote von BVKJ-Mitgliedern: (Urlaubs-)Vertretung, Weiterbildungsstellen, Praxisübernahme, Anstellung, Jobsharing

Formulare zur Erstellung einer Anzeige auf www.paediatricboerse.de oder Aufnahme in den Zentralen Vertreternachweis erhalten Sie bei der

Geschäftsstelle des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V., Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Tel.: 02 21 / 68 90 90, Fax: 02 21 / 68 32 04

E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

Vorname	Nachname
Straße	PLZ / Ort
E-Mail	Tel. / mobil
Datum	Unterschrift
	Stempel

Jeder Fehler zählt! * ● ● ●

Fatale Spritzen-Verwechslung

Was ist passiert?	Dem kranken Frühgeborenen sollen 20 ml Humanalbumin 5% gegeben werden. Die Spritze, die auf dem Inkubator liegt und mit gelblicher Flüssigkeit gefüllt ist, wird vom Arzt langsam intravenös verabreicht. Die Schwester erkundigt sich kurz danach nach dem in einer Spritze abgefüllten Urin, den sie auf dem Inkubator abgelegt hatte. Erst dann wird dem Arzt klar, dass er dem Neugeborenen versehentlich seinen eigenen Urin in die Vene gespritzt hat. Die Knie werden weich. Fassungslos schaut er seinen kleinen Patienten an, der nach wie vor friedlich am Daumen lutscht.
Was war das Ergebnis?	Dem Kind ist nichts passiert. Der injizierte Körpersaft war schließlich sein eigener. Wegen einer vorbestehenden Infektion wird sowieso eine Antibiotika-Kombination verabreicht, sodass eine mögliche Verunreinigung des Urins mit Keimen nicht zur Sepsis geführt hat. Nicht auszumalen, was bei Verwechslung mit einer anderen Flüssigkeit hätte passieren können.
Mögliche Gründe	Humanalbumin und Urin haben eine ähnliche Farbe. Die zum Transport des Urins und die für Injektionen verwendeten 20 ml Spritzen haben ein identisches Aussehen. Die gefüllte Spritze war nicht beschriftet. Eine eindeutige Kommunikation zwischen Schwester und Arzt wurde versäumt.
Wie hätte man das Ergebnis verhindern können?	Konsequente Beschriftung aller aufgezogenen i.v. Medikamente und Dazulegen der verwendeten leeren Ampullen auf einem Tablett. Arbeiten mit voller Konzentration. Kontinuierliche Kommunikation über Medikamentengabe zwischen Arzt und Schwester.
Welche Faktoren trugen noch zu dem Fehler bei?	Dussligkeit des Arztes. Reifegrad der QM-Umsetzung auf der Neugeborenen-Station. Seinerzeit mangelnde Fehlerkultur hat dazu geführt, dass der Arzt seinen Fehler, der ihm vor 26 Jahren passiert ist, bis heute verschwiegen hat.
Redaktion	Autor der Kolumne: Dr. Gottfried Huss, 79618 Rheinfeld, Sonnenweg 7 grhuss@t-online.de Mitarbeit bei dieser Kolumne ist ausdrücklich erwünscht- Vertraulichkeit ist gewährleistet



Dr. Gottfried Huss

* **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.: ReH

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

Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

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



ADHS: Die neuen Nachrichten sind die alten

Es war wieder da, das Sommerloch und schon wurde eine neue ADHS-Sau durchs Dorf getrieben. Beim genaueren Hinsehen war es aber eine Uraltsau:

Laut der gerade veröffentlichten Studie der LMU München, gewonnen aus überregionalen Krankenkassendaten, sollen Kinder, die bei Einschulung gerade sechs Jahre alt wurden (im September geboren) häufiger die Diagnose ADHS erhalten als Kinder der gleichen Klasse, die vor dem September geboren sind: 5,3 Prozent versus 4,5 Prozent. Diese Erkenntnis ist nicht neu: Bereits 2012 (1) wurde im Rahmen einer Kohortenstudie mit 937943 Kindern errechnet, dass die früh eingeschulten Kinder ein höheres Risiko haben, die Diagnose ADHS zu erhalten als die später eingeschulten Kinder.

Wie schon vor drei Jahren, so reagierte die Laienpresse auch jetzt mit einem Sturm der Entrüstung: unschuldige gesunde kleine Kinder unter Pillen gesetzt, unfähige Ärzte, die falsche Diagnosen stellen, überehrgeizige Eltern, die ihre Kinder zu früh einschulen.

Aber was sagen uns die Daten wirklich? Die jüngsten Kinder der ersten Klasse erhalten die Diagnose ADHS häufiger als die ältesten Kinder der gleichen Klasse. Sie sagen uns nichts darüber, ob die älteren Kinder vielleicht ein Jahr später die Diagnose ADHS erhalten, weil sie erst dann auffällig werden. Es gibt keine Angaben darüber, ob diese jüngsten Kinder tatsächlich von ihrer ADHS geheilt sind, wenn sie die erste Klasse wiederholen.

ADHS ist eine Störung, die mit einer Hirnreifungsverzögerung und einem psychosozialen Entwicklungsrückstand von bis zu fünf Jahren einhergeht (2). Die für die Impulskontrolle, das Arbeitsgedächtnis, das Timing, das verantwortliche Vorausdenken erforderlichen Netzwerke sind überwiegend betroffen. Diese Funktionen werden bei Einschulung in vielen ersten Klassen eingefordert. **Wird ein Kind mit ADHS schon mit fünf oder knapp sechs Jahren eingeschult, so scheitert es je stärker ausgeprägt sein ADHS ist, je weniger es durch hohe Intelligenz oder optimales Umfeld kompensieren kann früher und deutlicher erkennbarer als ein Kind mit ADHS, das erst mit sieben Jahren eingeschult wird.** Denn die Netzwerke reifen ja auch bei Kindern mit ADHS - aber langsamer und wahrscheinlich auch nicht so vollständig wie bei Kindern ohne ADHS. Also kann ein Kind mit ADHS, das erst mit sieben Jahren eingeschult wird, seine Defizite länger kompensieren. So wie ein Herzinsuffizienter, solange er nicht am Marathon teilnimmt, kardiologisch stabil bleiben kann. Dies zeigt auch der klinische Alltag: häufig sehen wir Kinder mit ADHS, vor allem wenn sie sozial gut integriert sind, erst mit Übergang in die dritte Klasse mit störungsrelevanten Verhaltensauffälligkeiten. Diese zeitliche Verzögerung ist überwiegend den Eltern zu verdanken, die mit einem enormen Einsatz die externen Strukturen aufrecht erhalten. Erst mit Zunahme der schulischen Anforderungen in einer ungünstigen

Klassenraumsituation reichen diese nicht mehr aus. Mit einer sorgfältigen Anamnese können retrospektiv bereits ab den ersten Lebensjahren Verhaltensauffälligkeiten von Kindern mit ADHS erkannt werden. Je nach Ausprägung und Kompetenz des Umfeldes sind sie zunächst noch nicht störungsrelevant. Die Verhaltensauffälligkeiten können im Kindergarten und zu Hause beobachtet werden. Sie können das Spiel mit anderen Kindern erschweren und im häuslichen Umfeld zu einem deutlich erhöhten Erziehungsaufwand führen. **Wissenschaftliche Langzeituntersuchungen mit einem Verlauf von drei bis sechs Jahren konnten belegen, dass die Stabilität der Diagnose ADHS im Vorschulalter sehr hoch ist und bei 89 Prozent liegt (3).**

Wichtig für die Praxis

Bei Kindern, die aber nur zu früh eingeschult wurden, sollte die Entwicklungsanamnese bis zum Zeitpunkt der Einschulung altersentsprechend sein. Hier ist zweifelsfrei die Sorgfalt und die Erfahrung des Kinder- und Jugendarztes gefragt, der unterscheiden kann, ob die aktuellen Verhaltensauffälligkeiten eines früh eingeschulten Kindes auf eine ADHS oder auf eine leichte physiologische cerebrale Unreife mit schulischer Überforderung zurückzuführen sind. Diese Differenzierung ist entscheidend für den weiteren Verlauf: bei einem Kind mit ADHS wird es in der Regel nur zu einer zeitweisen Verbesserung der Symptomatik kommen, nur wenigen Kindern mit ADHS reicht ein zusätzliches Jahr, um ihre ADHS auf Dauer zu kompensieren. Bei einem „normalen“ nur zu früh eingeschulten Kind aber sollte dann ein ungestörter Schulverlauf zu erwarten sein.

Die vorhandenen Studien erlauben nicht die Aussage, dass Kinder die Diagnose ADHS erhielten, die kein ADHS haben, dazu wären Langzeituntersuchungen erforderlich. Sie sollten aber noch einmal daran erinnern, die Diagnose sorgfältig zu stellen unter Berücksichtigung der Leitlinien ADHS der Kinder- und Jugendärzte. **Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, sollte auch die Honorierung dem zeitlichen Aufwand und der ärztlichen Qualifikation entsprechen - dies zu erwähnen, lässt die Laienpresse aber wie immer weg.** Dafür schlagen die Journalisten wieder auf die Eltern ein, die „Überehrgeizigen, die am liebsten ihre Kinder noch während der Schwangerschaft beschulen lassen würden“.

1 Richard L. et al 2012 CMAJ, April 17,184(7),755-761

2 Shaw P. et al 2007 PNAS Dezember 4, 104, 49, 19649-19654

3 Riddle M et al 2013 52;(3):264-278

Dr. Kirsten Stollhoff

22767 Hamburg

E-Mail: stollhoff@kvvh.net

Die Autorin ist Vorsitzende der AG ADHS im BVKJ

Red.: ReH

Tagungsbericht: Konferenz „Best Practice for Young Refugees“ Berlin, Charité Campus Virchow, 6. und 7. Juni 2015

Eine Willkommensstruktur, die den Hilfebedarf in den Mittelpunkt stellt

Auf Einladung der Deutschen Sektion der IPPNW – Ärzte in sozialer Verantwortung, der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ) und der Charité-Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin fand mit Unterstützung von Pro Asyl und Save the Children Deutschland e.V. am 6. und 7. Juni 2015 in Berlin die internationale Fachkonferenz „Best Practice for Young Refugees“ zur Einschätzung des Alters, Entwicklungsstandes und Hilfebedarfs von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen (UMF) statt. Der Hörsaal der Charité-Kinderklinik war bis zum letzten Platz gefüllt mit Fachleuten und Interessierten aus den Bereichen Medizin, Psychologie, Jura, Sozialpädagogik und Soziale Arbeit. Auch einige Betroffene waren eingeladen, von ihren Erfahrungen zu berichten.

Tragweite nicht verstanden

Und so konnten den Referaten von Gutachtern – allen voran der Sekretär der Arbeitsgemeinschaft für forensische Altersdiagnostik (AGFAD), Prof. Schmeling aus Münster – Aussagen der Begutachteten gegenübergestellt werden. Dabei wurde deutlich, dass die jungen Flüchtlinge einem erheblichen Druck ausgesetzt sind und die Tragweite der Untersuchung nicht immer verstehen.

Der junge Afghane Shoaib Abdul Ahmad berichtete, dass er sich trotz fünfmaliger Aufforderung von Prof. Schmeling weigerte, sich im Genitalbereich untersuchen zu lassen. Er wurde für volljährig erklärt und musste daraufhin seine Schule in Bielefeld abbrechen. Engagierte Sozialarbeiterinnen unterstützen ihn jetzt.

Der 16-jährige Alhassane Djallo aus Guinea wurde an der Berliner Charité ganzkörperuntersucht und -fotografiert und ins MRT geschickt, ohne dass ihm dieses Verfahren angemessen erklärt wurde.

