

bvkJ.

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

Heft 02/11 · 42. (60.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Forum:

Sigmatismus-
therapie in
der Gruppe

Fortbildung:

Kindliche Frakturen
und deren Be-
handlung, Teil 1

Berufsfragen:

ICD 10-GM und AKG
unvermeidlich

Magazin:

Schwerpunkt:
Frühe Bildung

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT **bvkJ.**



© contrastwerkstatt – Fotolia



Welche Bildung brauchen Kinder?

Bildung als soziale Frage

S. 114

Inhalt 02 | 11

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

Forum

- 71 Vermischtes
- 72 **Programm 8. Assistenten-**
kongress in Dresden
- 73 **Logopädische Sigmatis-**
mustherapie in der Gruppe
Anja Mannhard
- 76 **„Wir brauchen nur**
eine Unterschrift,
Herr Doktor!“
Hendrik Crasemann
- 77 **Autismus-Betrug**
Regine Hauch
- 78 Vermischtes
- 79 **European Paediatric**
Association
Jochen H. H. Ehrich

Fortbildung

- 83 **Kindliche Frakturen und**
deren Behandlung, Teil 1
Barbara Ludwikowski
- 91 **Benigner paroxysmaler**
tonischer Aufwärtsblick
im Kindesalter
Constanze Lämmer
- 96 **Consilium Infectiorum:**
Urtikaria bei Durch-
führung einer SIT
Bodo Niggemann
- 98 **Review aus englisch-**
sprachigen Zeitschriften
- 102 **Welche Diagnose wird**
gestellt?
Robin Kobbe,
Cordula Warlitz,
Peter Höger
- 105 Praxistafel

Berufsfragen

- 106 **Noch freiwillig, aber unver-**
meidlich: ICD 10-GM und
AKG
Roland Ulmer
- 107 **Checklisten für familien-**
freundliche Arbeitsplätze
- 108 **Medizinstudium mit den**
wenigsten Studien-
abbrechern
Wolfgang Gempff
- 108 **Impressum**
- 109 **Bundesrechnungshof rügt**
mangelnde Effizienz von
Präventionskursen
- 110 **Stellungnahme der**
AG ADHS zu „ADHS-
Verträgen“
Kirsten Stollhoff
- 112 **Wenn die Probezeit der**
MFA nicht ausreicht ...
Eva Maria Rütz

Magazin

- 114 **Welche Bildung brauchen**
Kinder?
Regine Hauch
- 115 **„Nichts wie rein!“**
Volker Eichener
- 116 **Tagungen und Seminare**
- 117 **Verlierer des Bildungs-**
systems
Thomas Rauschenbach
- 119 **Fortbildungstermine BVKJ**
- 120 **Bartholomäus Mettlinger**
Anton Mößner
- 122 **Buchtipp**
- 123 **Personalien**
- 125 **Nachrichten der Industrie**
- 128 **Wichtige Adressen des BVKJ**

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen als Teilbeilagen das Programmheft der 21. Pädiatrie zum Anfassen, Thüringen, ein Plakat der Bayerischen Landesarbeitsgemeinschaft Impfen und das Programmheft des 1. Hebammen- und Pädiaterkongresses bei. Wir bitten um freundliche Beachtung und rege Nutzung.

Kindliche Frakturen und deren Behandlung

Teil 1: Obere Extremität

In Deutschland erleiden ca. zwei Millionen Kinder und Jugendliche pro Jahr einen Unfall, von denen 1,9 Millionen ärztlich behandelt werden müssen. In 3500 Fällen kommt es als Folge des Unfalls zu dauerhaften Schäden, und 700 dieser Unfälle enden tödlich. Unfälle sind immer noch die häufigste Todesursache bei Kindern. Jungen erleiden öfter einen Unfall als Mädchen, und lediglich 10 % der Unfälle sind durch Fremdverschulden verursacht. Kinder und Jugendliche, die eine geringe Gefahrenwahrnehmung haben, besonders risikobereit, kontaktfreudig oder leicht ablenkbar sind, haben ein deutlich höheres Risiko zu verunfallen. Die meisten Unfälle geschehen zwischen 11.00 Uhr und 21.00 Uhr mit einem Gipfel zwischen 11.00 und 13.00 Uhr. 60 % der Unfälle ereignen sich in der Schule, davon 43 % im Schulsport. Gefolgt wird dies von Unfällen auf dem Schulweg mit 11 % und auf dem Weg zum Hort mit 10 %. Frakturen, Kontusionen und Distorsionen sind die häufigsten Verletzungsarten. Bei den Frakturen, die überwiegend im Schulsport passieren, sind zu einem großen Anteil die oberen Extremitäten betroffen. Ein Drittel der verunfallten Kinder und Jugendlichen muss operiert werden. Verkehrsunfälle führen eher zu einer Schädel-Hirn Verletzung, mit einer hohen Letalität von 10,8 %.

Die sofortige Schmerztherapie ist das erste Behandlungsprinzip bei Frakturen. Dies wird durch eine Ruhigstellung und Verabreichung von Schmerzmitteln (nicht-steroidale Antirheumatika, Opiate) noch vor der Diagnostik erreicht. Die Indikation zu einer Behandlung unter Narkose wird bei Kindern und Jugendlichen sehr großzügig gestellt.

Eine wesentliche Erneuerung in der Behandlung kindlicher längsstabiler Querfrakturen, z.B. des Femurs oder des Unterarmes, war die Einführung der elastischen stabilen intramedullären Nagelung (ESIN), die sich mittlerweile etabliert hat. Dadurch können Plattenosteosynthesen bei diesen Indikationen bei Kindern und Jugendlichen vermieden werden.

Charakteristika kindlicher Frakturen

Das Besondere bei kindlichen Frakturen ist das **Korrekturpotential** von Achsenfehlstellungen. Bei Rotationsfehlern werden indirekte, durch spontane Reparaturmechanismen auftretende Korrekturen bis zum 5. Lebensjahr beobachtet. Seit- zu Seitverschiebungen, Achsenabweichungen in der Frontal- und Sagittalebene, Verkürzungen und Verlängerungen werden gezielt durch Reparationsvorgänge korrigiert. Epiphysäre Korrekturen erfolgen spontan direkt. Die **Epiphysenfuge** ist für das Längenwachstum verantwortlich, und es werden entweder stimulative oder hemmende Wachstumsstörungen bei noch offenen Fugen beobachtet. Ist die Fuge prämatür, kommt es hier zu keinen Wachstumsstörungen mehr. Die stimulativen Wachstumsstörungen sind nach Abschluss des Reparaturmechanismus beendet, und die hemmenden Wachstumsstörungen sind erst mit Abschluss des Wachstums abgeschlossen. Fällt das Trauma

in die physiologische Wachstumsphase kommt es zu einer vermehrten Längenzunahme der verletzten Extremität, ist die Verletzung in der Ruhephase eingetreten kommt es zu einem passageren Sistieren des Wachstums. Die Phasen wechseln ca. alle sechs Monate. Ereignet sich die Fraktur in der Verschlussphase der Epiphysenfuge, erfolgt der Verschluss rascher mit daraus resultierender Verkürzung der betroffenen Extremität. Zusätzlich haben die einzelnen Epiphysen ein unterschiedliches Wachstumspotential, verschiedene Verschlusszeiten und damit auch unterschiedliche Korrekturmöglichkeiten. Je distaler die Fraktur einer Extremität ist, desto höher die Korrekturmöglichkeit. Ab dem 12. Lebensjahr ist die Korrekturmöglichkeit nicht mehr bei allen Fugen gegeben. Bis zum 12. Lebensjahr kann deshalb ein Großteil der Frakturen konservativ, d.h. durch Reposition und Fixierung im Gipsverband behandelt werden (s. Abb. 1).

Die Wachstumsstörungen sind also in erster Linie vom Alter des Patienten zum Zeitpunkt des Unfalls abhängig.

Durch die Kenntnis der Korrekturmechanismen ergeben sich u.a. auch die Operationsindikationen.

Eine weitere Besonderheit kindlicher Frakturen ist die **Grünholzfraktur**. Es wird zwischen der diaphysären Biegungsfraktur und dem metaphysären Stauchungsbruch unterschieden. Bei der diaphysären Biegungsfraktur ist eine Kortikalis angebrochen und die Gegenkortikalis komplett durchgebrochen. Diese Frakturform neigt zu verzögerter Heilung, wenn die Gegenkortikalis nicht auch frakturiert wird, zu sekundären Dislokationen oder einer erhöhten Refrakturgefahr. Die metaphysäre Grünholzfraktur ist ein unproblematischer Bruch, der gut heilt und keiner Röntgenkontrolle bedarf.



PD Dr. Barbara
Ludwikowski

Operationsindikationen bei Kindern und Jugendlichen

Generell wird die Indikation zur Operation gestellt, wenn es sich um eine epiphysäre Verletzung handelt, die Fraktur nicht reponierbar oder retinierbar ist, das Korrekturpotential nicht mehr gegeben ist, Polytrauma und oder eine Behinderung (psycho-/motorisch) vorliegt oder die konservative Therapie nicht zumutbar ist, z.B. langdauernde Extensionsbehandlung und Liegedauer im Krankenhaus. Dies bedeutet auch, dass der soziale Kontext in die Überlegungen eingebracht werden soll.

Die Verletzungen der Epiphyse werden nach verschiedenen Klassifizierungen eingeteilt, z. B. nach Salter-Harris oder Aitken. Alle Klassifizierungen unterscheiden zwischen Epiphysenlösung, Epiphysenfraktur oder Quetschung der Epiphyse. Die supracondylären Frakturen werden nach Felsenreich, Baumann oder von Laer eingeteilt. Desweiteren gibt es eine AO Klassifikation für Kinder und eine Li La Klassifikation. Je nachdem welche Frakturform vorliegt und wie die Blutversorgung der Wachstumszone beeinträchtigt ist, hat dies einen Einfluss auf die Behandlungsmethode und eine Prognose von späteren Wachstumsstörungen. Auch eine korrekt durchgeführte Kompressionsosteosynthese kann im Verlauf zu Wachstumsstörungen i.S. eines frühzeitigen Verschlusses der Epiphyse führen.