Eindrucksvoll auch die Schilderungen junger Flüchtlinge aus Belgien über die psychischen Folgen der Altersdiagnostik, von denen die Sozialpädagogin Ilse Derluyn berichtete, und aus Schweden, das gleich mit drei ehemaligen „UMF“ vertreten war.

Widersprüche ignoriert

Auch belgische und schwedische Gutachter kamen zu Wort. Der Sozialpädiater Anders Hjern vom Stockholmer Karolinska-Institut stellte ein ganzheitliches Konzept vor, das die Behörden nach kurzer Zeit ablehnten, weil ihnen die Kinder- und Jugendärzte keine Einzelbefunde, sondern nur eine Gesamteinschätzung übermittelten, überwiegend mit dem Ergebnis, dass eine Minderjährigkeit wahrscheinlich sei. Die Pädiater hielten sich strikt an die Empfehlung des UN-Ausschusses für die Rechte des Kindes, wonach „im Falle



Foto: © SpeedKingz/Shutterstock

verbleibender Zweifel (...), wann immer die Möglichkeit besteht, dass es sich um ein Kind handeln könnte, er oder sie als solches zu behandeln ist“.

Auch die Rechtsmediziner nahmen für sich in Anspruch, nach diesem Grundsatz zu handeln. Guy Willem, Professor für forensische Odontologie in Leuven, erklärte sein belgisches Modell eines „Tripel-Tests“ – wie bei der AGFAD bestehend aus Zahn- und Handröntgen und CT der Sternoclavikulargelenke. Spricht auch nur einer der Befunde für Minderjährigkeit, so wird diese attestiert. Das wird von deutschen Rechtsmedizinern leider meist anders gehandhabt.

Hingewiesen auf Widersprüche in einer seiner Kasuistiken, bei dem trotz „erwachsenem“ Zahnstatus und Schlüsselbeinbefund das Handröntgen klar für Minder-

jährigkeit sprach, die Beweiskraft der Zahnaufnahme also anzuzweifeln sei, rief Willems: „Aber das ist eine absolute Ausnahme! Wenn wir so etwas mitberücksichtigen, können wir die Untersuchung gleich lassen!“ Besser hätten auch die Veranstalter ihre Kritik an der Röntgendiagnostik nicht ausdrücken können...

Nicht der Weisheit letzter Schluss

Doch niemand sprach so virtuos und humorvoll über die trockene Statistik wie Tim Cole vom Institute of Child Health, London. Sein Vortrag machte deutlich, dass die Beurteilung der Weisheitszähne trotz ihrer relativ hohen Vorhersagekraft nicht der Weisheit letzter Schluss ist: Je nach Ethnie sind 6-10% der Menschen mit voll ausgereiftem Befund unter 18 Jahren. Handröntgenbefunde sind völlig ungeeignet, die Frage nach Volljährigkeit zu beantworten, während unreife Pubertätsmerkmale immerhin die Minderjährigkeit beweisen können.

Dass Röntgenverfahren nicht nur ungenau, sondern insgesamt risikoreich sind, zeigte Brigitte Stöver, die viele Jahre die Kinderradiologie an der Charité geleitet hatte. Sie betonte, dass ohne medizinische Indikation

nicht geröntgt werden solle. Die Indikation für das CT der Schlüsselbeine sei auf Grund der hohen Organ Dosen besonders streng zu stellen.

Auch Claudia Wiesemann vom Göttinger Institut für Ethik und Geschichte der Medizin ging speziell auf diese Methode ein, deren Validität in den Referenzstudien nicht ausreichend belegt sei. Ihr Fazit: „Die biologische Altersschätzung in der derzeitigen Form ist ethisch nicht zu rechtfertigen.“

Den Weg aus dem Streit um Strahlendosen und Konfidenzintervalle zeigte Annette Grüters-Kießlich, als Direktorin der Charité-Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin auch Gastgeberin der Veranstaltung. Sie plädierte für eine Willkommenskultur, die nicht fragwürdige und ungenaue Tests zum chronologischen Alter, sondern den Hilfebedarf der jungen Flüchtlinge in den Mittelpunkt stellt.

*Dr. med. Thomas Nowotny
Kinder- und Jugendarzt
Salzburger Str. 27
83071 Stephanskirchen
t.nowotny@onlinehome.de*

Red.: Kup

Ausschreibung

Beauftragter des Preises „Pädiater für Kinder in Krisenregionen“

Der BVKJ sucht einen neuen Beauftragten für den Preis „Pädiater für Kinder in Krisenregionen“, der den BVKJ-Vorstand bei der Wahl geeigneter Preisträger beraten kann. Jahrelang hatte Dr. Gottfried Huss diese Aufgabe mit großem Einsatz erfüllt.

Der Preis

Der Preis „Pädiater für Kinder in Krisenregionen“ wird zusammen mit der Firma Krewel-Meuselbach GmbH jährlich vergeben und ist mit 5.000,- € dotiert. Er richtet sich an Kinder- und Jugendärzte, die für mindestens acht Wochen in einer Krisenregion der Welt pädiatrischen Dienst getan haben, um Ihr Fachwissen und Engagement notleidenden Kindern in Krisenregionen zugutekommen zu lassen.

Das tut der Beauftragte

Die Aufgabe des Beauftragten ist es, die Augen offen zu halten und mögliche Preisträger zu identifizieren. Die eingereichten Bewerbungen und Vorschläge wer-

den in der Geschäftsstelle gesammelt und an ihn weitergeleitet. Der Beauftragte berät mit dem Vorstand über den ausgewählten Kandidaten. Er bereitet die Laudatio vor und ist nach Möglichkeit am Abend der Preisverleihung anwesend. Die Verleihung findet im Rahmen der Eröffnungsfeier des Kongresses in Berlin oder Bad Orb statt.

Sind Sie erfahren im Bereich Auslandseinsätze und haben Interesse an einer Mitarbeit?

Dann freut sich die Geschäftsstelle über Ihre Kontaktaufnahme!

Richten Sie diese bitte an bvkj.buero@uminfo.de oder rufen uns an, wenn Sie noch Fragen haben, Tel.: 0221-68 909 11.

Red.: ReH

Prekäre Versorgungslage der Flüchtlinge in Berlin – Ärztekammer Berlin fordert Sofortmaßnahmen insbesondere für Kinder

Innerhalb der letzten Monate ist es aufgrund der deutlich angestiegenen Flüchtlingsanzahl zu einer erheblichen Problematik bei der Versorgung von Flüchtlingen gekommen, schreibt die Berliner Ärztekammer in einer Mitteilung am 18. August. Eine adäquate medizinische Versorgung insbesondere der Flüchtlinge, die neu nach Berlin gekommen sind und unverschuldet noch keinen Antrag auf Asyl beim zuständigen Landesamt für Gesundheit und Soziales (LaGeSo) stellen konnten, sei nicht mehr gegeben.

Grund dafür: neu in Berlin ankommende Flüchtlinge werden aufgrund fehlender Kapazitäten beim LaGeSo über Tage nicht als Asylsuchende registriert und müssen bis zu ihrer Registrierung ohne ausreichende behördliche Unterstützung ausharren. Dies führe aktuell zu Obdachlosigkeit und fehlender medizinischer Versorgung der zum Teil schwer traumatisierten und kranken Flüchtlinge. Die hygienischen Bedingungen der zumeist in örtlicher Nähe zum LaGeSo campierenden und wartenden Flüchtlinge seien prekär und beispiellos. Eine Behandlung der Asylsuchenden gemäß der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33, die das Erkennen einer besonderen Schutzbedürftigkeit von antragstellenden Asylbewerbern verlangt, sei unter diesen Bedingungen nicht einmal mehr ansatzweise möglich.

Aus diesem Grund fordert die Ärztekammer Berlin Sofortmaßnahmen:

1. Bereitstellung einer ausreichenden primärärztlichen Versorgung (insbesondere für die Bereiche Allgemeinmedizin, Pädiatrie, Gynäkologie, Dermatologie

und Psychiatrie) ganztägig direkt bei den Flüchtlingen auf dem Gelände des LaGeSo.

2. Bereitstellung eines Medikamentenbudgets, das eine adäquate medizinische Versorgung ermöglicht. Eine ausreichende Versorgung mit Nahrungsmitteln und Getränken.
3. Beendigung jeder Form der Obdachlosigkeit zwischen Erstankunft beim LaGeSo und der Registrierung als Asylsuchende. Schutz vor schlechten Witterungsverhältnissen muss gewährleistet werden.
4. Schnelle Identifizierung besonders schutzbedürftiger Personen entsprechend der EU-Richtlinie 2013/33.
5. Garantie von hygienischen Mindeststandards auf dem Gelände des LaGeSo. Genügend Toilettenanlagen, Waschelegenheiten, Duschen sowie Bereitstellung von Hygieneartikeln und Mitteln zur Versorgung von Babys müssen bereitgestellt werden.
6. Mehrsprachliche Informationsbereitstellung und entsprechende Dolmetscherleistungen für die Flüchtlinge zur ausreichenden Kommunikation.

ReH

Milupa schreibt zum dritten Mal den Nutricia Wissenschaftspreis und Praxispreis zur Förderung des Stillens aus

Für die beiden Nutricia-Preise können sich Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz bewerben, die innovative Muttermilchforschung betreiben oder mit einem eigenen Projekt erfolgreich das Stillen fördern. Die Einsendungen werden von einer internationalen DACH-Jury bewertet und sind mit jeweils 10.000 Euro dotiert. **Der Einsendeschluss für Bewerbungen ist der 19. Oktober 2015.**

Der „Nutricia Wissenschaftspreis“ dient der Erforschung des Stillens sowie der Zusammensetzung und Wirkungsweise der Muttermilch. Prämiert werden herausragende Publikationen, die in einer wissenschaftlich anerkannten Zeitschrift erschienen sind. Bewerben können sich Wissenschaftler/-innen, Ärzte und Ärztinnen, Hebammen und Pflegekräfte

einer akademischen Einrichtung oder sonstigen Forschungseinrichtung, einer Klinik, aber auch anderer Einrichtungen. Der „Nutricia Praxispreis“ dient der praktischen Förderung des Stillens.

Ausgezeichnet werden schriftliche Dokumentationen über Projekte, die das Stillen bzw. den Stellenwert des Stillens in der Öffentlichkeit fördern. Bewerben können sich Hebammen (bzw. -schüler/-innen und -studenten/-innen), Stillberater/-innen, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen, Ärzte und Ärztinnen, und sonstige Berufsgruppen und Organisationen.

Die ausführlichen Preisstatuten sowie Informationen zu den Preisgewinnerinnen und -gewinnern der letzten Jahre unter www.nutricia-forum-muttermilchforschung.org.



„Offterdinger Rotkäppchen“ von Carl Offterdinger, Mein erstes Märchenbuch, Verlag Wilh. Effenberger, Stuttgart, Ende des 19. Jahrhunderts

Hat Rotkäppchen gelogen?



Dr. Christoph Kupferschmid

Hat ein Wolf jemals ein Kind gefressen? Die Wildbiologen werden nicht müde, zu behaupten und zu belegen, dass dieses Vorurteil gegen ihren Schützling nicht stimmt. Ihr Wolf ist menschenfurcht, vorsichtig und so gefährdet, dass sein Schicksal neuerdings mit demjenigen von Asylsuchenden gleich gesetzt wird. Eine „Willkommenskultur“ sei nötig. Tief in uns steckt aber seit früher Kindheit der andere Wolf: Ein grimmiger, ein „Isegrim“. Ein Wolf, der uns voller List, Lust und Begierden nach dem Leben trachtet. Ein Wirtschaftsflüchtling, der unsere Herden und Lebensgrundlage bedroht, ein Schädling, der in unserer modernen Welt nichts mehr zu suchen hat. In den Fabeln werden negative menschliche Charaktereigenschaften wie Habgier, Streitlust, Lüge, Heimtücke und Verschlagenheit auf

den Wolf projiziert - „lupus est homo homini“ - der Mensch ist dem Menschen ein Wolf. Dies ist der Wolf der Märchen, die wir voll Spannung schauernd von den Lippen der Eltern und Großeltern gelesen haben.