Osteosynthesen im Wachstumsalter

Ist die konservative Behandlung nicht möglich, gibt es verschiedene osteosynthetische Behandlungsverfahren. Die **Kirschner-Drahtosteosynthese** kann fugenübergreifend durchgeführt werden. Es ist keine belastungsstabile Frakturversorgung, und es ist zusätzlich eine Schienenbehandlung notwendig. Die Drahtentfernung erfolgt in der Regel ohne Narkose. Indikationen für diese Behandlungsform sind die metaphysären Frakturen aller Röhrenknochen, Frakturen an Hand und Fuß, gelenknahe Frakturen bei Kindern unter 10 Jahren, z.B. proximale Tibiafrakturen.

Indikation	Kommentar
Epiphysäre Fraktur	Nach Reposition (offen oder geschlossen), meistens zusätzliche Fixierung mit Kirschnerdrähten oder Kompressions-schrauben
Fraktur nicht reponierbar	Offene Reposition und meistens Fixierung notwendig
Fraktur nicht retinierbar	Meist metaphysäre Fragmente
Kein Korrekturpotential zu erwarten	Altersabhängig je nach Knochen und Lokalisation
Polytrauma	Um die Pflege zu erleichtern und Komplikationen zu vermeiden
Psycho-motorische Behinderung	Um die Pflege zu erleichtern oder konservative Ruhigstellung nicht möglich
Soziale Indikation	Um die Pflege zu erleichtern

Tab. 1: Operationsindikationen

Die **elastisch stabile intramedulläre Nagelung (ESIN)** hat sich in den letzten Jahren in der Frakturbehandlung langer Röhrenknochen etabliert. Es ist für den Patienten ein minimalinvasives/minimaltraumatisierendes Verfahren. Das Prinzip ist die Aufspannung zweier elastischer Titannägel im Markkanal. Die Frakturen sind danach bewegungs- und je nach Frakturform teilbelastungs- bzw. belastungsstabil. Intraartikuläre Frakturen können damit nicht behandelt werden.

Die **Schraubenosteosynthese** ist eine Adaptationsosteosynthese, die die Fragmente unter Kompression bringt. Sie wird häufig bei gelenknahen Frakturen angewendet. Die Epiphyse darf mit einer Schraube nicht gekreuzt werden. Ein Beispiel für eine Kompressionsosteosynthese ist der dislozierte Condylus radialis-Abriss. Es ist eine bewegungsstabile Versorgung.

Die **Zuggurtungsosteosynthese** erfolgt zur Neutralisation großer Zugkräfte an Muskel- und Sehnenansätzen, wie z.B. bei Olecranonfrakturen, Patellafrakturen, lateralen Klavikulafrakturen, Abrissen des Trochanter major und Basisfrakturen des Metatarsale 5.

Der **Fixateur externe** ist vielseitig einsetzbar. Er wird vorwiegend bei komplexen Frakturen oder Frakturen mit Weichteilverletzungen eingesetzt. Es ist eine belastungsstabile Versorgung. Eine sorgfältige Pinpflege ist notwendig, um Infekte an den Eintrittsstellen zu vermeiden.

Die **Plattenosteosynthese** spielt eine untergeordnete Rolle in der Frakturbehandlung bei Kindern. Komplett instabile, mehrfragmentäre Frakturen oder Brüche im Bereich des Fußes und der Hand werden damit versorgt. Es können keine metaphysären oder epiphysären Frakturen damit versorgt werden.

Typische kindliche Frakturen

Die **obere Extremität ist viermal häufiger von Frakturen betroffen als die untere Extremität**. Es werden im Folgenden die einzelnen Frakturen und deren Behandlung aufgelistet.

Die **Klavikulafraktur** frakturiert zu 90% in der Mitte und wird mit einem Rucksackverband behandelt. Er dient der Ruhigstellung und damit Schmerztherapie. Die Ruhigstellung ist in der Regel 10–14 Tage erforderlich, und die Verlaufskontrolle erfolgt durch den Kinderarzt. Eine Röntgenkontrolle ist nicht notwendig. Der Kugellallus kann noch bis zu 6 Monaten nach dem Unfall getastet werden. In extrem seltenen Fällen, bei komplett dislozierten, fast perforierenden Frakturen und Fugenschluss ist eine Osteosynthese indiziert. Bei komplett undislozierten Frakturen ist häufig auch eine medikamentöse Schmerztherapie nur für die ersten Tage ausreichend.

Subcapitale Humerusfraktur bzw. Epiphysenlösung (1,6 %)

Die **Therapie ist meistens konservativ** mit einem Gilchristverband für 2–3 Wochen. Bis zum 10./12. Lebensjahr besteht noch die Möglichkeit, die Varusfehlstellung, Ante- und Rekurvation bis ca. 45° spontan auszugleichen. Eine Valgusfehlstellung kann bis 20° korrigiert werden (Abb. 1).

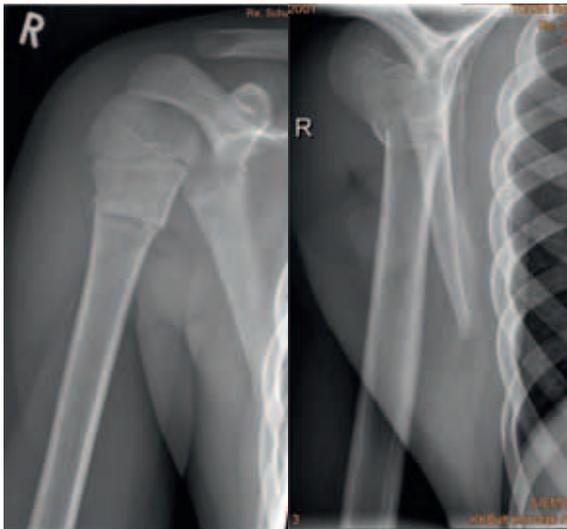


Abb. 1: Subcapitale Humerusschaftfraktur

Operationsindikationen bestehen notfallmäßig bei vollständig dislozierten Frakturen mit und ohne periphere neurologische Störungen, desweitern bei Fehlstellungen, bei denen keine Korrektur zu erwarten ist.

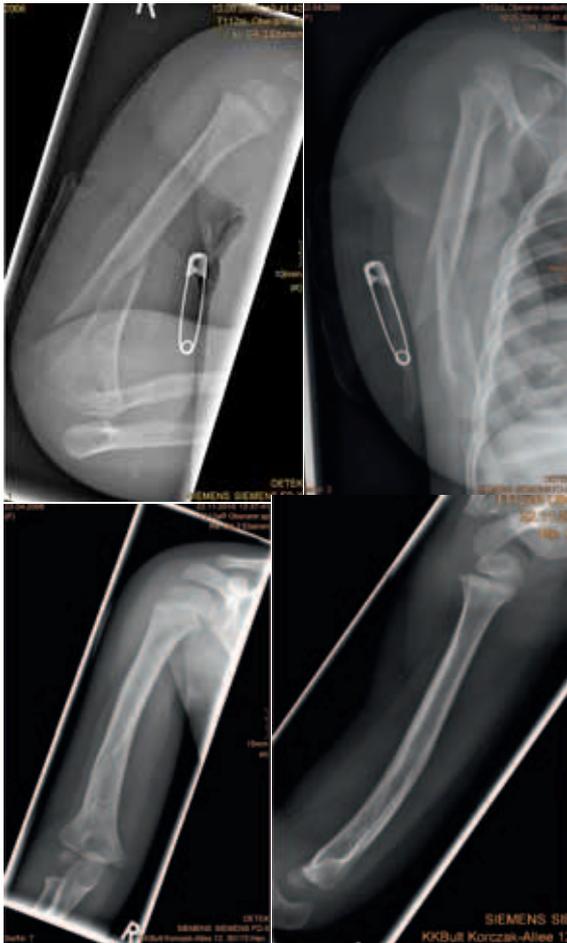


Abb. 2: Humerusschaftfraktur nach konservativer Behandlung im Gilchristverband

Operativ kann eine intramedulläre Nagelung oder perkutane Kirschner-Draht-Spickung durchgeführt werden. Danach ist ein spontanes Bewegen sofort erlaubt. Sportfreigabe erfolgt bei freier Funktion, dies ist meistens nach 4–5 Wochen nach dem Trauma möglich. Die Metallentfernung bei intramedullärer Nagelung erfolgt 6–8 Wochen postoperativ und bei Kirschnerdrähten nach Konsolidation der Fraktur. Bei älteren Jugendlichen ist eine Physiotherapie bei noch stark ausgeprägter Beweglichkeitseinschränkung 4 Wochen nach Trauma indiziert.

Wachstumsstörungen kann es nach Epiphysenlösungen durch vorzeitigen Verschluss der Fuge geben.

Humerusfraktur diaphysär (0,6%)

Die Therapie ist meistens konservativ mit einer Ruhigstellung im Gilchristverband oder Sarmiento Brace für 3–4 Wochen und Schmerzmedikation (Abb. 2).

Sofortige operative Therapie ist bei Durchblutungsstörungen gegeben. Vollständig dislozierte und verkürzte Frakturen und Abweichungen von mehr als 10° werden durch eine intramedulläre Nagelung versorgt und Trümmerfrakturen mit einem Fixateur externe.

Der Fixateur kann nach Konsolidierung der Fraktur entfernt werden; die Nägel 6 Monate nach der Operation.

Suprakondyläre Humerusfraktur (6,5%)

Sie ist nach der distalen Vorderarmfraktur die zweithäufigste Fraktur der oberen Extremität.

Die stabile und nicht dislozierte Fraktur, bzw. Anteinkurvatur werden in einer Blountschlinge oder cuff & collar Verband behandelt. Eine Röntgenkontrolle wird nach einer Woche empfohlen. Dislokationen in zwei oder drei Ebenen müssen reponiert und fast immer fixiert werden z. B. mit Kirschnerdrähten (Abb. 3). Es kann auch die descendierende intramedulläre Nagelung durchgeführt werden. Die Drahtentfernung erfolgt nach Konsolidierung, und Sport kann bei freier Funktion im Ellenbogengelenk wieder durchgeführt werden. Eine Physiotherapie ist erst nach ca. 3 Monaten nach dem Unfall indiziert, eher bei älteren Jugendlichen, wenn die Funktion anhaltend schlecht ist. Nachkontrollen nach Metallentfernung erfolgen 6 Wochen, 3 Monate und einem Jahr nach dem Unfall.