Es war einmal

„Es war einmal eine kleine süße Dirne, die hatte jedermann lieb, der sie nur ansah, am allerliebsten aber ihre Großmutter, die wusste gar nicht, was sie alles dem Kinde geben sollte. Einmal schenkte sie ihm ein Käppchen von rotem Sammet, und weil ihm das so wohl stand und es nichts anders mehr tragen wollte, hieß es nur das Rotkäppchen“. So lesen wir die Grimmsche Nacherzählung und Verfeinerung des Märchens, das Charles Perrault (1628-1703) als „Le petit chaperon rouge“ etwa 150 Jahre zuvor verfasst

hat. Wir kennen den Rest der Geschichte. Sie sollte kleine Mädchen vor den bösen und heimtückischen Männern warnen und ihre Moral festigen. Viele Psychoanalytiker ergründeten sie. Das rote Samtkäppchen wird zum Symbol der beginnenden Pubertät, die einsetzende Regelblutung. „Wie der Wolf sein Gelüsten gestillt hatte, legte er sich wieder ins Bett, schlief ein und fing an, überlaut zu schnarchen“ lesen wir bei den Gebrüder Grimm.

In der Fassung von Perrault geht die sexuelle Anspielung viel weiter. Dort entkleidet sich „Le petit chaperon rouge“ und legt sich freiwillig ins Bett, bevor sie ihren Bettpartner fragt weshalb er denn so große Körperteile besitzt. „Ma mere-grand, que vous avez de grands bras! — C’est pour mieux t’embrasser, ma fille“. Großmutter, du hast so große Arme! - Damit ich dich besser um-

armen kann, mein Mädchen. Hier werden die vorsichtige, noch unschuldige Lust und die Mitschuld des Opfers unterstellt. Die Gefahr, sexuelle Gewalt zu erleiden, war für Mädchen im 17. und 18. Jahrhundert nicht kleiner als heute.

Auch im Märchen von den Geißlein kann der trickreiche Schmeichler schließlich die sechs älteren vernaschen. Die Warnungen der Mutter waren zwar eindringlich, aber alle Details konnte auch die erfahrene alte Geiß nicht vorhersehen. Im liebevoll spätromantisch erzählten Musikmärchen Sergei Prokofjews „Peter und der Wolf“ erwischt der Wolf die Ente (weiblich), die in heller Aufregung bei seinem Nahen das schützende Wasser verlassen hat. Drei Hörner symbolisieren ihn als Jäger, der am Ende ein Gejagter wird. In dieser Geschichte ist die moralisch warnende Instanz der Großvater. Die Gartenpforte muss geschlossen bleiben.

Happy End

Immer gibt es Helfer im Märchen. Die Obrigkeit oder eine Vaterfigur werden im Jäger symbolisiert. Er erkennt rechtzeitig die prekäre Lage. Stark, männlich und zupackend greift er ein. Er schlitz

dem Untier den Bauch auf und Rotkäppchen füllt diesen mit Steinen, sodass der Wolf zu Tode kommt. Das Fell nimmt der Retter als Trophäe mit. Auch die Geißmutter kann ihre Kinder noch rechtzeitig befreien. Ganz Hausfrau nimmt sie eine große Schere und vergisst auch nicht, den steingefüllten Wolfsbauch wieder sorgfältig mit Nadel und Faden zu verschließen. Auf wundersame Weise überleben die Verschlungenen den Aufenthalt im Bauch, Rotkäppchen beklagt sich lediglich, dass es dort so dunkel gewesen sei. Das nimmt metaphorisch Todesvorstellungen von kleinen Kindern auf: ein Verlust, etwas Schlimmes, das aber am Ende überstanden wird.

„Die Großmutter aß den Kuchen und trank den Wein, den Rotkäppchen gebracht hatte, und erholte sich wieder, Rotkäppchen aber dachte: Du willst dein Lebtage nicht wieder allein vom Wege ab in den Wald laufen, wenn dir's die Mutter verboten hat.“

Wohlige Gruseln

Die Bedeutung von Märchen für Kinder hob Bruno Bettelheim in seinem Buch „Kinder brauchen Märchen“ (1976) hervor. Trotz al-

ler Grausamkeiten hielt er sie für wertvoll, weil sie stets gut ausgingen. Die Überwindung von Angst war für ihn, der glücklich dem KZ entronnen ist, ein zentraler Punkt, um Autonomie zu erreichen. Obwohl die Kinder längst wissen, dass alles gut enden wird, hören sie Mal für Mal die gefährlichen Passagen der Geschichten mit bangem Gruseln. Und sie wollen sie immer wieder erzählt oder vorgelesen bekommen. Im magischen kindlichen Denken wachsen ihnen Kräfte, jeder Gefahr zu trotzen und selbst die Helden und Beschützer zu sein. Schwarz oder weiß, schön oder hässlich, gut oder böse. Diese Weltsicht entspricht für lange Zeit der Perspektive von Kindern, bis sie langsam lernen, die Realität in feineren Schattierungen und Facetten wahrzunehmen. Der Analytiker C. G. Jung sah im Wolf ein Symbol der Gefahr durch ungebändigte innere Kräfte. Märchen stellten exemplarisch dar, dass solch ein reißendes Unbewusstes gebändigt werden kann. Es wird durch lebenskluge Kinder oder Geißlein überlistet oder vom Jäger zur Strecke gebracht. Oft ist der Wolf in den archetypischen Geschichten Begleiter und Krafttier eines jungen Menschen auf dem Weg zum Erwachsen werden.

Unbeholene Pädagogische Entgruseln

Kaum ein Märchen ist so oft gedeutet, parodiert und verändert worden, wie „Rotkäppchen“. Viele Erwachsene halten es nicht aus, wenn Kinder Angst haben, Angst macht sie hilflos. Allerdings verschwindet die Angst nicht automatisch durch eine angst- und repressionsfreie Pädagogik.

Typisch amerikanisch ist das Ende der Geschichte von James Thurber (1939): „Das Mädchen war noch keine drei Schritte auf das Bett zugegangen, da merkte es, dass das nicht ihre Großmutter war, sondern der Wolf, denn selbst mit einer Nachthaube sieht ein Wolf einer Großmutter nicht ähnlicher als der Metro-Goldwyn-Löwe dem Präsidenten der Vereinigten Staa-



Foto: © agk-images

„Sie war ziemlich erstaunt, als sie Großmutter so in ihrem Nachthemd sah“. Illustration „Le Petit chaperon rouge“ von Gustave Doré (1832-1883)



Foto: © bozzywoj - Fotolia.com

Die kapitolinische Wölfin

ten. Also nahm das kleine Mädchen einen Browning aus ihrem Korb und schoss den Wolf tot. Moral: Es ist heutzutage nicht mehr so leicht wie ehemals, kleinen Mädchen etwas vorzumachen.“ Im modernen Märchen „Blaukappchen“ fährt das Mädchen mit dem Fahrrad zur Oma. Als sie dort „ankam spielte Oma gerade eine Runde Golf. Plötzlich kam der böse Wolf aus dem Wald, rannte auf Blaukappchen zu, riss sein großes Maul ganz weit auf und wollte Blaukappchen fressen. Doch als Oma das sah, nahm sie schnell ihren Golfschläger, legte sich einen Ball zurecht, schlug mit voller Wucht auf den Ball und traf den bösen Wolf genau zwischen seinen Augen.“ In www.grimm-schule.de finden sich noch weitere mehr oder weniger gewalttätige und „coole“ Versionen. In den meisten sind die Rotkappchen-Protagonistinnen emanzipiert. Die Geschichten sind sprachlich eher flach und der Zauber des Gruselns ist verlorengegangen. Der Wolf ist alltäglich geworden.

Der andere Wolf

Im 16. Jahrhundert wurde auch eine völlig andere Wolfsgeschichte erzählt: „Im Jahre 1555 im Sommer lief etliche Wochen lang im

Weichbild der Stadt Erfurt ein Wolf herum, der lief den Leuten auf dem Felde nach, umarmte, herzte und drückte sie, absonderlich die Weibspersonen, tat ihnen aber sonst kein Leides und biss niemand. Wenn er aber so eine oder die andere umschlungen hielt und den Rachen aufriss, der von einer ungewöhnlichen Größe war, ist sie doch so erschrocken, dass sie fast den Tod davon hatte. Glaubwürdige Leute sollen das gesehen und ausgesagt haben.“ Ein Lüstling vielleicht oder nur Ausdruck ungestümer Lebensfreude.

Auch die List des Wolfes kommt an ihre Grenzen: Walt Disney hat die Vorlage des alten englischen Märchens übernommen, das von Joseph Jacobs um 1890 niedergeschrieben wurde. „Drei kleine Schweinchen, von denen jedes sehr viel frisst, werden von ihrer Mutter vor die Tür gesetzt, weil der Platz für sie nicht mehr reicht und überhaupt ... sie fressen zu viel. Sie sollen sich nun jedes ein eigenes Haus bauen. Das erste Schweinchen baut sich ein Haus aus Stroh, das zweite eins aus Holz... Das dritte Schweinchen aber ist sorgsam und vorausschauend. Es baut aufwändiger, nämlich ein Haus aus Stein, dem der Wolf nichts anhaben kann.“ Der Wolf pustet die Häuser der

ersten beiden nieder und die unpraktischen Geschwister können sich in das sichere Heim des dritten flüchten. Beim Versuch durch den Schornstein dort hinein zu gelangen, landet der Wolf im Kochtopf. Disney hat in vielen Geschichten diesen Wolf dargestellt, dessen Listen der Schlaueit von „Schweinchen Schlau“ (im Original Practical Pig) nicht gewachsen sind. Für die Kinderseele gab Disney dem großen bösen Wolf einen antagonistischen Sohn, der seinen kleinen Schweinefreunden nach Kräften hilft, gegen den Vater zu bestehen. Das Vater-Sohn-Verhältnis leidet dadurch offenbar in keiner Weise. In diesen Geschichten können sich Kinder gefahrlos mit beiden Seiten des Wolfes identifizieren. Der gierige große böse Wolf ist auch ein fürsorglicher, und in den meisten Geschichten ein allein erziehender Vater.

Der fürsorgliche Wolf

Tschingis Khan, der Begründer des mongolischen Weltreiches, leitete seine Herkunft von einem sagenhaften grauen Wolf ab. Nach der Sage war auch die Gründung Roms nur durch die Fürsorge einer Wölfin möglich. Sie nährte die Zwillinge Romulus und Remus, Kinder des Kriegsgottes Mars, nachdem sie auf Geheiß ihres Großonkels Amulius in einem Weidenkorb auf dem Tiber ausgesetzt worden waren. Der Wolf ist ein Tier des Gottes Mars, die Wölfin „lupa“ wurde als Liebesgöttin verehrt. Im indianischen „Medizinrad“ gelten Wolf-Menschen als intuitiv, vertrauensvoll, sensibel und leidenschaftlich.

Berichte von „Wolfskindern“ gehören schon seit Jahrhunderten zu den immer wieder erzählten Geschichten in Indien. 1920 soll der in Indien lebende Missionar J. A. L. Singh in der Höhle einer Wölfin zwei kleine Mädchen, 8 Jahre und 18 Monate alt gefunden haben und sie trotz heftiger Gegenwehr des aggressiven Muttertiers in ein Waisenhaus gebracht haben. Kamala und Amala wurden sie genannt. Beide seien 1929 gestorben.