Die Hauptkomplikation ist die Entwicklung eines Cubitus varus, immerhin mit einer Häufigkeit von 10–50%! Die Ursache ist meistens ein noch bestehender oder erneut auftretender Rotationsfehler durch eine ungünstige Ruhigstellung. Dies kann durch eine Ödembildung in spitzwinkliger Ruhigstellung oder auch postoperativ geschehen. Aus diesem Grund ist eine engmaschige Kontrolle der Schwellung, Durchblutung und Sensibilität der betroffenen Extremität unbedingt notwendig.

Epikondyläre Humerusfraktur (1,3%, davon 99% Epicondylus ulnaris), Ellenbogenluxation

Bei der Luxation des Ellenbogens ist die sofortige Reposition in Narkose indiziert. Hier muss der Epicondylus ulnaris überprüft werden. Undislozierte und bewegungsstabile Ausrisse werden durch eine dreiwöchige Ruhig-

Abb. 3: Dislozierte supracondyläre Humerusfraktur vor und nach Reposition mit Kirschnerdrahtosteosynthese



Abb. 5: Supra- und transkondyläre Humerusfraktur

stellung behandelt Die Schraubenosteosynthese bedarf keiner Ruhigstellung im Ellenbogengelenk, und die Metallentfernung erfolgt nach drei Monaten. Sport kann fünf Wochen nach der Konsolidierung durchgeführt werden (Abb. 4).

Transkondyläre Humerusfraktur (1,8%, Condylus radialis, Condylus ulnaris, transkondyläres Y)

Die Fraktur des Condylus radialis ist die zweithäufigste Ellenbogenfraktur. Die nichtdislozierte Fraktur ist meistens nur im seitlichen Röntgenbild erkennbar. Die primär „stabile“ Fraktur muss nach 4–6 Tagen daraufhin nachkontrolliert werden, ob sie weiterhin undisloziert ist. Sie wird in einem Oberarmgips für vier Wochen ruhiggestellt. Alle dislozierten Frakturen werden operativ versorgt. Die operative Versorgung der metaphysären Fraktur erfolgt durch eine Kompressionsschraubenosteosynthese, gelegentlich sind auch Plattenosteosynthesen bei älteren Jugendlichen indiziert, z.B. bei Y-Frakturen (Abb. 5). Der Ellenbogen wird zusätzlich mit einer Oberarmgipsschiene für drei Wochen ruhiggestellt. Die

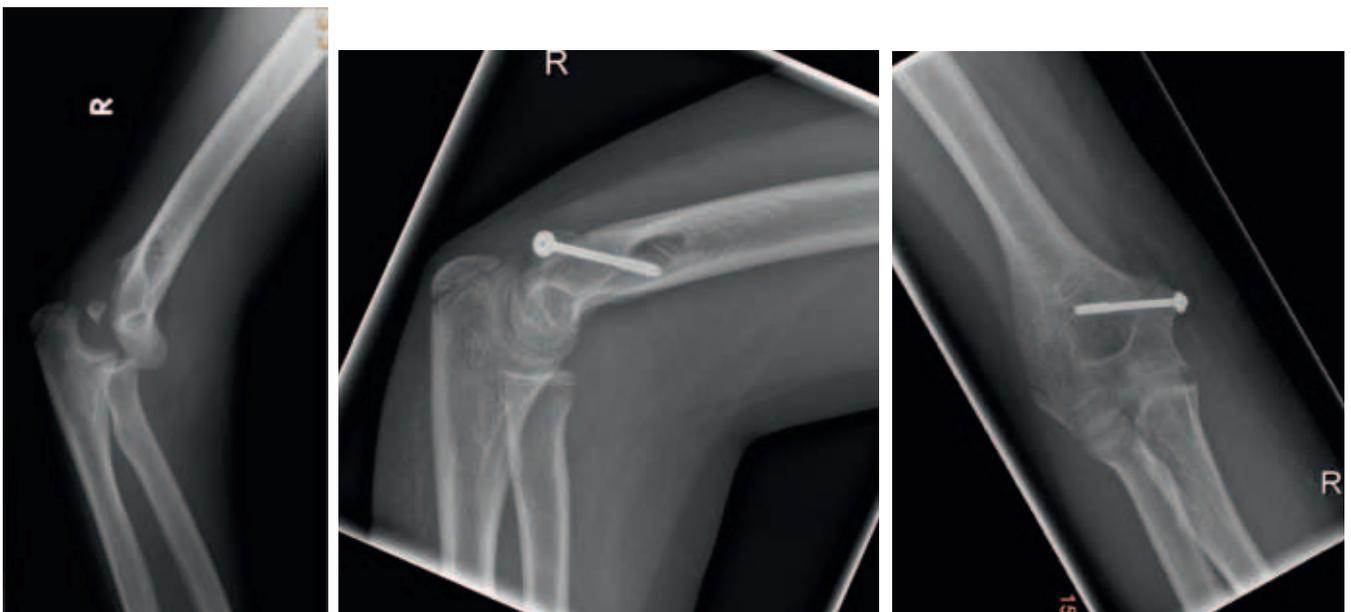


Abb. 4: Ellenbogenluxation mit Epicondylus ulnaris-Abriss vor und nach Reposition mit Schraubenosteosynthese

Mobilisation geschieht nach Gipsabnahme und die Metallentfernung nach 2–3 Monaten.

Verlaufskontrollen erfolgen bis zwei Jahre nach dem Unfall zur Beurteilung der Ellenbogenachse, da eine radiale Stimulation zu einem varisierenden Fehlwachstum führen kann.

Unterarmfrakturen

Radiusköpfchen oder Radiushalsfrakturen (1,3%)

Hier kann bis zum 9. Lebensjahr eine Abkipfung bis 50° toleriert werden, danach nur noch bis 10°. Seit-zu-Seitverschiebungen müssen immer korrigiert werden. Die Reposition erfolgt meist geschlossen, teilweise mit Hilfe eines Marknagels. Sehr selten ist eine offene Reposition notwendig. Auch nach Reposition kann es zur Verklumpung des Radiusköpfchens kommen, besonders aber nach offenen Repositionen, Platten-, Schrauben-, oder Drahtosteosynthesen. Die Ruhigstellung in einer Oberarmgipsschiene soll nur 10–14 Tage betragen. Eine Physiotherapie ist nicht indiziert; diese kann sogar zu chronischen Epiphysenlösungen führen. Nachkontrollen erfolgen bei Funktionseinschränkungen in 4–6-wöchentlichen Abständen bis eine freie Funktion im Ellenbogen erreicht ist.

Olecranonfrakturen

Undislozierte Frakturen werden für drei Wochen in der Oberarmgipsschiene ruhig gestellt, und dislozierte, meist intraartikuläre Frakturen werden mit einer Zuggurtungsosteosynthese versorgt.

Subluxation des Radiusköpfchens (3,4 %, Pronatio douloureuse, nurse elbow, Chassignac)

Zwischen dem 1. und 4. Lebensjahr kann es zu einer Subluxation des Radiusköpfchens kommen, meist durch plötzlichen Zug am gestreckten Arm. Der Ellenbogen kann nicht mehr gebeugt werden und steht in Pronation. Die Reposition erfolgt unter Zug, mit Druck auf das Radiusköpfchen und gleichzeitiger Supination und Beugung im Ellenbogengelenk. Danach ist das Kind sofort beschwerdefrei. Besteht die Subluxation schon länger, kann nach Reposition eine Oberarmgipsschiene für 2–3 Tage angelegt werden. Die Eltern müssen über den Unfallmechanismus aufgeklärt werden, um ein Rezidiv zu vermeiden.

Monteggiafraktur (1,35 %, Ulnaschaftfraktur und Radiusköpfchenluxation)

Diese Fraktur muss immer notfallmässig wegen der Radiusköpfchenluxation versorgt werden. Problematisch ist es, wenn an diese nicht gedacht und sie übersehen wird. Es gelingt praktisch immer die geschlossene Reposition mit einer Ruhigstellung im Oberarmgips für 3–4 Wochen. Bei Grünholzfrakturen muss die Gegenkortikals durchbrochen werden und bei dislozierten Ulnaschaftschrägfrakturen kann ein intramedullärer Nagel oder selten auch eine Platte oder ein Fixateur angelegt werden. Bei operativer stabiler Osteosynthese kann die Extremität gleich benutzt werden; Metallentfernung nach 8–12 Wochen.



Radius/Ulnafraktur diaphysär (6%, davon 1/4 Grünholzfrakturen)

Vor dem 5. Lebensjahr ist eine Achsenabweichung bis 20° akzeptabel, danach bis maximal 10°. Vollständig dislozierte und verkürzte Frakturen beider Knochen müssen operativ versorgt werden. In den letzten Jahren wurde die Indikation zur intramedullären Nagelung immer großzügiger gestellt, da damit eine sofortige Mobilisation postoperativ ermöglicht wird und die Gipsruhigstellung bis zu sechs Wochen bei älteren Kindern entfällt (Abb. 6). Die Metallentfernung erfolgt erst nach sechs Monaten wegen beschriebener Refrakturen bei früherer Metallentfernung. Sport kann vier Wochen nach knöcherner Konsolidierung durchgeführt werden. Der Behandlungsabschluss erfolgt bei freier Funktion.