Anrührend und hoch spannend ist Rudyard Kiplings (1865-1936) Geschichte des kleinen Jungen, der im indischen Dschungel von Seoni nach einem Tigerangriff von seinen Eltern zurückgelassen wurde und in eine Wolfshöhle gelangt. „Wie winzig, wie nackt und - wie tapfer!“ sagte Mutter Wolf sanft. Der kleine drängte die Wolfsjungen beiseite, um dicht an das warme Fell der Mutter zu gelangen. „Ahai, er sucht seine Nahrung, ganz wie die anderen. Das ist also ein Menschenjunges?“ „Mit einem Prankenschlag könnte ich es zerquetschen, aber sieh doch, wie es aufschaut zu uns, und nicht ein bisschen Angst hat es“ räsoniert der Wolf Rama, als er innerlich beschlossen hat, den klei-

Der beste Freund

„Der Mensch ist dem Menschen ein Wolf“

Wenn wir dem Wolf alle unsere verschiedenen Eigenschaften geben: Lüge, Gier, Kraft und Mordlust auf der einen, Mütterlichkeit, Familienzusammenhalt und Fürsorglichkeit auf der anderen Seite. Dann brauchen wir uns nicht über die Ambivalenz zu wundern, mit der wir mit diesem Tier umgehen. Unsere gemeinsame Geschichte ist von Anfang an eher positiv geprägt. Wissenschaftler gehen davon aus, dass bereits vor 14000 bis 16000 Jahren die ersten Wölfe vom Menschen aufgezogen und als Haustiere gehalten worden sind. Damit nahm die



© giorgiape - Fotolia.com

nen Menschen aufzunehmen und ihn vor den Nachstellungen des alten Tigers Schir Kahn zu beschützen. Ganz freiwillig tat er es nicht, denn es ist in Kiplings Geschichte eindeutig die Wölfin Raschka, die in der Höhle das Sagen hat. Selbst Schir Khan ist ihrer zornigen Bestimmtheit nicht gewachsen. Walt Disney hat das Dschungelbuch 1967 in seinem Film neu erzählt und damit den erfolgreichsten Disney Klassiker für Millionen von Kindern geschaffen.

Erfolgsgeschichte des Hundes, „des besten Freundes der Menschen“ ihren Lauf. Erst die landwirtschaftliche Entwicklung machte den Wolf zum Feind. Mit der Waldrodung wurde sein Lebensraum immer weiter eingeengt und seine natürlichen Nahrungstiere wurden zugunsten der „Nutztiere“ verdrängt.

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

Buchtipp

Ada Fuest, Friedel John,
Matthias Wenke (Hrsg.)
Handbuch der individualpsychologischen Beratung in Theorie und Praxis.
Waxmann Verlag GmbH
Münster 2014, S. 488
ISBN 978-3-8309-3099-0, € 59,50



Was hilft einem Pädiater ein Handbuch über individualpsychologische Beratung? Schon im Vorwort finden wir erste Hinweise darauf, dass auch für unsere tägliche pädiatrische Tätigkeit dieses Handbuch von Bedeutung sein könnte. „Als Theorie des sozialen Miteinanders war die Individualpsychologie von Beginn an eine psychotherapeutische und zudem prophylaktisch und pädagogisch orientierte Psychologie, sodass auch die Tradition von Beratungsstellen wesentlich auf den Arbeiten von Alfred Adler

fußt“. Ohne Übertreibung lässt sich sagen, dass ca. 30 bis 50 % unserer pädiatrischen Arbeit mit Psychologie und psychologischer Beratung zu tun hat. Als Anwälte für gesunde kindliche Entwicklung und ganzheitlich denkende therapeutische Begleiter sind wir Coaches für die Eltern und Betreuer und vielfach für die Kinder- und Jugendlichen selbst. Aufgrund häufig mangelnder psychologischer Ausbildung gründet dabei allzu oft unsere Beratung mehr auf Intuition als fundiertem Wissen. In dem vorliegenden Handbuch finden wir neben grundsätzlicher Darstellung dessen, was bei Beratungen, Supervisionen und Coaching passiert, eine differenzierte Betrachtung von Methodik und Anwendungsbereichen.

Das Buch wendet sich an alle, „die sich über individualpsychologische Beratung informieren und den Rahmen ihrer professionellen Beratungsarbeit erweitern möchten“. Wenn auch Ärzte hier nicht explizit genannt werden, so wird doch beim Lesen sehr bald deutlich, dass wir uns in vielen der angesprochenen Themen bei unserer Arbeit wiederfinden und das Fundament unserer täglichen pädiatrischen Beratungstätigkeit vertiefen können.

Wir erfahren etwas über das Wesen von Verstehen, als zentrales Element von Beratung und Therapie. Dies wird deutlich bei der Betrachtung der Aspekte der Individualpsychologie. Sie ist

- eine phänomenologische Erfahrungspsychologie,
- eine soziale Beziehungspsychologie

- eine systemische Positionspsychologie und
- eine dynamische Gebrauchspsychologie.

Adlers Erklärung für die menschliche Fähigkeit zum einfühlenden Verstehen führt uns zum Gemeinschaftsgefühl. Lange bevor die Existenz der Spiegelneurone bekannt und erforscht wurde formulierte Adler 1927 „das Mitgefühl ist der reinste Ausdruck für das Gemeinschaftsgefühl“ als wesentliche Grundlage zwischenmenschlicher Beziehungskultur. „Was verhindert die Entwicklung des Gemeinschaftsgefühls bei einem Menschen? Hauptsächlich der Umstand, dass das Menschenkind sich nicht freundlich zum Leben eingeladen fühlt und deshalb von Anfang an glaubt, nur an sich selbst denken zu müssen (Adler 1937). Das Minderwertigkeitsgefühl wird geboren „... und verlangt gebieterisch nach irgendeiner Tat“, die wiederum häufig zum Gegenstand unserer täglichen Arbeit wird.

„Man kann den Erwachsenen nicht verstehen, wenn man das Kind nicht versteht“ (Adler 1931). Folgerichtig erfahren wir Wesentliches zu den Rahmenbedingungen, unter denen optimales Lernen, der Motor kindlicher Entwicklung, stattfindet. Forschungsergebnisse, die individualpsychologische Positionen bestätigen, illustrieren in sehr anschaulicher Weise die Grundlagen kindlicher Entwicklung.

Die Betrachtung des Lebensstils aus unterschiedlichen Blickwinkeln (Träume, Geschwisterkonstellation,

Familienkonstellation...) bringt uns sehr erhellende Aspekte für unsere beratende ärztliche Tätigkeit. Hier finden wir, wie immer wieder vorkommend im vorliegenden Handbuch, hilfreiche Systematisierungen, Fragestellungen und deren Auswertung und Deutung.

Die Analyse der verbalen und nonverbalen Kommunikation zeigt die so interpretierte Individualpsychologie als sinnhaft-verstehende Menschenkunde. Sie ist die „notwendige dritte Alternative zu einer seelenlosen Körperlichkeit der Medizin auf der einen Seite und einer körperlosen Seelsorge der Psychologie auf der anderen Wir sind im wahrsten Sinne des Wortes sprechender Leib“ (S. 121).

Das zentrale Kapitel dieses Handbuches beschäftigt sich mit den Lebensaufgaben. Der Mensch wird als Individuum und gleichzeitig stets im Zusammenhang mit den Aufgaben in seiner Lebenswelt und in seinem Verhältnis zu anderen Individuen untersucht. Die Lebensaufgabe Gemeinschaft steht in engem Zusammenhang mit der zweiten Lebensaufgabe Arbeit. Von den fünf individualpsychologischen Gesichtspunkten in der Betrachtung der Lebensaufgabe Arbeit möchte ich dabei einen herausgreifen. „Arbeit ist eine unabdingbare Voraussetzung, um persönlichen Wert und Wichtigkeit zu finden und um vor anderen (geschichtlich) in Erscheinung zu treten.“ Gerade für unsere Arbeit mit Jugendlichen mit und ohne Behinderung zeigt der individualpsychologische Blick auf Bildungschancen, Ausbildungsmöglichkeiten, unbezahlte Praktikumstätigkeit und Jugendarbeitslosigkeit wo die großen Probleme unseres Umgangs mit der „Resource Jugend“ bestehen und welche gesellschaftliche Herausforderungen und Aufgaben vor uns liegen. „Ohne Arbeit wird uns die Chance zu persönlichem Wachstum und Entwicklung genommen“ (S. 151).

Die Beschäftigung mit der Lebensaufgabe des Kindes und den Lebensaufgaben des Jugendlichen geben uns wichtige Grundlagen und zeigen Wege in der Betreuung und Beratung von Kindern und Jugend-

lichen. Die Auseinandersetzung mit den Lebensaufgaben des Erwachsenen bietet darüber hinaus die Möglichkeit der Selbstreflexion.

Das Kapitel über Methoden individualpsychologischer Beratung sei jedem besonders ans Herz gelegt, der nicht „nur eben mal schnell“ sondern tiefer gehend in die beratende Praxis einsteigen möchte.

Keinesfalls dürfen in solch einem Handbuch Fallbeispiele individualpsychologischer Beratung fehlen. Gerade im Hinblick auf die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen bekommen wir hier sehr konkrete und nützliche Beratungsbeispiele.

Das Handbuch schließt mit dem Kapitel über Selbstverständnis, aktuelle Forschung und institutionelle Verortung der Individualpsychologie sowie einer umfangreichen Literaturliste und dem Hinweis auf die Weiterqualifizierungsmöglichkeit.

Es richtet sich an Alle, die sich auf der Suche nach einer überzeugenden Grundlage für Beratungstätigkeit befinden und/oder nach Anregungen für die eigene Beratungspraxis suchen. Es bietet in seiner umfangreichen Betrachtungsweise individualpsychologischer Beratung in Theorie und Praxis ein solides Fundament für unsere pädiatrische Patientenbetreuung. Dabei machen die in jedem Kapitel zu findenden Beispiele aus der Praxis eine konkrete Umsetzbarkeit individualpsychologischer Beratung möglich. Den drei Herausgebern ist mit Ihrem Handbuch eine wohl strukturierte und bisher beispiellose umfassende Darstellung der Thematik gelungen. Dabei ist es auch für den „individualpsychologischen Laien“ verständlich, erhellend und im Praxisalltag konkret einsetzbar. Eine weite Verbreitung auch über die Grenzen der individualpsychologischen Praxis hinaus ist ihm zu wünschen. Die vermittelten Erkenntnisse und Betrachtungen sind für jeden therapeutisch Tätigen von größtem Wert.

Dr. Bernhard Stier
35510 Butzbach
E-Mail: bstier@t-online.de

Red.: Kup

Buchtipps

D. Wechsler, J. A. Naglierie
Wechsler Nonverbal Scale of Ability (WNV)

Verlag Pearson, Frankfurt, 2014

Deutsche Version

Hg. Prof. Dr. Franz Petermann

€ 1.069,-, ISBN 978-3-943274-09-7



Der WNV stellt einen sprachfreien mehrdimensionalen Test zur Erfassung der allgemeinen kognitiven Fähigkeiten dar. Er baut auf dem Intelligenzkonzept der Wechsler-Skalen auf, die in Deutschland als aktuelle revidierte Form unter dem Namen HAWIK IV und WPPSI-III erhältlich sind.

Im Unterschied zu diesen Tests minimiert der jetzt vorliegende Test jedoch sprachliche Anweisungen und Antworten ohne in die Eindimensionalität der Matrizen-Teste zu verfallen. Er ermöglicht, den Intelligenzquotienten bei Kindern mit expressiven oder rezessiven Sprachproblemen sowie auch mit auditiven Problemen zu messen. Bei Kindern mit Migrationshintergrund und noch mäßigen oder fehlenden deutschen Sprachkenntnissen ermöglicht der WNV eine Beurteilung des allgemeinen kognitiven Potentials. Die Testanweisungen des Testleiters und die Antworten der Testperson können nonverbal gegeben werden.