Distale Vorderarmfraktur (19,4%)

Diese Frakturen werden in diaphysäre und metaphysäre Grünholzfrakturen, metaphysäre Stauchungsbrüche und Epiphysenlösungen unterschieden. Eine Spontan-

Abb. 6: Unterarmschaftfraktur mit intramedullären Nägeln versorgt

Abb. 7: Beispiel einer Spontankorrektur einer distalen metaphysären Radiusfraktur innerhalb von 8 Monaten bei einem 12-jährigen Mädchen

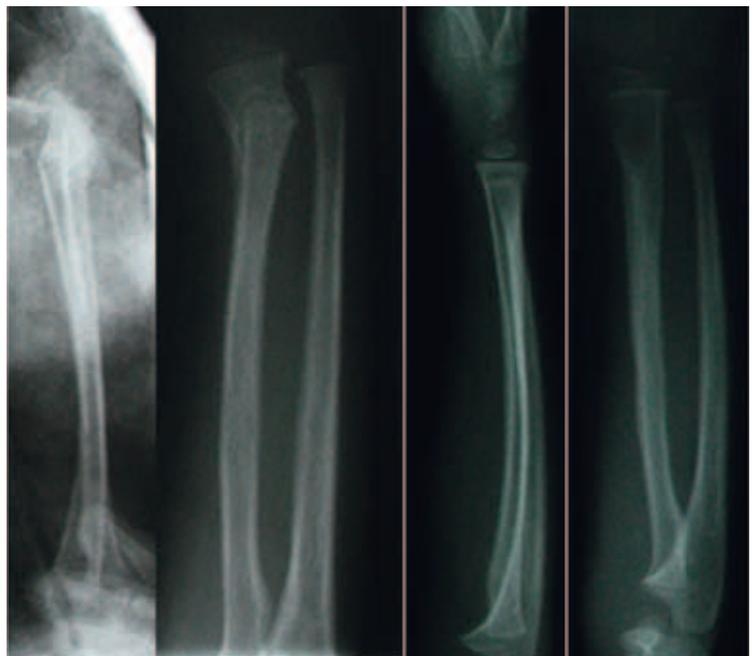




Abb. 8: Dis-tale dislo-zierte meta-physäre Frak-tur nach Re-position mit Kirschner-drähten ver-sorgt

korrektur der Achsenabweichung kann bis zu dem 10. (12.) Lebensjahr bis 50° eintreten (Abb. 7). Hier wird mit einem Oberarmgips ruhig gestellt, der nach einer Woche auch gekeilt werden kann. Reponierte Frakturen werden nach dem 12. Lebensjahr zusätzlich mit Kirschnerdrähten fixiert (Abb. 8). Je älter der Patient ist, desto eher sollte eine Reposition der Gipskeilung vorgezogen werden. Bei konservativer Therapie ist eine Röntgenkontrolle nach einer Woche, zwei Wochen und vier Wochen indiziert, um ggf. noch eine Keilung oder Reposition durchführen zu können. Die Metallentfernung erfolgt nach vier Wochen, und Sport ist 2–3 Wochen nach Konsolidierung möglich.

Frakturen der Metakarpale und Finger (16,8%)

Es treten Epiphysenlösungen, besonders an den Fingern, metaphysäre Stauchungsfrakturen, volar lip fracture und subcapitale oder diaphysäre Frakturen auf. Alle Rotationsfehler und Fehlstellungen in der Frontalebene, die nicht ausgeglichen werden können, müssen korrigiert werden. Achsenabweichungen in der Sagittalebene bis 20° können toleriert werden (Abb. 9). Die konservative Behandlung der volar lip Verletzungen beträgt in einer 5-tägigen Ruhigstellung, metaphysäre Frakturen werden 10–14 Tage ruhiggestellt und diaphysäre Frakturen 3–6 Wochen. Subkapitale und instabile basale Frakturen werden mit Kirschnerdrähten fixiert. Die Metallentfernung erfolgt nach Konsolidierung. Eine basisnahe



Abb. 9: Typische Boxerfraktur Metacarpale V Köpfchen

Fraktur findet sich häufig am Metacarpale I und Köpfchenfrakturen bei den übrigen Mittelhandknochen, besonders am 5. Strahl. Rotationsfehlstellungen können durch einen Faustschluss mit Überprüfung der Fingernagelebene erkannt werden.

Ich bedanke mich bei Fr. Dr. G. Engelcke (Chefärztin für Kinderradiologie- und -sonographie im Kinderkrankenhaus auf der Bult) für die zur Verfügung gestellten Röntgenbilder.

Literatur beim Verfasser

Interessenkonflikt: Die Autorin erklärt, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Anschrift der Verfasserin:

PD Dr. Barbara Ludwikowski
 Fachärztin für Kinder- und Jugendchirurgie
 Leitende Ärztin Kinderchirurgie und Kinderurologie
 Kinderkrankenhaus auf der Bult
 Janusz-Korczak-Allee 12
 30173 Hannover
 Kontakt: e-mail:ludwikowski@hka.de

Red.: Christen

Betriebswirtschaftliche Beratung für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

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

Der besondere Fall ●●●

Benigner paroxysmaler tonischer Aufwärtsblick im Kleinkindalter

Der benigne paroxysmale tonische Aufwärtsblick ist eine wenig bekannte okuläre Dyskinesie des Kleinkindalters. Er tritt bei neurologisch unauffälligen Kindern erstmalig im Säuglingsalter auf und wird gelegentlich von Ataxien und vermehrter Fallneigung begleitet. Die Symptomatik sistiert in der Regel im dritten Lebensjahr. Jungen und Mädchen sind gleichhäufig betroffen. Die Ätiologie ist noch nicht geklärt. Aufgrund des gutartigen Verlaufes ist keine Therapie, stattdessen eine ausführliche Beratung und Beruhigung der Eltern erforderlich.

Einführung

Der benigne paroxysmale Aufwärtsblick im frühen Kindesalter stellt eine sehr seltene plötzliche Störung der Augenmotilität dar. Er wurde erstmals von Ouvrier und Billson 1988 (1) anhand von vier Kasuistiken beschrieben. Die erste Episode wird meist schon im ersten Lebensjahr beobachtet.

Die paroxysmalen tonischen Blickphänomene zeigen eine unterschiedliche Häufung im Tagesverlauf. Sie treten bei Müdigkeit häufiger auf. Der plötzliche Aufwärtsblick kann von einer Nackenbeugung („Kopfnicken“) begleitet werden. Die Kinder sind dabei immer ansprechbar und gewöhnlich nicht bewusstseinsgestört. Die horizontalen Augenbewegungen sind nicht beeinträchtigt. Die Blicksakkaden nach oben können durch einen aktiven Abwärtsblick reduziert werden.

Die vorangegangene primäre statomotorische Entwicklung ist typischerweise unauffällig. Die augenärztliche Vorstellung und die Stoffwechselanalysen zeigen ebenso wie cardiale und infektiologische Untersuchungen unauffällige Befunde. Eine unauffällige craniale Kernspintomografie und das Fehlen von epileptogenen Potentialen und fokalen Veränderungen im EEG sind wegweisend für die Diagnose. Die Ursache der paroxysmalen Ereignisse ist weiterhin nicht sicher geklärt. Die plötzlichen tonischen Blickdeviationen zeigen im Verlauf eine abnehmende Häufigkeit und sistieren meist vor dem 3. Lebensjahr vollständig. Die Kinder zeigen danach in der Regel eine unauffällige neuromotorische Entwicklung.

Kasuistik

Unser Patient wurde erstmalig im Alter von 23 Monaten zur weiteren Abklärung der plötzlichen Blickdeviationen nach oben in unserer Kinderklinik vorgestellt.

Die Mutter hatte den plötzlichen Aufwärtsblick ihres Sohnes im Rückspiegel ihres Autos während der Fahrt beobachtet. Bei fehlender Reaktion auf Ansprache stoppte sie unter dem Verdacht eines cerebralen Krampf-

anfalls den Wagen. Nach dem Anhalten reagierte der Junge adäquat und mit regelrechtem Blickkontakt.

Unser Patient wurde per Sectio bei EPH-Gestose der Mutter eutroph in der 35. SSW geboren. Der Geburtsph-Wert wies mit 7,05 auf eine peripartale Asphyxie hin. Postpartal bestand eine respiratorische Anpassungsstörung. Der APGAR nach 5 und 10 Minuten war 5 bzw. 7. Aufgrund der peripartalen Asphyxie und einer respiratorischen Anpassungsstörung wurde der frühgeborene Junge zwei Wochen auf der Kinderintensivstation behandelt. Das postpartal durchgeführte Neugeborenencreening zum Ausschluss konnataler Stoffwechselstörungen war unauffällig. Bei einer Routinesonografie des Schädels wurde eine linksseitige Plexuszyste festgestellt. Nach der Entlassung aus der Klinik sei der Junge immer gesund gewesen und habe sich zeitgerecht entwickelt. Eine familiäre Anfallsdisposition wurde nicht berichtet.

Ein erstes paroxysmales Ereignis führte im Alter von 20 Monaten zu einer neuropädiatrischen Vorstellung. Der Junge habe beim Spielen plötzlich die Augen verdreht und dabei mit dem Kopf genickt. Dabei sei er ins Wanken geraten und habe sich hingeworfen. Während des Ereignisses habe er weder gesprochen noch geschrien. Danach sei er sofort wieder aufgestanden und habe weiterspielt.

Auf der anschließenden Fahrt in die Klinik sei noch zweimal ein plötzlicher Aufwärtsblick beobachtet worden. Dabei war der Junge ansprechbar. Blutbild, CRP, Blutzucker und Kreatinin waren normwertig. Ein Wach-EEG ergab ebenso wie ein EEG bei Müdigkeit einen unauffälligen Befund. In der Sonografie des Schädels war die postpartal vorbeschriebene linksseitige Plexuszyste nicht mehr nachweisbar. Stattdessen wurde rechtsseitig eine kleine Plexuszyste beschrieben. Nach Ausschluss einer erhöhten zerebralen Anfallsneigung wurde der Patient zur weiteren Beobachtung entlassen.

Danach traten die paroxysmalen Ereignisse bei starker Müdigkeit mit unverändertem Bild mit einer Häufigkeit von einmal pro Woche auf. Die wiederholte ambulante



Dr. Constanze Lämmer

EEG-Ableitung lieferte auch unter Fotostimulation keine neuen Aspekte. Eine augenärztliche Untersuchung ergab einen unauffälligen Befund. Die Augenmotilität war unauffällig. Weder der paroxysmale tonische Aufwärtsblick noch ein Nystagmus waren durch eine aktive Blickwendung provozierbar. Bei der Untersuchung wurde der Verdacht auf eine Makrocephalie geäußert und ein craniales MRT empfohlen. Eine umfassende kinder-kardiologische Untersuchung erfolgte zum Ausschluss einer kardialen Genese der Ereignisse. EKG und Echocardiografie zeigten Normalbefunde. Auf ein initial geplantes Langzeit-EKG wurde nach ausführlicher kinder-kardiologischer Untersuchung und Beratung verzichtet.

Die tonischen Blickdeviationen während des Autofahrens nahmen danach an Häufigkeit zu. Dabei zeigte der Junge immer eine prompte Reaktion auf Ansprache. Das Ausbleiben der gewohnten adäquaten Reaktion auf Ansprache während des Ereignisses im Alter von 24 Monaten führte dann zur stationären Aufnahme in unserer Kinderklinik. Wir ergänzten die bisherige Diagnostik durch umfassende infektiologische Untersuchungen. Wir schlossen eine stattgehabte Infektion mit neurotrophen Viren ebenso wie eine Infektion mit *Treponema pallidum*, Listerien oder Toxoplasmose serologisch aus. Auf eine Lumbalpunktion wurde verzichtet.