Der Test ist für eine Altersspanne von 4 bis 21,11 Jahre anwendbar.

Die Testpersonen müssen vier Untertests ausfüllen.

Für die 4- bis 11-Jährigen konzipiert ist der

- Matrizen-Test
- Zahlen-Symbol-Test
- Figuren legen
- Formen wieder erkennen

Für die 8- bis 21,11-Jährigen konzipiert ist der

- Matrizen-Test
- Zahlen-Symbol-Test
- Visuell-räumliche Merkspanne
- Bilder ordnen

Der **Matrizen-Test** wurde aus dem HAWIK IV adaptiert übernommen. Er misst die allgemeinen kognitiven Fähigkeiten sowie das wahrnehmungsbezogene Schlussfolgern.

Der **Zahlen-Symbol-Test** wurde aus dem HAWIK IV übernommen. Er misst die allgemeinen kognitiven Fähigkeiten sowie die graphomotorische Geschwindigkeit.

Der Untertest **Figuren legen** wurde adaptiert aus dem WPPSI-III und dem HAWIK III übernommen. Er misst die allgemeinen kognitiven Fähigkeiten, die Fähigkeit zur Wahrnehmungsorganisation sowie das Erkennen von Teil-Ganzes-Beziehungen.

Der Untertest **Formen wiedererkennen** misst die allgemeinen kognitiven Fähigkeiten sowie das unmittelbare Gedächtnis für visuell-räumliche Muster.

Der Untertest **visuell-räumliche Merkspanne** wurde adaptiert aus der Hamburg-Wechsler-memory scale übernommen. Er misst die allgemeinen kognitiven Fähigkeiten sowie das Arbeitsgedächtnis für visuell-räumliche Stimuli.

Der Untertest **Bilder ordnen** wurde adaptiert aus der Forschungsversion des HAWIK IV übernommen. Er misst die allgemeinen kognitiven Fähigkeiten sowie die Fähigkeit zur Wahrnehmungsorganisation.

Die Durchführungsdauer der jeweils vier Untertests beträgt 30 bis 45 Minuten. Bei Zeitknappheit ist es auch möglich nur jeweils zwei Untertests durchzuführen.

Die Testleistungen werden in Rohwerten erfasst und in standardi-

sierte t-Werte überführt. Die Summe der T-Werte werden zu einem Gesamt IQ transferiert.

Der Test wurde von der Arbeitsgruppe um Prof. Petermann übersetzt und für deutsche Kinder und Jugendliche validiert. Klinische Validierungen für Kinder mit Sprachstörungen und Lese-/Rechtschreibstörungen fanden an einer Subgruppe statt. Hier konnte nachgewiesen werden, dass die Handycaps bei der Ermittlung des Gesamt IQ nicht mindernd wirkten.

Der Test ist vor allem für die mit dem HAWIK IV und dem WPPSI-III Vertrauten problemlos und zügig durchzuführen und auszuwerten. Das Testmaterial ist für die Kinder ansprechend und motivierend. Auch Kinder mit Migrationshintergrund, die wir in unserer Praxis testeten, konnten ihrem kognitiven Potential entsprechend die Testaufgaben meistern und fair bewertet werden.

Für die Praxis ergibt sich bei Einsatz des Testes der Vorteil, dass mit einem Test eine große Altersspanne abgedeckt werden kann. Der Test misst aus meinen ersten Erfahrungen zuverlässig bei geringerem Zeitaufwand im Vergleich zum HAWIK IV. Leider ist das auditive Arbeitsgedächtnis nicht mehr ermittelbar – eine große Unterstützung in der Diagnostik der ADHS. Die Testbeobachtung und die Ergebnisse im Formen wieder erkennen und die visuell-räumliche Merkspanne können aber für die Diagnose ADHS hilfreich sein.

Ich halte den Test für sehr empfehlenswert vor allem vor dem Hintergrund, dass in unseren Praxen zunehmend Kinder und Jugendliche mit nicht ausreichenden Deutschkenntnissen betreut werden und wir immer wieder mit der Frage der adäquaten Beschulung konfrontiert werden

Dr. Kirsten Stollhoff
 22767 Hamburg
 E-Mail: stollhoff@kvhh.net

Red.: ReH

Die Welt der Kinder im Blick der Maler

Zu den schönsten Kinderbildnissen gehört dieses Gemälde von Velázquez. Die kleine blonde Prinzessin, die Infantin Margarita Teresa, steht im Mittelpunkt der Szene, umgeben von Zofen, Pagen, Zwerg und riesigem Hund. Weiter hinten im Dämmerlicht der geschlossenen Läden flüstern zwei Hofbedienstete. Ganz hinten in der offenen Tür steht der Hausmarschall der Königin, den Vorhang zurückschlagend. Daneben ein großer Spiegel, in dem sich die Konturen eines Paares abzeichnen: der eigentliche Bezugspunkt des Geschehens, der sich freilich erst nach längerem Betrachten erschließt, es handelt sich um das königliche Paar selbst, das von oben in den Galerieraum hineinschaut. Wir sehen, was König und Königin erblicken, nicht etwa, was der Maler sieht, der vor seiner riesigen Staffelei steht und den Augenblick festhält. Es handelt sich um Velázquez, der sich in einem Selbstporträt dargestellt hat. Da sich die Szene in seinem Rücken abspielt, kann er das Bild eigentlich nur gemalt haben, wenn er sich dabei eines gegenüber von ihm hängenden Spiegels bediente. Auf der Brust trägt der Maler das rote Kreuz des Santiagoordens. Die Legende will wissen, Philipp IV. habe ihn nach der Vollendung des Gemäldes königlich überraschen wollen und selbst mit dem Pinsel das Kreuz aufgemalt. Tatsächlich haben die Förmlichkeiten zur Verleihung des Ordens erst zwei Jahre später stattgefunden, erst dann konnte das Kreuz hinzugefügt werden.

König Philipp heiratete im Alter noch einmal, nämlich seine Nichte. Dieser Verbindung entspross ein liebliches Töchterchen, Margarita Teresa. In jenen Jahren des Niedergangs und schmachvoller Katastrophen war das „der letzte Sonnenblick eines umdunkelten Lebensabends“ (Carl Justi). Auf unserem Bild leuchtet die kleine Schönheit, umgeben von dunkeläugigen und schwarzhaarigen Edelfräulein. Das knieende Fräulein im Profil reicht der Infantin auf goldener Schale Wasser in



Diego Velázquez, *Las Meninas*, 1656, Museo del Prado, Madrid

einem roten Bucaro-Schälchen. Die andere Menina (beide sind Sprösslinge altkastilischer Stämme) führt eine leicht knicksende Bewegung aus, auch sie stets zu Hilfeleistungen bereit. In dem abgedunkelten Raum sind die Gemälde an der Hinterwand, Kopien Rubensscher Mythologien, kaum zu erkennen. Fast alle Blicke richten sich auf das königliche Paar. In den Verbeugungen der Meninas liegt eine natürliche Grazie. Die neun Figuren sind abgetönt. Am vollsten fällt das Licht auf die Prinzessin, zurückgestrahlt von weißem Atlas und goldenem Blond. Margarita Teresa spürt natürlich, dass sie im Mittelpunkt steht, aber sie wirkt nicht überheblich, sondern betrachtet die Szene mit kindlicher Neugier. Andere Gestalten sind in stets wechselnder Zufälligkeit der Beleuchtung modelliert, noch andere tauchen ganz in die Dämmerung ein. Das Bild war eine Huldigung an das Königspaar, es war für dessen Privatgemächer bestimmt.

Diego Velázquez, ausgebildet bei Francisco Pacheco, trat 1623 als Hofmaler in die Dienste von König Philipp IV. Zwei Italienreisen machten ihn mit der italienischen Kunst vertraut, in Neapel lernte er Ribera kennen, in Madrid Rubens. Künst-

lerisch von Caravaggio ausgehend, beeinflusst auch von Tizian, entwickelte er einen eigenen kraftvollen Stil von eindringlichem Realismus. Wie kein anderer hat er das spanische Wesen (zwischen Spiritualität und Willen zum Leben pendelnd) getroffen. Lange Zeit blieb er im übrigen Europa weitgehend unbekannt. Die meisten seiner Gemälde waren für die königlichen Gemächer geschaffen worden und deshalb der Außenwelt kaum zugänglich. Raphael Mengs lernte 1761 den königlichen Gemäldeschatz in Madrid kennen und war begeistert von diesem großen Realisten. Danach fanden allmählich Werke von Velázquez ihren Weg in die europäischen Galerien. Der Weltruhm dieses Malers begann im Lauf des 19. Jahrhunderts. Man feierte auch seine impressionistischen Züge, manches Detail wurde nicht genau ausgeführt, oft durch flottes Malwerk nur angedeutet, so auch beispielsweise der rechte Ärmel der Infantin.

*Dr. Peter Scharfe
Kinder- und Jugendarzt
Wilhelm-Weitling-Str. 3
01259 Dresden*

Red.: ReH

Fortbildungstermine

bvkj.

 Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

Programme und Anmeldeformulare finden Sie immer aktuell unter:
www.bvkj.de/kongresse

September 2015

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

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

Oktober 2015

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

9.-14 Oktober 2015
43. Herbst-Seminar-Kongress
des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V., Bad Orb
Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte
Mielenforster Str. 2, 51069 Köln
Tel.: 0221/68909-15/26, Fax: 0221/68909-78
(bvkj.kongress@uminfo.de) ②

17. Oktober 2015
Workshop „Sprung in die Praxis“
des BVKJ LV Bayern
Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln
Tel.: 0221/68909-0
Fax: 02221/683204
(bvkj.buero@uminfo.de)

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

November 2015

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

7.-8. November 2015
Psychoziale Themen
des Praxisalltags in Herford
Wiss.Leiter:
Dr. Uwe Büsching, Bielefeld
Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V.
Mielenforster Str. 2, 51069 Köln
Tel.: 0221/68909-15/-26

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

14.-15. November 2015
13. Pädiatrie zum Anfassen
des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V.
LV Bayern, in Bamberg
Tagungsleiter:
Prof. Dr. C. P. Bauer
Gaißach/München
Verantwortlich:
Dr. Martin Lang
Bahnhofstr.4, 86150 Augsburg
Auskunft: ③

25. November 2015
„Immer etwas Neues“ 2015 in Nürtingen
Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft: ⑤

Dezember 2015

2. Dezember 2015
"Immer etwas Neues" 2015 in Münster
Update für das gesamte Praxisteam
Auskunft: ⑤

- ① CCJ GmbH, Tel. 0381-8003980 / Fax: 0381-8003988,
ccj.hamburg@t-online.de
oder Tel. 040-7213053, ccj.rostock@t-online.de
- ② Schmidt-Römhild-Kongressgesellschaft, Lübeck, Tel. 0451-7031-202, Fax: 0451-7031-214, kongresse@schmidt-roemhild.com
- ③ DI-TEXT, Tel. 04736-102534 / Fax: 04736-102536, Digel.F@t-online.de
- ④ Interface GmbH & Co. KG, Tel. 09321-3907300, Fax 09321-3907399,
info@interface-congress.de
- ⑤ Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V., Mielenforster Straße 2, 51069 Köln
Tel: 0221-68909-26 / Fax: 0221-68909-78, Email: Yvonne.rottlaender@uminfo.de

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.



Geburtstage im Oktober 2015

65. Geburtstag

Frau Dr. med. Ingrid *Berlien*, Berlin, am 03.10.
 Frau Regina *Streck-Sperlich*, Köln, am 04.10.
 Herr Dr. med. Bernhard *Gottwald*, Garding, am 05.10.
 Herr Dr. med. Ernst *Weiblen*, Korb, am 07.10.
 Herr Uwe *Momsen*, Herdecke, am 10.10.
 Herr Dr. med. Ulrich *Zimmer*, Rothenburg, am 11.10.
 Frau Dipl.-Med. Monika *Sauerermann*, Lubmin, am 12.10.
 Frau Dr. med. Gabriele *Neubert*, Glauchau, am 12.10.
 Frau Dr. med. Sabine *Leue*, Merseburg, am 13.10.
 Herr Dr. med. Heinz *Lechner*, Prien, am 15.10.
 Herr PD Dr. med. Peter *Beyer*, Dinslaken, am 15.10.
 Herr Dr. med. Wolfram *Millermann*, Syke, am 15.10.
 Herr Dr. med. Michael *Stürmlinger*, Reitmehring, am 20.10.
 Frau Dr. med. Zehra *Dogrul*, Braunschweig, am 25.10.
 Herr PD Dr. med. Jürgen *Prager*, Annaberg-Buchholz, am 26.10.
 Frau Dr. med. Angela *Groetsch-Sidiropoulos*, Isernhagen, am 26.10.
 Frau Dipl.-Med. Silvia *Wiesbaum*, Jahnsdorf, am 28.10.
 Frau Helga *Riedl*, München, am 31.10.
 Herr Dr. med. Dietmar *Hoffmann*, Coburg, am 31.10.

70. Geburtstag

Frau Dr. med. Elisabeth *Luchter*, Gronau, am 01.10.
 Herr Dr. med. Wilhelm *Friederichs*, Unna, am 01.10.
 Herr Dr. med. Edo-Meino *Eden*, Holzwickede, am 01.10.
 Herr Dr. med. Werner *Deigendesch*, Metzingen, am 01.10.
 Frau Dr. med. Britta *Raue*, Heidelberg, am 08.10.
 Herr Dr. med. Wulf *Heisel*,

Speyer, am 08.10.
 Herr Dr. med. Georg *Neemann*, Villeneuve F.S.Lot, am 10.10.
 Frau Dr. med. Rosemarie *Wronna*, Thum, am 20.10.
 Frau Dr. med. Rosemarie *Lindner*, Chemnitz, am 23.10.
 Herr Dr. med. Michael *Repschläger*, Herborn, am 27.10.
 Herr Dr. med. Ulfert *Janssen*, Höchberg, am 27.10.
 Frau Dr. med. Ulrike *Füldner-Thiele*, Kanderndern, am 27.10.
 Frau Dr. med. Monika *Riechert-Zoschenz*, Dortmund, am 30.10.

75. Geburtstag

Frau Dr. med. Hannegret *Herrberger*, Guben, am 05.10.
 Herr Dr. med. Jörg *Schriever*, Mechernich, am 06.10.
 Frau Dr. med. Dagmar *Kopp*, Walldorf, am 07.10.
 Frau Dr. med. Irmgard *Brachmann*, Korbach, am 11.10.
 Herr Peter *Orphal*, Großröhrsdorf, am 12.10.
 Frau Dr. med. Hildegard *Quarcoo*, Bochum, am 14.10.
 Herr Dr. med. Peter *Schöningh*, Emden, am 18.10.
 Frau Dr. med. Ingeborg *Berlin*, Berlin, am 19.10.
 Herr Dr. med. Rainer *Schult*, Flensburg, am 21.10.
 Frau Anneliese *Karadagi*, Moers, am 22.10.
 Herr Dr. med. Bernhard *Dufner*, Hamburg, am 23.10.
 Herr Dr. med. Jürgen *Heimrich*, Erfurt, am 25.10.
 Frau Dr. med. Brigitte *Eichler*, Gau-Algesheim, am 27.10.
 Herr Dr. med. Peter *Brambring*, Giekau, am 29.10.
 Herr MR Dr. med. Jürgen *Günther*, Lichtenau, am 30.10.
 Frau Dr. med. Christa *Damert*, Neubrandenburg, am 31.10.
 Frau Dr. med. Adelheid *Olischläger*, Biberach, am 31.10.

80. Geburtstag

Frau Dr. med. Martina *Mechel*, Halle, am 12.10.
 Herr Dr. med. Helmut von *Kaehne*, Mühlthal, am 14.10.
 Frau MR Dr. med. Ingrid *Polster*, Leipzig, am 25.10.

81. Geburtstag

Frau Dr. med. Karin *Bohn*, Saarbrücken, am 04.10.

82. Geburtstag

Frau Dr. med. Ilse *Ahlert*, Oberursel, am 06.10.

83. Geburtstag

Frau Dr. med. Irene *Banach*, Recklinghausen, am 23.10.

84. Geburtstag

Frau Dr. med. Eva *Elsner*, Zepernick, am 16.10.
 Herr Prof. Dr. med. Jürgen *Natzschka*, Hannover, am 18.10.

Herr Dr. med. Heinrich *Mattern*, Göppingen, am 24.10.

85. Geburtstag

Frau Dr. med. Irmela *Otto*, Hamburg, am 25.10.

86. Geburtstag

Frau Dr. med. Ingeborg *Fuchs*, Würzburg, am 27.10.

87. Geburtstag

Herr Dr. med. Heinrich *Brückner*, Frankfurt/Oder, am 20.10.

88. Geburtstag

Frau Sabina *Jankowska-Wozniak*, Marl, am 26.10.

89. Geburtstag

Herr Prof. Dr. Dr. Hans Werner *Rotthauwe*, Alfter, am 16.10.

90. Geburtstag

Herr Dr. med. Joseph *Diefenthal*, Köln, am 17.10.

Frau Med.-Dir. Dr. med.a.D. Ursula *Meyer*, Mönchengladbach, am 22.10.

92. Geburtstag

Frau Dr. med. Klara *Reichenbach*, Offenburg, am 14.10.

94. Geburtstag

Frau Dr. med. Irmgard *Wittek-Schäfers*, Recklinghausen, am 07.10.

95. Geburtstag

Frau Dr. med. Barbara *Lindscheid*, Hattingen, am 02.10.

Frau Dr. med. Barbara *Christ*, Lippstadt, am 10.10.

96. Geburtstag

Frau Dr. med. Eleonore *Gefßner*, Lörrach, am 02.10.

Herr Dr. med. Horst *Prenzel*, Hamburg, am 30.10.

Wir trauern um:

Frau Dr. Marianne *Waniek*, Ratingen
 Herrn Dr. Heribert *Pauly*, Essen
 Herrn Dr. Jürgen *Rosenthal*, Lohr
 Herrn Dr. Gerd-Andreas *Schuble*, Spaichingen

Im Monat Juli durften wir 53 neue Mitglieder begrüßen.

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



Baden-Württemberg

Herrn Matthias *Beiner*
 Frau Dr. med. Heike *Crane*
 Frau Dr. med. Judith *Hansinger*
 Herrn Dr. med. Andreas *Jahn*
 Frau Dr. med. Hilke *Onnen*
 Herrn Dr. med.
 Markus *Schneider*
 Herrn Dr. med. Daniel *Tegtmeyer*



Bayern

Frau Dr. med. Madalina *Dudau*
 Frau Dr. med. Stella *Exner*
 Frau Dr. med.
 Alice Ivonne *Schmidt*
 Frau Dr. med. Irina *Weiderer*



Brandenburg

Frau Dipl.-Med.
 Cornelia *Kleinke*



Hamburg

Frau Ghazal *Abbas-Arif*



Hessen

Frau Dr. med. Jutta *Appel*
 Frau Dr. med. Anke *Barnasch*
 Frau Dr. med. Anne *Friedrich*
 Herrn Dr. med.
 Benjamin *Groß*
 Herrn Kai *Ullmann*



Niedersachsen

Herrn Michael *Scheel*
 Frau Dr. med. Susanne *Wolters*



Nordrhein

Frau Svenja *van der Gaag*



Schleswig-Holstein

Frau Dr. med. Niki *Amanatidis*
 Frau Dr. med. Kathrin *Ott*



Thüringen

Herrn Dr. med. Lutz *Hempel*
 Frau Dr. med. Christin *Mihm*

5 Jahre VPRIV®

Bewährte Enzymersatztherapie bei Morbus Gaucher

Morbus Gaucher (frz. Aussprache: „Goscheh“) ist eine der häufigsten seltenen Stoffwechselstörungen aus der Gruppe der lysosomalen Speichererkrankungen. M. Gaucher wird autosomal-rezessiv vererbt und kann sich bereits im Kindesalter manifestieren. Die unspezifischen Symptome erschweren es dem Arzt jedoch, diese Speicherkrankheit zu erkennen. Durchschnittlich vergehen für die Patienten neun Jahre bis zum Behandlungsbeginn. VPRIV® (Velaglucerase alfa) steht seit 5 Jahren zur Therapie des M. Gaucher Typ I zur Verfügung. Sie ist als Langzeit-Enzymersatztherapie (EET) bei Morbus Gaucher Typ I auch bei Kindern zugelassen.

Morbus Gaucher gilt als eine der ersten Erkrankungen, deren Ursache molekular aufgeklärt wurde. „Dass diese seltene Stoffwechselerkrankung nun mit einem rekombinanten Protein behandelbar ist, stellt einen riesigen Fortschritt für die Medizin dar“, erklärte Prof. Stephan vom Dahl, Düsseldorf. Durch die Symptomähnlichkeit zu hämato-onkologischen Diagnosen wie Leukämie, Lymphom oder Multiples Myelom gibt es vermutlich etliche nicht diagnostizierte Betroffene. Am häufigsten kommt M. Gaucher Typ I (nicht neuronophatisch) vor, selten Typ II (akut-neuronophatisch) oder Typ III (chronisch-neuronophatisch).

Morbus Gaucher im Hinterkopf haben

„Wir wollen die Kinder möglichst früh entdecken“, betonte Dr. Eugen Mengel, Mainz. Er berichtete von einem neunjährigen Jungen, bei dem bereits seit mehreren Jahren eine massive Milzvergrößerung bekannt war. Dennoch wurde die korrekte Diagnose erst nach einem sehr schmerzhaften, akuten Knocheninfarkt gestellt. „Das ist eine Katastrophe, wir müssen früher an M. Gaucher denken“, forderte Mengel.

Diffuse Knochen- und Gelenkschmerzen sind daher nicht immer als bloße ‚Wachstumsschmerzen‘ zu deuten. Zu beachten ist auch die typische ‚Erlenmeyerkolben-Aufreibung‘ an den distalen Femuren. Zu-

dem treten häufig Frakturen an bestimmten Stellen, wie dem Femurkopf, auf.



Die stark vergrößerte Milz führte zur Diagnose Morbus Gaucher

Neben der oft augenfälligen Splenomegalie und der Lebervergrößerung liefert die Gedeihstörung einen wichtigen Hinweis. Etwa ein Drittel der Kinder zeigen Wachstumsverzögerungen, zudem sind sie stark untergewichtig. Weitere Kennzeichen sind Anämie, Blutungsneigung, Hämatomneigung und Infektanfälligkeit.

Positive Erfahrung mit EET

„Die EET ist der natürliche Weg die Krankheit zu behandeln“, konstatierte Mengel. Zudem entspricht die Aminosäuresequenz von VPRIV® der natürlichen, humanen Glucocerebrosidase-Sequenz und Velaglucerase alfa wird im Gegensatz zu anderen EETs in humanen Zellen hergestellt. Die Substitution durch ein rekombinant hergestelltes Enzym vermindert die Progression der Krankheit. Mengel schilderte seine Erfahrungen bei frühzeitig (vor dem 10. Lebensjahr) diagnostizierten Patienten, die seither EET erhalten. „Bei meinen 14 ältesten Patienten traten bisher keine Manifestationen wie Kleinwuchs, Knochenschmerzen, Knocheninfarkt, Frakturen oder andere Erkrankungen auf“, so Mengel. Gerade der Erhalt der Knochenintegrität wirkt sich auf die Lebensqualität der Betroffenen sehr positiv aus.