Im cranialem MRT zeigte sich links temporal ein kleiner ca. 6 mm messender und gegenüber der Hirnrinde isointensiver Herd, vereinbar mit einer Heterotopie (Abb. 1). Der übrige MRT-Befund war unauffällig. Das Kopfwachstum entsprach der 25. Perzentile, sodass keine Makrocephalie vorlag.

Im Video-EEG konnten bei ausgeprägter Müdigkeit während einer Ableitung wiederholt die beschriebenen paroxysmalen Blickdeviationen (Abb. 2), zum Teil mit Kopfnicken, beim ruhig liegenden, ansprechbaren Kind beobachtet werden. Im EEG waren währenddessen keine epilepsietypischen Potentiale nachweisbar.

Retrospektiv berichtete die Mutter über plötzliche Blickdeviation beim Spielen und bei Müdigkeit bereits im Alter von zwölf Monaten.

Der Junge zeigte weiterhin eine unauffällige statomotorische Entwicklung. Die Frequenz der Ereignisse war rückläufig, ab dem Alter von 31 Monaten wurden keine erneuten Ereignisse beobachtet. Ein Müdigkeits-EEG

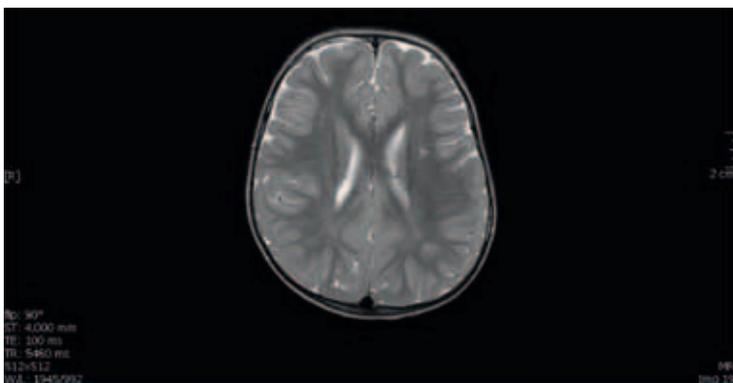


Abb. 1: T2-gewichtete Aufnahme: Darstellung der links temporalen Heterotopie im cranialem MRT



Abb. 2: Paroxysmaler tonischer Aufwärtsblick während der Video-EEG-Aufzeichnung bei sonst lockerer Haltung der Extremitäten und erhaltener Ansprechbarkeit. Unauffällige parallele EEG-Aufzeichnung

acht Monate nach Entlassung zeigte einen altersgerechten Befund ohne Hinweis auf eine sich entwickelnde epileptogene Aktivität. Eine Blickdeviation wurde während der Ableitung nicht mehr beobachtet.

Diagnostik

Die Diagnose benigner paroxysmaler tonischer Aufwärtsblick erfordert eine differenzierte Anamnese der stattgehabten Ereignisse und der bisherigen Entwicklung. Wegweisend für die Diagnostik sind eine unauffällige neuromotorische Entwicklung sowie normale metabolische und neuroradiologische Untersuchungsbefunde. Sicherheit erbringt das Fehlen epilepsietypischer Potentiale im Video-EEG während einer paroxysmalen Blickdeviation. Eine Episode kann mit größerer Wahrscheinlichkeit bei zunehmender Müdigkeit des Kindes erfasst werden. In unserem Fall bestand temporär eine leichte Ataxie und eine anfangs vermehrte Fallneigung. Die Zuordnung erfolgt aufgrund der Übereinstimmung des klinischen Bildes und der vorliegenden Untersuchungsbefunde mit den Kriterien der Erstbeschreiber Ouvrier und Billson (Tab. 1).

Ein unauffälliges EEG bei Müdigkeit und eine zeitgerechte statomotorische Entwicklung im Verlauf bestätigen die Diagnose.

Unser kleiner Patient erhielt keine Therapie. Die Eltern wurden über den gutartigen Charakter der beobachteten Phänomene und das zu erwartende spontane Sistieren der Ereignisse im Kleinkindalter aufgeklärt.

Reprint der 1. Auflage von 1918

Atlas der Hygiene des Säuglings und Kleinkindes

von L. Langstein und F. Rott

„So übergeben wir diesen Atlas der Öffentlichkeit mit dem herzlichen Wunsche, er möge seinen Teil dazu beitragen, den Frauen und Mädchen, überhaupt allen, die sich beruflich oder nicht beruflich mit dem Wohlergehen des Kindes beschäftigen, Kenntnisse zu geben über die zweckmäßigste Art der Kinderaufzucht, über die Notwendigkeit der Vermeidung von Fehlern, über die Grundlagen des Säuglingsschutzes (...)"



Atlas der Hygiene des Säuglings und Kleinkindes

von
L. Langstein und F. Rott

Nachdruck der 1. Auflage

erschienen in Berlin 1918
bei Julius Springer

Verlag Schmidt-Römhild · Lübeck
1989

€ 25,-

Mappe mit 100
Schaufeln und Beiheft
mit den ursprünglichen
Vorworten, Verzeichnis
der Tafeln und dem
1912 erschienenen
Bericht „Von meinen
Fürsorgebesuchen“
von Schwester Gertrud
Röhrssen, Format DIN A4

**SCHMIDT
RÖMHILD**

DEUTSCHLANDS
ÄLTESTES VERLAGS-
UND DRUCKHAUS
SEIT 1579

So können Sie bestellen:

per Tel.: 0451-70 31 267, per Fax: 0451-70 31 281,
per e-mail an: vertrieb@schmidt-roemhild.com oder über
unseren Online-Shop auf: www.schmidt-roemhild.de

- Beginn vor dem 1. Lebensjahr
- Episodisch auftretende konstante oder diskontinuierliche tonisch konjugierte Blickabweichungen nach oben
- Auftreten eines nach unten gerichteten Nystagmus beim Versuch, nach unten zu sehen
- dabei uneingeschränkte horizontale Augenbewegungen
- Abnahme der Symptomatik nach Schlaf
- Normale metabolische, elektroenzephalografische und neuroradiologische Befunde
- Gelegentlich Auftreten einer z.T. infektgetriggerten intermittierenden Ataxie
- Normale neurologische Untersuchung und Entwicklung
- Abnahme und Sistieren der Symptomatik über Monate bis Jahre

Tab. 1: Charakteristische Merkmale des benignen paroxysmalen tonischen Aufwärtsblicks nach Ouvrier und Billson (1988)

Diskussion

Das Auftreten des paroxysmalen tonischen Aufwärtsblicks im Säuglings- und Kleinkindalter ist eine sehr selten beobachtete akute Störung der Augenbewegung. Im englischen Sprachraum ist die Erkrankung als „benign paroxysmal tonic upward gaze of childhood“ bekannt. In der deutschen Literatur findet das Krankheitsbild kaum Erwähnung. Einzelne Kasuistiken wurden berichtet (2). Eine geschlechtsspezifische Häufung wird nicht beobachtet. Der benigne paroxysmale tonische Aufwärtsblick wird den Dyskinesien zugeordnet. Eine differentialdiagnostische Abgrenzung zu anderen Krankheitsbildern, die mit einem tonischen Aufwärtsblick einhergehen können, ist wichtig. Vertikale tonische Blickstörungen nach oben werden auch im Rahmen von fokal-motorischen Anfällen, BNS-Anfällen, im postenzephalitischen Residualzustand, im Koma, bei Hirnstammstörungen mit Blickparese nach unten, bei Tumoren der Hypophysenregion, bei Aquäduktstenosen bei Hydrozephalus, aber auch als toxische Medikamentennebenwirkung von Phenothiazin und Carbamazepin beobachtet (3). Ähnliche Phänomene treten bei Kindern mit bilateralem zentralem Sehverlust mit erhaltener Funktion des unteren Blickfeldes auf. Bei diesen Ursachen ist die Blickdeviation im Gegensatz zum temporären paroxysmalen Aufwärtsblick des Kleinkindalters konstant vorhanden. Eine umfassende Anamnese, eine gründliche neuropädiatrische Untersuchung und ein EEG bei Müdigkeit ermöglichen, unterstützt durch eine kraniale Bildgebung, die Abgrenzung. Kardiologische Untersuchungen sind verzichtbar. Augenärztliche Untersuchungen sollten bei Verdacht auf Fehlsichtigkeit oder gestörtem Auge-Hand-Kontakt in Erwägung gezogen werden.

Die Ätiologie des benignen paroxysmalen tonischen Aufwärtsblicks ist bisher nicht geklärt. Ouvrier und Billson analysierten 2005 in einer Übersicht 49 berichtete

Fälle (4).

In fünf Fällen fanden sich neurokraniale Auffälligkeiten, bei drei Kindern wurde eine Valproatmedikation in der Schwangerschaft berichtet, in vier Familien wurde ein familiär gehäuftes Auftreten angegeben. Eine lokale Transmitterstörung im Bereich der supranukleären Bahnen, die die vertikalen Augenbewegungen kontrollieren, wurde von Ouvrier und Billson (1) als Ursache diskutiert. Das vermehrte Auftreten bei Müdigkeit wurde als Transmitterdepletion eines unreifen Regelmechanismus erklärt. Eine temporäre Erholung im Schlaf könnte die geringere Häufigkeit nach dem Erwachen erklären. Ein in Einzelfällen gutes Ansprechen auf L-Dopa (4) stützt diese theoretische Überlegung. Kein positiver Effekt auf die Symptomatik konnte durch den Einsatz von Antikonvulsiva beobachtet werden.

In unserem Fall lag keine familiäre Disposition vor. Die in der Kernspintomografie beobachtete Heterotopie ist aufgrund ihrer Lokalisation paraventriculär im linken temporären Marklager eher nicht ursächlich mit einer Blickdyskinesie in Verbindung zu bringen. Ursächliche anatomische Veränderungen wären eher den rostralen interstitiellen Kerngebieten zuzuordnen (5).