Überzeugende Studiendaten

Bestätigt werden diese Erfahrungen etwa durch eine Extensionsstudie von zwei Phase-III-Studien mit 57 Patienten zwischen 3 und 62 Jahren. Unter VPRIV® verbesserten sich die für M. Gaucher relevanten Parameter innerhalb von 24 Monaten signifikant. So erhöhte sich die durchschnittliche Hämoglobinkonzentration um 26 %, die Zahl der Blutplättchen um 120 %. Das Milzvolumen verringerte sich um durchschnittlich 64 %, das Lebervolumen um 27 %. Die zweiwöchentlichen Infusionen wurden gut vertragen.

Eine weitere aktuelle Studie kommt zu vergleichbar guten Ergebnissen. Blutwerte, Milz- und Lebervolumen sowie Knochenparameter verbesserten sich signifikant. Die Compliance war mit 98 % gleichbleibend hoch. „Diese Studien zeigen einen deutlichen Effekt von VPRIV® der auch nach vielen Jahren noch anhält“, betonte Mengel.

Ursache für M. Gaucher

Die lysosomale Speicherkrankheit entsteht durch einen autosomal-rezessiv vererbten Gendefekt auf Chromosom 1. Dadurch wird das Enzym Beta-Glukocerebrosidase gar nicht oder nur unzureichend gebildet. In der Folge reichert sich das Stoffwechselzwischenprodukt Glukocerebrosid in den Lysosomen an. Betroffen sind hier insbesondere Makrophagen, welche sich durch die Ablagerungen vergrößern und dann als ‚Gaucher-Zellen‘ bezeichnet werden. Gaucher-Zellen sind vor allem in Milz, Leber und Knochenmark zu finden und im Verlauf der Erkrankung führt diese Ansammlung zu massiven Funktionsstörungen der betroffenen Organe.

Literatur bei der Verfasserin.

Quelle

Presse-Roundtable „Bewährte Enzymersatztherapie bei Morbus Gaucher - 5 Jahre VPRIV“ am 5. Juni 2015 in Frankfurt, veranstaltet von Shire Deutschland GmbH

Autor

Dr. Marion Hofmann-Aßmus, Fürstenfeldbruck

Impfungen im 1. und 2. Lebensjahr

Schutz für die Kleinsten

Die Masernausbrüche zu Beginn des Jahres haben das Bewusstsein für die Notwendigkeit eines altersgerechten und vollständigen Impfschutzes geschärft: Von Januar bis Mai wurden im Bundesdurchschnitt 43 % mehr Dosen der Kombinationsimpfstoffe gegen Mumps, Masern und Röteln (MMR) abgegeben.¹ Wenngleich Masern im öffentlichen Fokus stehen, darf der Impfschutz in anderen Indikationen nicht vergessen werden. Die Grundlage für einen lebenslangen Impfschutz wird in den ersten beiden Lebensjahren gelegt.

Virale oder bakterielle Infektionen gefährden Säuglinge besonders. Deshalb sollen laut Ständiger Impfkommission (STIKO) empfohlene Impfungen möglichst frühzeitig durchgeführt und die Grundimmunisierung spätestens bis zum Alter von 14 bzw. 23 Monaten (MMR und Varizellen) vollendet werden.² Angesichts der empfohlenen Impfungen gegen 13 Erreger in den ersten beiden Lebensjahren ist das Impfmanagement in der Kinder- und Jugendarztpraxis besonders wichtig (siehe Infokasten). Die Verwendung von Kombinationsimpfstoffen kann unterstützen und zu sicheren sowie effizienten Praxisabläufen beitragen.

Impfung gegen Rotaviren

Für den Aufbau eines umfassenden Impfschutzes gemäß STIKO-Empfehlung sollte mit der Impfung gegen Rotaviren

ab der 6. Lebenswoche begonnen werden. Je nach Impfstoff sind zwei oder drei Dosen im Abstand von mindestens 4 Wochen erforderlich. Infektionen mit Rotaviren (RV) sind eine der häufigsten Ursachen für schwere Gastroenteritiden bei Säuglingen und Kleinkindern.³ RV sind hochinfektiös und sehr umweltresistent – sie können in kontaminiertem Wasser oder etwa auf Spielzeug mehrere Wochen überleben.⁴ Die RV-Impfung gilt als wichtige Maßnahme zur Reduktion schwerer Durchfallerkrankungen, die mit Krankenhauseinweisungen aufgrund von Exsikkose assoziiert sein können. Für die Immunisierung der Säuglinge stehen in Deutschland zwei Impfstoffe zur Verfügung.

Der pentavalente Schluckimpfstoff RotaTeq® ist gegen die fünf häufigsten RV-Serotypen gerichtet und verfügt über ein gutes Sicherheitsprofil.⁵ Er ist bereits

zwei Wochen nach Verabreichung der ersten Dosis wirksam* und in Bezug auf den Langzeitschutz liegen gute Daten bis ins 4. Lebensjahr** vor.⁵

* Bezogen auf die kombinierte Wirksamkeit gegenüber Rotavirus-bedingter Notfall- und Krankenhausbehandlung, verursacht durch die Rotavirus-Typen G1–G4. Wirksamkeit zwischen Dosis 1 und Dosis 2 100 % (95 % KI: 72; 100); Wirksamkeit zwischen Dosis 2 und Dosis 3 91 % (95 % KI: 63; 99). Analyse A: 14 Tage nach Gabe von Dosis 1 bis Dosis 2 und 14 Tage nach Gabe von Dosis 2 bis Dosis 3. Es müssen alle drei vorgeschriebenen Dosen RotaTeq® verabreicht werden.

** Die Rate von Krankenhaus- und Notfallbehandlungen bis drei Jahre nach Abschluss der Impfung konnte reduziert werden: um 94,4 % (95 % KI: 91,6; 96,2) für die Genotypen G1–G4, um 95,5 % (95 % KI: 92,8; 97,2) für den Genotyp G1, um 81,9 % (95 % KI: 16,1; 98,0) für den Genotyp G2, um 89,0 % (95 % KI: 53,3; 98,7) für den Genotyp G3, um 83,4 % (95 % KI: 51,2; 95,8) für den Genotyp G4 und um 94,2 % (95 % KI: 62,2; 99,9) für den Genotyp G9. Während des dritten Jahres gab es aufgrund RV-bedingter Gastroenteritis keinen Fall von Krankenhaus- und Notfallbehandlung in der Impfstoff-Gruppe (n = 3.112) und einen Fall von Krankenhaus- und Notfallbehandlung (nicht typisierbare RV) in der Placebo-Gruppe (n = 3.126).

Planen-Ausführen-Prüfen-Handeln:

4 Schritte für ein verbessertes Impfmanagement

Qualität ist kein Zustand sondern ein fortwährender Prozess. Der Planen-Ausführen-Prüfen-Handeln-Zyklus spiegelt dies wider und erlaubt bei konsequenter Umsetzung eine kontinuierliche Verbesserung der Praxisabläufe.

Planen:

Strukturieren Sie die Abläufe rund um das Impfmanagement – von der Patientenansprache über die Bestellung und Lagerung von Impfstoffen bis hin zur Kontrolle und Dokumentation der Kühlschranktemperatur – und fixieren Sie diese in Prozessbeschreibungen, Verfahrensanweisungen oder Checklisten.

Ausführen:

Unterziehen Sie die festgelegten Abläufe dem Praxistest.

Prüfen:

Überprüfen Sie die Arbeitsabläufe stetig im Hinblick auf mögliche Fehlerquellen und Schwachstellen. Könnten sich beispielsweise durch den Einsatz einer Fertigspritze (z. B. Hexyon®) mit einfacherer Handhabung Vorteile für das Qualitätsmanagement wie Zeitersparnis oder Senkung der Fehlerwahrscheinlichkeit ergeben?

Handeln:

Modifizieren Sie die Arbeitsabläufe wenn nötig und implementieren Sie diese als neuen Standard. Die Verbesserung dieses neuen Standards beginnt wiederum mit der Phase *Planen*.

Die vollständige Immunisierung mit RotaTeq® umfasst drei Dosen:

- Die erste Dosis kann ab Vollendung der 6. Lebenswoche verabreicht werden, jedoch nicht später als vor Vollendung der 12. Lebenswoche.
- Zwischen den einzelnen Dosen sollten mindestens 4 Wochen liegen.
- Die Gabe der 3. Dosis ist bis zur vollendeten 32. Lebenswoche möglich.⁵

Sechsfach-Impfung

Im Alter von 2, 3 und 4 Monaten empfiehlt die STIKO die Grundimmunisierung gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis (DTap), Poliomyelitis (IPV) und Hepatitis B (HB) sowie durch *Haemophilus influenzae* Typ b (Hib) verursachte invasive Erkrankungen mit einer Auffrischimpfung im Alter von 11 bis 14 Monaten.² In Deutschland sind zwei Sechsfach-Impfstoffe verfügbar.

Hexyon® ist der einzige Impfstoff in der Fertigspritze und seit mittlerweile zwei Jahren auf dem Markt. Bislang wurden ca. 1 Mio. Dosen ausgegeben. Eingesetzt werden kann der Impfstoff bei Säuglingen und Kleinkindern im Alter von 6 Wochen bis 24 Monaten sowohl zur Grundimmunisierung als auch zur Auffrischimpfung.⁶ Der Sechsfach-Impfstoff in der Fertigspritze zeichnet sich durch eine hohe Immunogenität bei guter Verträglichkeit aus und kann zeitgleich mit einem MMR-, RV-, Meningokokken-C- oder Pneumokokken-Polysaccharid-Konjugatimpfstoff gegeben werden.⁶

Pro Impfvorgang sind nur wenige Arbeitsschritte notwendig: Da die Hib-Komponente bereits gelöst ist, entfällt das Anmischen und der Impfstoff ist sofort gebrauchsfertig – vor der Impfung muss lediglich die Nadel auf die Spritze gesetzt werden. Mögliche Fehlerquellen wie etwa das Vergessen der Hib-Komponente werden so vermieden und die Gefahr von Nadelstichverletzungen verringert. Zudem lässt sich die Vorbereitungszeit für die Impfung aufgrund der Fertigspritze um fast 50 % reduzieren, wie die Ergebnisse einer randomisierten Crossover-Studie zeigen.⁷ Ein im Zuge der kontinuierlichen Produktverbesserung optimierter Kolben erleichtert die Handhabung zusätzlich.

Impfung gegen Mumps, Masern und Röteln

Neben der Auffrischung der Sechsfach-Impfung soll laut STIKO im Alter

von 11 bis 14 Monaten die erste von zwei Dosen der kombinierten Schutzimpfung gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR-Impfung) verabreicht werden.² Die zweite Impfung folgt im Alter von 15 bis 23 Monaten. Der Grund: Kindern, die nach der Erstimpfung keine Immunität entwickelt haben, wird so eine zweite Gelegenheit zur Entwicklung eines ausreichenden Impfschutzes gegeben.² Dadurch kann eine hohe Impfrate im Kollektiv der zu impfenden Jahrgänge erreicht werden. Für eine Herdenimmunität sind Impfraten von 95 % notwendig, um auch die Kleinsten und Personen, die aus unterschiedlichen medizinischen Gründen nicht geimpft werden dürfen, zu schützen.⁸ In Deutschland wurde jedoch nur etwa jedes dritte Kleinkind vollständig und im von der STIKO vorgesehenen Zeitfenster gegen MMR geimpft, so das Ergebnis einer Untersuchung des Versorgungsatlas der Kassenärztlichen Vereinigung.^{9,***}

Unter bestimmten Umständen kann die erste MMR-Impfung (z. B. mit M-M-RvaxPro®¹⁰) bereits ab einem Alter von 9 Monaten verabreicht werden, beispielsweise in einer Ausbruchssituation oder wenn das Kind in eine Gemeinschaftseinrichtung aufgenommen werden soll.² Wenn die erste Impfung früher als mit 11 Monaten erfolgt ist, muss die 2. MMR-Impfung bereits zu Beginn des 2. Lebensjahres verabreicht werden.²

Wenn das Kind zur Impfung kommt, ist es empfehlenswert, auch den Impfstatus der Eltern zu überprüfen: Wegen der großen Impfücken bei jungen Erwachsenen wird die MMR-Impfung auch für alle nach 1970 geborenen Erwachsenen empfohlen, wenn sie in der Kindheit nur eine Impfung erhalten haben oder noch nicht geimpft sind bzw. der Impfstatus unbekannt ist.²

Impfung gegen Varizellen

Aufgrund der Komplikationsmöglichkeiten von Varizellen-Erkrankungen wird zudem von der STIKO eine zweimalige Varizellen-Impfung für alle Kinder im Alter von 11 bis 14 Monaten (1. Impfung) und 15 bis 23 Monaten (2. Impfung) empfohlen.²

*** Ausgehend von den bundesweiten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten der Jahre 2008 bis 2010 wurden alle Patienten, die im Jahr 2008 geboren wurden und in den Jahren 2008 oder 2009 eine Früherkennungsuntersuchung U4 (empfohlen im 3./4. Lebensmonat, Toleranzzeitraum 2.–4., 5. Lebensmonat) erhalten haben, in die Basispopulation eingeschlossen.

Die erste Impfung kann im Alter von 11 bis 14 Monaten entweder simultan mit der ersten MMR-Impfung an verschiedenen Körperstellen durchgeführt werden oder frühestens vier Wochen nach dieser erfolgen.² Mit VARIVAX® steht beispielsweise ein Impfstoff zur Verfügung, der gut verträglich ist und einen nachgewiesenen Langzeitimpfschutz über 14 Jahre aufbauen kann.¹¹ Für die zweite Dosis kann ein MMRV-Kombinationsimpfstoff verwendet werden. Der Mindestabstand zwischen den Impfungen sollte 4 bis 6 Wochen betragen.

STIKO-konformer Impfschutz als Beitrag zu einem guten Start ins Leben

Eine einmalige Impfung gegen Meningokokken C – möglichst früh im 2. Lebensjahr – und die Impfung mit einem Pneumokokken-Konjugat-Polysaccharid-Impfstoff bis zum Alter von 24 Monaten vervollständigen die Grundimmunisierung laut STIKO.² Die frühzeitige Durchführung der Impfungen kann dazu beitragen, Impfücken zu vermeiden und schwerwiegenden Krankheitsverläufen vorzubeugen. Nur so kann neben dem Individualschutz langfristig das Ziel des Bevölkerungsschutzes in einzelnen Indikationen erreicht und beispielsweise Masern eliminiert werden. Um Ärzte in der Umsetzung dieser anspruchsvollen Impfziele zu unterstützen, stellt der Impfstoffexperte Sanofi Pasteur MSD (SPMSD) Pädiatern ein breites Kinderimpfstoffportfolio zur Verfügung.

Mit freundlicher Unterstützung der Sanofi Pasteur MSD GmbH, Berlin

Referenzen

- 1 IMS Health. Marktbericht Entwicklung des deutschen Pharmamarktes im Mai 2015.
- 2 Robert Koch-Institut. Epid Bull 2014, 35: 341–347.
- 3 Borte M et al. Pädiat Prax 2007; 71: 249–258.
- 4 Schuster V. Rotavirus-Infektionen – Prophylaxe und Therapie. UNI-MED, Bremen, 2008.
- 5 Sanofi Pasteur MSD (SPMSD). Fachinformation RotaTeq®. Stand März 2014.
- 6 SPMSD. Fachinformation Hexyon®. Stand Mai 2015.
- 7 De Coster I et al. Arch Dis Child 2014; 99: A80–A81.
- 8 World Health Organisation. Erneuerung des Engagements für die Eliminierung von Masern und Röteln und die Prävention der Rötelnembryopathie in der Europäischen Region der WHO bis zum Jahr 2015. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/119548/RC60_gdoc15.pdf (letzter Zugriff: 14.08.2015)
- 9 Schulz M et al. Versorgungsatlas.de. Veröffentlicht am 18.07.2013.
- 10 SPMSD. Fachinformation M-M-RvaxPro®. Stand November 2014.
- 11 SPMSD. Fachinformation VARIVAX®. Stand Juli 2015.

Update: ESCAP-Kongress und ADHS-Weltkongress

Langzeitdaten bestätigen Sicherheitsprofil von Lisdexamfetamin bei ADHS

Lisdexamfetamin (Elvanse®) zeigt auch bei einer Anwendung über zwei Jahre ein für Stimulanzien typisches Sicherheitsprofil. Dies ergab die Auswertung einer von Shire initiierten multizentrischen Phase-4-Studie, die auf dem ADHS-Weltkongress (1) sowie auf dem Kongress der European Society of Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP) (2) vorgestellt wurde. Eine ebenfalls auf dem ESCAP-Kongress präsentierte internationale Patientenbefragung beleuchtet Einflussfaktoren auf die Therapieadhärenz.

In die multizentrische, nicht verblindete Phase-4-Studie mit Lisdexamfetamin wurden 314 Patienten im Alter zwischen 6 und 17 Jahren mit moderat bis stark ausgeprägter ADHS eingeschlossen (ADHS-RS-IV- Score ≥ 28). Auf eine vierwöchige Dosisoptimierungsphase folgten 104 Wochen Behandlung mit der optimierten LDX-Dosis (30, 50 oder 70 mg).

Nebenwirkungen überwiegend leicht bis mittelschwer

Die meisten berichteten Ereignisse waren leicht bis mittelschwer. Als häufigste Nebenwirkungen traten verminderter Appetit (54,1 %), Nasopharyngitis (23,2 %), Kopfschmerzen (21,7 %), Gewichtsabnahme (20,1 %), Schlafstörungen (19,1 %) und Einschlafstörungen (12,1 %) sowie Reizbarkeit (11,5 %) und Fieber (10,2 %) auf. Schwere Nebenwirkungen wurden bei 8,9 % der Patienten verzeichnet. In 12,4 % der Fälle führten Nebenwirkungen zur Beendigung der Teilnahme. Die häufigsten Nebenwirkungen, die zu einem Absetzen des Medikaments führten, waren verminderter Appetit (2,2 %), Ausbleiben der Wirkung (1,9 %), Reizbarkeit (1,3 %), depressive Stimmung (1,3 %), Schlaflosigkeit (1 %) und Tic-Störungen (1 %). Es trat ein Fall von Herzrhythmusstörungen auf. Insgesamt war ein geringer durchschnittlicher Anstieg von Blutdruck- und Pulswerten zu beobachten (1).

„Diese Nebenwirkungsraten befinden sich im Einklang mit dem, was wir aus anderen Kurz- und Langzeitstudien mit

Stimulanzien kennen“, kommentiert der deutsche Studienleiter Prof. Dr. Dr. med. Tobias Banaschewski (Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim). „Es gilt weiterhin, dass vor Beginn einer Therapie mit jeglichem Stimulans kardiovaskuläre Vorerkrankungen ausgeschlossen werden müssen. Wichtige Vitalparameter sowie die Entwicklung von Appetit, Gewicht und Längenwachstum sollten kontinuierlich überwacht werden“, betont Banaschewski.

Internationale Patientenbefragung beleuchtet Therapieadhärenz

Ebenfalls auf dem ESCAP-Kongress vorgestellt wurden Ergebnisse einer von Shire unterstützen internationalen Patientenbefragung zum Thema Therapieadhärenz. In der Querschnittsstudie wurden die Betreuungspersonen von 3.688 ADHS-Patienten im Alter zwischen 6 und 17 Jahren aus zehn europäischen Ländern befragt (3).

Mit einem Anteil von 74 % adhärenter Patienten belegt Deutschland im Ländervergleich einen mittleren Platz. Spitzenreiter sind Schweden und eine Gruppe weiterer skandinavischer Länder mit jeweils 83 % als adhärenz klassifizierter Patienten, gefolgt von Großbritannien (81 %) und den Niederlanden (78 %). Die niedrigsten Adhärenzraten wurden für Frankreich (65 %) und Italien (62 %) erhoben. Es zeigte sich, dass in der Gruppe der nicht-adhärenzen Patienten mehr Personen mit Antipsychotika oder einer Kombinationstherapie (Medikamenten

aus verschiedenen Wirkstoffklassen) behandelt wurden als in der Gruppe der adhärenzen Patienten. Weitere Einflussfaktoren auf die Adhärenz, die im Rahmen der Befragung untersucht wurden, sind der Schweregrad der Störung, Komorbiditäten und soziodemographische Charakteristika der betreuenden Person.

„Die Ergebnisse machen deutlich, dass verschiedene Faktoren, wie beispielsweise eine Mono- oder Kombinationstherapie, einen Einfluss auf die Therapieadhärenz haben“, so Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski, Ko-Autor der Untersuchung. „Bei guter Adhärenz kann mit guten Therapieerfolgen gerechnet werden. Deshalb müssen wir alles daran setzen, die Adhärenz patientenindividuell so gut wie möglich zu fördern.“

Referenzen

- 1 Zuddas A, Banaschewski B, Nagy P, Soutullo C, Yan B, Caballero B, Coghill DR. Safety outcomes from a phase 4, open-label, multicentre, 2-year study of lisdexamfetamine dimesylate in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. Poster präsentiert auf dem 5. ADHS-Weltkongress, Glasgow, 28.–31. Mai 2015.
- 2 Coghill DR. Long-term treatment with ADHD medications: open-label studies, Vortrag im Rahmen des Symposiums Novel stimulant and non-stimulant approaches to the long-term treatment of ADHD in Europe, 16. Internationaler ESCAP-Kongress, Madrid, 20.–24. Juni 2015.
- 3 Quintero J, Fridman M, Erder MH, Harpin V, Banaschewski T, Sikirica V, Chen K. Patient, caregiver and treatment factors associated with medication adherence in the Caregiver Perspective on Pediatric ADHD (CAPP) Study in Europe. Poster präsentiert auf dem 16. Internationalen ESCAP-Kongress, Madrid, 20.–24. Juni 2015.

Nach Informationen von
Shire Deutschland GmbH, Berlin

Präsident des BVKJ e.V.

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

Vizepräsident des BVKJ e.V.

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

Pressesprecher des BVKJ e.V.

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

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

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

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

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

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

Geschäftsführerin:

Christel Schierbaum

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

Büroleiterin:

Doris Schomburg

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

Bereich Mitgliederservice/Zentrale

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

Bereich Fortbildung/Veranstaltungen

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

BVKJ Service GmbH

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

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

Geschäftsführer:

Herr Klaus Lüft

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

Büroleiterin:

Anke Emgenbroich

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Ansprechpartnerinnen:

Stephanie Kernchen

Tel.: 0221/68909-27
E-Mail: stephanie.kernchen@uminfo.de

Ursula Horst

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

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Fortbildung:

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

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

Prof. Dr. med. Florian Heinen

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

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

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

Prof. Dr. med. Stefan Zielen

E-Mail: stefan.zielen@kgu.de

Forum, Berufsfragen, Magazin:

Dr. med. Christoph Kupferschmid

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

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaerzte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ

www.stiftung-kind-und-jugend.de