Unbehandelt sistieren die Blickdeviationen in der Regel spätestens im dritten Lebensjahr. Nur in einzelnen Kasuistiken wird über ein gemeinsames Auftreten von Absencen und dem paroxysmalen tonischen Aufwärtsblick berichtet. Luat (6) berichtet dabei über einen hypotonen makrozephalen und entwicklungsverzögerten Jungen, der unter Valproatmedikation bei Absencen jenseits des Säuglingsalters vertikale Blickdeviationen zeigte. Verotti (7) beschreibt ein Mädchen mit benignem paroxysmalen tonischem Aufwärtsblick, das drei Jahre nach Auftreten erster vertikaler Blickdystonien Absencen mit typischem EEG-Korrelat zeigte. Die Absencen sistierten unter der Valproattherapie, das EEG normalisierte sich, während die vertikalen Blickdeviationen persistierten. In beiden Fällen handelt es sich um Einzelkasuistiken. Die Blicksymptomatik trat dabei nicht im typischen Manifestationsalter auf bzw. persistierte deutlich länger als bei den in der Literatur berichteten Fällen. Der von Luat (6) beschriebene Patient zeigte bereits im Säuglingsalter neurologische Auffälligkeiten. Streng genommen erfüllen die beiden Patienten nicht die Kriterien von Ouvrier und Billson (1), sodass nicht sicher von der gleichen Entität wie beim benignen paroxysmalen tonischen Aufwärtsblick auszugehen ist.

Bei neurologisch unauffälligen Patienten kann auch im weiteren Verlauf eine unauffällige neuromotorische Entwicklung erwartet werden.

Aufgrund des günstigen spontanen Verlaufes ist in der Regel keine Therapie indiziert. Den Kindern können so überflüssige medikamentöse Interventionen erspart bleiben. Die Eltern sollten über den gutartigen Charakter der beobachteten Phänomene und das zu erwartende spontane Sistieren im Kleinkindalter aufgeklärt werden. Eine Abgrenzung zu epileptogenen Anfällen insbesondere in Form von Absencen ist dabei für die Eltern besonders wichtig.

Fazit für die Praxis

Der benigne paroxysmale tonische Aufwärtsblick ist ein relativ unbekanntes Krankheitsbild. Zur Abgrenzung anderer möglicher Ursachen einer vertikalen Blickdystonie sind eine differenzierte Anamneseerhebung und eine neuropädiatrische Untersuchung erforderlich. Bei sonst neurologisch altersgerecht entwickeltem Kind stützen unauffällige Befunde im EEG, in der Kernspintomografie und in der Stoffwechselfdiagnostik die Diagnose.

Zufallsbefunde in der Kernspintomografie müssen unter Berücksichtigung ihrer Lokalisation und Ausprägung auf einen möglichen kausalen Zusammenhang zu den vertikalen Blickdeviationen überprüft werden.

Das Wissen um den typischen Verlauf und die klinischen Symptome nach Ouvrier und Billson ermöglicht trotz noch unbekannter Ursache der Erkrankung eine Diagnosestellung und die Beruhigung der Eltern. Ein höherer Bekanntheitsgrad der Erkrankung insbesondere bei Kinderärzten und Augenärzten wäre im Sinne einer

raschen und gezielten Diagnostik auch zur Vermeidung unnötiger Untersuchungen und familiärer Belastungen wünschenswert.

Literatur bei der Verfasserin

Interessenkonflikt: Die Autorin erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Korrespondierender Autor
Dr. Constanze Lämmer
Kinderklinik St. Bernward Krankenhaus
Treibestr. 9
31134 Hildesheim
Tel.: 05121/ 90 1705
dr.c.laemmer@bernward-khs.de

Red.: Christen

Urtikaria bei Durchführung einer SIT

CONSILIUM INFECTIONUM

Prof. Dr. med.
Bodo Niggemann

Frage: Es geht um einen fast 11 Jahre alten Jungen, sportlich, der an einer sommerlichen Pollinose mit gelegentlichen obstruktiven Bronchitiden litt. Im Sommer 2007 erfolgte ein Pricktest, der bei normaler Reagibilität gegenüber Histamin (4 mm) folgende Quaddeldurchmesser zeigte: Gräser/Getreide 10 mm + Pseudopodien, Frühblüher 3–4 mm, *D. farinae* 4–5 mm, *D. pteronyssinus* 5 mm. Beide Eltern sind Atopiker. Es erfolgte die Verordnung eines Encasings, in der Folge im Beschwerdekalen-der über ein Jahr nur noch Beschwerden im Sommer.

Im Januar 2009 wurde eine SIT gegenüber Gräser und Getreide begonnen. Im August 2010 (nach 1½ Jahren SIT) 5 Stunden nach der letzten Dosis zu Hause Auftreten eines generalisierten urtikariellen Exanthems ohne Atemnot. Im September nach Reduktion der Dosis auf die Hälfte, erneut nach 4–5 Stunden konfluierendes juckendes Exanthem am Stamm ohne Atemnot oder Kreislaufreaktion.

- Ist die SIT nun abzubrechen?
- Warum erfolgt die Reaktion so spät?

Antwort: Der beschriebene Fall, bei dem es nach mehr als 1½ Jahren einer spezifischen Immuntherapie (zudem mit einem Gräserpollen-Extrakt) zu milden systemischen Nebenwirkungen kam – und das zweimalig im Monatsabstand hintereinander – ist in der Tat ungewöhnlich.

Es lassen sich mehrere mögliche Erklärungsmodelle aufzählen:

(1.) Es könnte sich um eine besonders starke lokale Pollenexposition gehandelt haben, da die Reaktionen während der Saison bzw. am Ende der Saison aufgetreten sind. Dies könnte – auch nachträglich – durch eine entsprechende lokale Pollenzählung geklärt werden.

(2.) Die Injektion könnte versehentlich in eine Region vermehrter Abrufung des Allergens aus dem Depot in den Kreislauf erfolgt sein. Dagegen spricht allerdings die

Wiederholung der Reaktion – und das auch nach Halbierung der Dosis.

(3.) Es könnten Augmentationsfaktoren vorgelegen haben, wie z. B. körperliche Belastung nach der Injektion (Verschiebung oder Neuaufnahme eines regelmäßigen Sportes, akute respiratorische oder gastro-intestinale Infektionen zum Zeitpunkt der Injektionen, usw.). Dies müsste – soweit nachträglich überhaupt möglich – anamnestisch erfragt werden.

(4.) Es handelt sich um einen „Non-Responder“, der nicht nur auf die spezifische Immuntherapie nicht anspricht, sondern sich trotz oder unter der Therapie wieder vermehrt sensibilisiert und (aus bisher nicht erklärlichen Gründen) verstärkt auf „sein“ Allergen auch klinisch manifest reagiert. Die letzte Hypothese ist zugegebenermaßen sehr spekulativ.

Die nach mehreren Stunden verzögert auftretende Reaktion (es bleibt unklar, um was für eine Art von „Exanthem“ es sich gehandelt hat), die Tatsache, dass Gräserpollen das Allergen sind, und das Ausbleiben schwerer Nebenwirkungen (wie Atemnot oder Kreislaufreaktionen) lassen einen sofortigen Abbruch der Therapie nicht notwendig erscheinen. Es könnte noch ein Versuch unternommen werden, außerhalb der Blühsaison auf 1/10 der Erhaltungsdosis zurückzugehen und in wöchentlichen Abständen und kleinen Schritten doch noch wieder die Erhaltungsdosis zu erreichen. Erst wenn auch dieses Vorgehen fehlschlägt und die oben genannten Faktoren abgeklärt sind bzw. nicht in Frage kommen, sollte über einen Abbruch nachgedacht werden.

Prof. Dr. med. Bodo Niggemann

DRK Kliniken Berlin

Hedwig-von-Rittberg-Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin

Spandauer Damm 130

14050 Berlin

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



Review aus englischsprachigen Zeitschriften

Langzeitstudie zu selektivem Essverhalten

Picky Eating During Childhood: A Longitudinal Study to Age 11 Years

Mascola AJ et al., *Eating Behaviors* 11: 253-257, Dezember 2010

Das selektive Essverhalten (SE) oder „picky eating“ ist ein häufiger Anlass zur Vorstellung beim Kinderarzt. Das Kind schränkt, meist bereits ab dem Übergang zu Brei oder fester Kost, sein Nahrungsmittelspektrum stark ein, mag oft kein Gemüse, zeigt sich unwillig, unvertraute Nahrungsmittel zu probieren und isst in der Regel nur wenige Speisen in größeren Mengen, was die Eltern nicht selten dazu veranlasst, Exklusivmahlzeiten zuzubereiten. Elterlicherseits manifestieren sich Besorgnis um die Nährstoffversorgung des Kindes und Konflikte wegen differenter Einstellungen zum Umgang mit dem Essproblem. In verschiedenen Studien wird die Prävalenz des SE mit 8 bis 50% angegeben. Diese Varianz ist vor allem auf unterschiedliche Definitionen bezüglich Ausprägung und Dauer der Symptomatik für die Störungsdefinition und auf Unterschiede im Alter der untersuchten Stichproben zurückzuführen.

Die Untersuchung von Mascola et al. ist als Teil der *Stanford Infant Growth Study* eine von wenigen prospektiven Langzeitstudien zu kindlichem Essverhalten. Eine Kohorte von 216 gesunden Kindern aus 3 Geburtskliniken der San Francisco Bay Area und ihre Eltern wurden bis zum Alter von 7 Jahren jährlich sowie mit 9,5 und 11 Jahren befragt, gemessen und gewogen (1990–2002). 39% der Kinder wurden zu mindestens einem Zeitpunkt im Studienverlauf von ihren Eltern als „picky eater“ beschrieben. In jedem Untersuchungsjahr lag die Prävalenz bei 13–22% mit abnehmender Inzidenz in Verlauf (13% mit 2 Jahren, < 3% ab 6 Jahren). Bei mehr als der Hälfte der Betroffenen remittierte die Symptomatik innerhalb von 2 Jahren unabhängig vom Alter bei Erstmanifestation.

Bei 47% der „picky eater“ persistierte das Essproblem über 2 Jahre oder länger. Diese Gruppe unterschied sich durch besonders

ausgeprägte und zeitstabile Abneigungen und Vorlieben für bestimmte Nahrungsmittel, generalisierte Skepsis gegenüber unvertrauten Speisen und anhaltende familiäre Konflikte bei den Mahlzeiten. Die Eltern kommentierten vermehrt die Essgewohnheiten ihrer Kinder, drängten oder zwangen diese jedoch nicht häufiger zum Essen als die Eltern der Kinder ohne SE oder mit kürzerem Symptomverlauf. Gewichts- und Längenentwicklung in den Gruppen unterschieden sich nicht.

Kommentar

Die Studie von Mascola et al. ist trotz kleiner Stichprobe und begrenzter Aussage erwähnenswert, weil sie sich eines praxisrelevanten Problems angenommen hat. Das selektive Essverhalten, besonders bei Klein- und Vorschulkindern, ist ebenso häufig wie subjektiv belastend – zunächst für die Eltern, mit steigendem Alter auch für die Kinder selbst. Deshalb hat das seit den 1980er Jahren in den USA entwickelte Klassifikationssystem frühkindlicher psychischer Störungen ZERO to THREE in seiner neusten Revision (DC:0-3; 2005) unter sechs Subtypen von Fütterstörungen die sog. „sensorische Nahrungsverweigerung“ aufgenommen. Für diese wird ätiologisch eine genetische Disposition mit oft multipler, sich auch auf Gerüche, Texturen, Geräusche etc. beziehende sensorische Empfindlichkeit und spezifische Nahrungsaversionen angenommen, aber auch das inkonsistente Füttern oder Modelllernen durch die Eltern. Die Störung findet sich vermehrt bei Autismusspektrumstörungen und Nahrungsmittelallergien, in diesem Kontext treten auch Mangelerscheinungen, z.B. bei Eisenmangel, auf. Eine psychotherapeutische Behandlung ist bei ausgeprägter Symptomatik indiziert und besonders bei Säuglingen und Kleinkindern, die noch gefüttert werden, und bei älteren Kindern mit Eigenmotivation zur Erweiterung des Nahrungsspektrums erfolgreich.

(Carola Bindt, Hamburg)

AT und Pneumokokken-Besiedlung

Adenoidectomy and Nasal Carriage of *Streptococcus Pneumoniae* in Young Children

Mattila PS et al., *Arch. Dis. Child* 95, 696-702, September 2010

Eine Adenektomie wird üblicherweise durchgeführt bei Kindern mit vergrößerten Adenoiden, die zu rezidivierenden oder chronischen Otitiden führen mit Obstruktion des Nasopharynx, entsprechender Mundatmung und Störung des Nachtschlafes. Der Effekt einer Adenektomie auf die nasopharyngeale Besiedelung mit Bakterien, die eine Otitis media verursachen können, wurde bisher noch nicht untersucht. An der Universität von Helsinki wurden 217 Kinder im Alter von 12–48 Monaten mit rezidivierender oder persistierender Otitis media einer Adenektomie unterzogen (n=109) oder diese Operation nicht durchgeführt (n=108). Nasopharyngeale Besiedelung mit Pneumokokken, *Haemophilus influenzae* und *Moraxella catarrhalis* wurde 1, 2 und 3 Jahre nach der Randomisierung untersucht. Die Adenektomie

WER HILFT WEITER?



Schwer heilbare Krankheiten?

Behinderungen?

Band 1:
Ein bundesweiter Wegweiser über Eltern-Selbsthilfegruppen.
4. überarbeitete Auflage
2009/2010,
614 Seiten,
ISBN 978-3-7950-1912-9,
€ 24,80



Rehabilitation?

Band 2:
Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche (Kinder-Rehaführer).
Ein bundesweiter Wegweiser.
228 Seiten,
ISBN 978-3-7950-1911-2,
€ 19,80



(Sexuelle) Gewalt gegen Kinder?

Band 3:
(Sexuelle) Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Ein bundesweiter Wegweiser.
480 Seiten,
ISBN 978-3-7950-1908-2,
€ 19,80

Bundesweite Wegweiser für Eltern und Ärzte

Schwer heilbare Krankheiten und Behinderungen bei Kindern stellen Eltern vor ganz spezielle Herausforderungen, denen sie allein oft nicht gewachsen sind. Deshalb hat das „Kindernetzwerk für kranke und behinderte Kinder und Jugendliche in der Gesellschaft“ unter dem Motto „Wer hilft weiter?“ eine bundesweit einmalige Reihe von Wegweisern herausgebracht, an der sich Eltern bei der Suche nach Hilfe orientieren können.

Betroffene finden in jedem Band eine ausführliche Zusammenstellung von Initiativen, Einrichtungen und Beratungsstellen mit Beschreibung in Stichworten und Kontaktadressen.

Jeder Wegweiser enthält außerdem ein umfassendes Vorwort, das über den aktuellen Diskussionsstand und die Problematik des jeweiligen Themas informiert. Gerade für (Kinder-) Ärzte bietet die Reihe einen sinnvollen Überblick, der bei der Beratung der Patienteneltern helfen kann.

Erhältlich in Ihrer Buchhandlung oder direkt beim Verlag.

**Verlag Schmidt-Römhild, Mengstr. 16, 23552 Lübeck, Tel. 04 51/70 31-267, Fax 70 31-281
Internet: www.schmidt-roemhild.de, E-Mail: info@schmidt-roemhild.de**

mie konnte eine nasopharyngeale Besiedelung mit Pneumokokken, Haemophilus und Moraxella katarrhalis nicht verhindern, bei unter 2-Jahre alten Kindern zum Zeitpunkt der Adenektomie war sogar die Pneumokokken-Besiedelung ein Jahr später signifikant höher.

Kommentar

Adenoide haben offensichtlich die Funktion, eine nasopharyngeale Besiedelung mit Streptococcus pneumoniae zu reduzieren und somit auch möglicherweise einen Schutz vor einer invasiven Erkrankung mit diesem Erreger darzustellen. Die Autoren der Studie empfehlen, eine Adenektomie bei Kindern unter 4 Jahren nur bei deutlicher Pathologie der Adenoide durchzuführen. Diese Empfehlung macht Sinn in Anbetracht der hier vorgelegten Daten, somit sollte die Indikation zur Adenektomie in diesen jungen Jahren zurückhaltend gestellt werden.

(Frank Riedel, Hamburg)

Antibiotikadauer bei Osteomyelitis

Short- Versus Long-term Antimicrobial Treatment for Acute Hematogenous Osteomyelitis of Childhood: Prospective, Randomized Trial on 131 Culture-positive Cases

Peltola H, Pääkkönen M, Kallio P, Kallio MJ und Osteomyelitis-Septic Arthritis Study Group. *Pediatr Infect Dis J.* 29: 1123-1128, Dezember 2010

Bezüglich der optimalen Dauer der antibiotischen Therapie bei akuter hämatogener Osteomyelitis gibt es auch unter Fachleuten noch immer große Diskussionen. Oft erfolgt eine antibiotische Therapie über insgesamt 1–2 Monate, davon die ersten 1–2 Wochen intravenös. In den meisten Fällen wird auch eine operative Dekompression durchgeführt. Bisher gibt es zu dieser Frage keine aussagefähigen prospektiven und randomisierten Studien.

181 Kinder im Alter von 3 Monaten bis 15 Jahren mit kulturpositiver akuter Osteomyelitis wurden randomisiert und erhielten Clindamycin (40 mg/kg) oder ein Cephalosporin der Gruppe 1 für entweder 20 (= „Short-term“-Behandlungsgruppe) oder 30 Tage (= „Long-term“-Behandlungsgruppe). Eine intravenöse Gabe der Antibiotika erfolgte in den ersten 2 bis 4 Tagen, danach wurde das Medikament per os verabreicht. Operative Eingriffe wurden auf ein Minimum begrenzt. Die antibiotische Therapie wurde abgesetzt, wenn die klinische Symptomatik weitgehend verschwunden war und der CRP-Wert bei ≤ 20 mg/L lag.

In 131 von 181 Kindern mit akuter Osteomyelitis (72%) konnte ein Erreger nachgewiesen werden. In 89% war dies *S. aureus*, in allen Fällen war dieser Methicillin-sensibel. In 18% aller 131 Kindern mit Osteomyelitis war das benachbarte Gelenk mitbetroffen (Arthritis). Eine Kortikotomie wurde in 62 Fällen durchgeführt, in Kombination mit einer Arthrocentese in insgesamt 14 Fällen. Das mediane Alter lag in der Short-term-Behandlungsgruppe bei 9 Jahren, in der Long-term-Behandlungsgruppe

bei 9,3 Jahren. Bei den meisten Kindern beider Gruppen heilte die Osteomyelitis folgenlos aus. Nach Absetzen der antibiotischen Therapie fand sich kein Unterschied bez. klinischer Parameter und Labormarker (CRP, BSG) zwischen beiden Gruppen.

Kommentar

Diese aktuelle Studie konnte zeigen, dass bei einer akuten Osteomyelitis im Kindesalter eine antibiotische Therapie über 20 Tage (davon die meisten Tage Applikation per os) in den meisten Fällen voll ausreicht. Als beste Verlaufparameter erwiesen sich hier klinischer Verlauf und CRP-Wert. Die DGPI fordert bei akuter hämatogener Osteomyelitis eine intravenöse antibiotische Therapie über mind. 21 Tage (bzw. bis zur Normalisierung der BSG), bzw. bei einer sequenziellen Therapie eine 2-wöchige intravenöse und anschließend eine 3–4-wöchige orale antibiotische Therapie. Die Ergebnisse dieser Studie sollten bei zukünftigen Empfehlungen zur antibiotischen Therapie einer akuten Osteomyelitis berücksichtigt werden werden.

(Volker Schuster, Leipzig)

Kosten-Nutzen von Biologika bei JIA

Cost-Effectiveness of Biologics in Polyarticular-Course of Juvenile Idiopathic Arthritis (JIA) Patients Unresponsive to Disease-Modifying Antirheumatic Drugs

Ungar WJ et al., *Arthritis Care Research* 63: 111-119, Januar 2011

Ziel der vorliegenden Studie war es, die durch den Einsatz von Biologika entstandenen Mehrkosten zu berechnen. Dabei wurden jene Patienten mit JIA Polyarthritiden untersucht, die auf eine herkömmliche Therapie mit sog. „disease-modifying drugs“ (DMARD) nicht ausreichend angesprochen hatten. Die Effektivität der Therapie wurde mit dem sog. „Pedi 30“ – einem aus mehreren Kriterien bestehenden Score zur Beurteilung des klinischen Ansprechens – gemessen. Die direkten und indirekten Kosten wurden in kanadischen Dollar (in 2008 100 CAD = 62 €) berechnet. Die zusätzlichen Kosten pro „ansprechendem“ Patienten nach 1 Jahr betragen für die verschiedenen Biologika: Etanercept 26.000 \$, Adalimumab 47.000 \$, Abatacept 16.000 \$, Infliximab 31.000 \$.

Kommentar

Diese Studie ist in Zeiten verknappender finanzieller Ressourcen und zunehmendem Einsatz teurer Medikamente interessant. Wie zu vermuten war, wird die höhere Therapieeffektivität der Biologika mit deutlichen Mehrkosten „erkauft“. Allerdings beziehen sich diese Daten nur über einen Verlauf von einem Jahr. Für eine umfassende Kosten-Nutzen-Analyse ist die Ermittlung von Langzeitdaten (Effektivität, Sicherheitsprofil) notwendig. Angesichts der eingeschränkten Prognose (ca. 50 % der Kinder und Ju-

gendlichen mit JIA haben im Erwachsenenalter an der Erkrankung und deren Folgen zu leiden), dem mäßigen Ansprechen von DMARDs und der letzten Endes hohen Effektivität von Biologika (Ringold et al., Inactive disease in polyarticular juvenile idiopathic arthritis: current patterns and associations. *Rheumatology* 2009;48: 972-7; Papsdorf und Horneff, Complete control of disease activity and remission induced by treatment with etanercept in juvenile idiopathic arthritis, *Rheumatology* 2011, 1: 214-21) kann spekuliert werden, dass mit dem Einsatz von effektiveren Medikamenten auch Kosten durch krankheitsbedingte Folgezustände eingespart werden können. Bei der ganzen Diskussion über die Therapiekosten sollte aber auch nicht vergessen werden, dass eine effektivere Therapie zu einer besseren psychosozialen Entwicklung der betroffenen Kinder und Jugendlichen führt, deren erfolgreiche Integration in die Erwachsenenwelt der ganzen Gesellschaft zu Gute kommt, ein Aspekt, der nur schwerlich einer Kosten-Nutzenanalyse zugänglich ist.

(Toni Hospach, Stuttgart)

Juristische Telefonsprechstunde für Mitglieder des BVKJ e.V.

Die Justitiare des BVKJ e.V., die **Kanzlei Dr. Möller und Partner**, stehen an **jedem 3. Donnerstag** eines Monats **von 17.00 bis 19.00 Uhr** unter der Telefonnummer

0211 / 758 488-14

für telefonische Beratungen zur Verfügung.

Stephan Eßer, Hauptgeschäftsführer

BVKJ-Medienpreis 2011



Der BVKJ vergibt in diesem Jahr zum

dritten Mal mit großzügiger Unterstützung u.a. vom Verleger dieser Zeitschrift, Norbert Beleke, den BVKJ-Medienpreis für herausragende journalistische Arbeiten, die sich mit dem Problem der Kinder im sozialen Abseits befassen.

Interessenten und Bewerber finden die Teilnahmebedingungen des BVKJ-Medienpreises im Ordner Kinder- und Jugendarzt in PädInform und unter www.kinderaerzte-im-netz.de im Pressezentrum.

Welche Diagnose wird gestellt?

Robin Kobbe (1), Cordula Warlitz (2), Peter Höger (3)

Anamnese

Das Mädchen wurde als Frühgeborenes (36+6 SSW) gesunder Eltern nach Einleitung bei vorzeitigem Blasensprung spontan geboren. Nach komplikationsloser postnataler Adaptation wurden die Pädiater konsiliarisch in den Kreissaal gerufen, um disseminierte, rotbläuliche, nodulöse Effloreszenzen an der Haut zu beurteilen (Abb. 1). Zahlreiche derb tastbare Knoten unterschiedlichster Grösse waren an verschiedenen Lokalisationen der Haut, Unterhautgewebe und im Muskelgewebe tastbar. Zusätzlich fand sich eine 2 x 3 cm derbe Schwellung am linken Oberarm (Abb. 2a). Das Kind hatte ein rosiges Hautkolorit, zeigte einen ansonsten unauffälligen körperlichen Untersuchungsbefund. Zeichen einer traumatischen Geburt oder weiterer Fehlbildungen fehlten. Zur Klärung des Krankheitsbildes wurde das Kind auf die neonatologische Intensivstation aufgenommen.

Untersuchungsbefunde

Blutbild, CRP und IL6 und die TORCH Serologie waren unauffällig. Im Profil waren die LDH (703 U/l, Normalwerte 225-600) und die knochenspezifische AP (35 µg/l, 3-19) leicht erhöht. Tumormarker β-HCG und AFP lagen innerhalb der Altersnorm. Im Verlauf entwickelte das Kind eine neonatale Hyperbilirubinämie, die kurzzeitig eine Phototherapie erforderlich machte. Sonographisch zeigte sich die Formation am linken Oberarm reflexirregulär und teils zystisch mit einer Ausdehnung von 2,5x1,1x1,7 cm. Eine Röntgenaufnahme zeigte Arrosionen der Kortikalis am Humerus (Abb. 2b). Auch eine Aufnahme der linken unteren Extremität zeigte im distalen Femur eine ovale Aufhellung mit aus-



Abb. 1



Abb. 2a



Abb. 2b



Abb. 3

gedünnter Kompakta (Abb. 3). Ultraschalluntersuchungen von Schädel und Abdomen erbrachten keinen Hinweis auf intraabdominelle Raumforderungen oder Fehlbildungen. Ophthalmoskopisch ergab sich kein pathologischer Befund. Um die Ausdehnung der tumorösen Veränderungen zu beurteilen führten wir ein Ganzkörper MRT durch. Zu Sicherung der Diagnose wurde eine Hautbiopsie durchgeführt.

Wie lautet die Diagnose?

- 1) Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg
- 2) Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52, 20246 Hamburg
- 3) Pädiatrische Dermatologie, Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift gGmbH, Lilienconstraße 130, 22149 Hamburg

Diagnose: Infantile Myofibromatose

Die infantile Myofibromatose zählt zu den gutartigen fibromatösen Tumoren des Säuglingsalters. Sie manifestiert sich entweder mit einem solitären Knoten (Myofibrom), vorzugsweise im Bereich von Kopf und Hals, oder mit disseminierten Knoten im Bereich von Haut, Muskel, Knochen und viszerale Organen (Myofibromatose, 1). Die Tumoren sind derb, schmerzlos, treten einzeln oder multipel auf und erreichen eine Größe von 0,5–4 cm. Sie nehmen zunächst oft an Zahl und Größe zu, bevor sie in den meisten Fällen innerhalb eines Jahres verschwinden. Die Hälfte aller solitären Läsionen und über 90% der multilokulären Formen manifestieren sich kongenital; weibliche Neugeborene sind etwas häufiger betroffen. Die überwiegende Mehrzahl der Erkrankungen tritt innerhalb der ersten zwei Lebensjahre auf. Ein obstruierendes Wachstum in parenchymatösen Organen ist für die individuelle Prognose entscheidend und geht vereinzelt mit hoher Morbidität und Mortalität einher (2). Selten wurde eine Beteiligung des zentralen Nervensystems beschrieben, die ebenso wie eine Lungenbeteiligung mit einer schlechten Prognose assoziiert ist. Die sonstige klinische Manifestation hängt von Anzahl und Lokalität der Tumoren ab. Schmerzen können durch lokale Nervenkompression verursacht sein und chirurgische Interventionen sind in Fällen von destruierendem oder obstruierendem Wachstum indiziert (3). Die Ätiologie der IM ist unklar. Neben spontanem Auftreten ist auch eine familiäre Häufung beschrieben, wobei verschiedene Erbgänge diskutiert wurden.

Obwohl es sich um eine seltene Entität handelt, ist die IM der häufigste fibromatöse Tumor des Kindesalter. Die Verdachts-

diagnose wird klinisch gestellt und histologisch bestätigt. Fortschritte in der pränatalen Ultraschalldiagnostik ermöglichen es teilweise eine IM bereits intrauterin zu identifizieren (4). Histologische Charakteristika sind spindelförmige Zellen, die in Bündeln und kleinen Wirbeln vorliegen, mit dazwischen verlaufenden Blutgefäßen. Immunhistochemisch präsentieren sich Muskel-Aktin und SMA positiv, während sich Desmin und S-100 Protein nicht anfärben.

Differenzialdiagnosen

Hämangiom, Neurofibromatose, Leiomyomatose, Histiozytose, Häm- und Lymphangiome, metastasiertes Neuroblastom, Rhabdomyosarkom

Therapie und Verlauf

Die Histologie und immunhistochemischen Färbungen stimmten in unserem Fall mit den oben beschriebenen Eigenschaften und Expressionsmustern überein. Als Korrelat zu den konventionellen Röntgenaufnahmen zeigte das Ganzkörper MRT neben der Weichteilraumforderung am linken Humerus auch Auftreibungszonen in den Metaphysen der langen Röhrenknochen der unteren Extremität. Insgesamt fanden sich multiple Herdsetzungen, vorwiegend in der Muskulatur von Rumpf, Schulter, Becken, unterer Extremität (mit Schwerpunkt der Oberschenkel), sowie in der Gegend der Psoas. Parenchymatöse viszerale Organe waren nicht beteiligt, jedoch fiel als fragliche Beteiligung des zentralen Nervensystems eine solitäre 5 mm messende Kontrastmittel-anreichernde homogene Läsion im medialen Kleinhirnwurm auf (Abb. 4). Im beschriebenen Fall

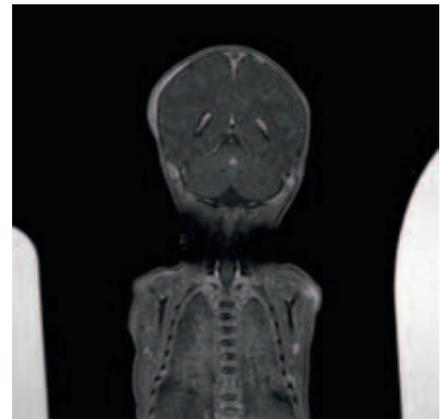


Abb. 4

sind regelmäßige neurologische Untersuchungen und eine MRT-Kontrolle empfehlenswert; radiologische Verlaufskontrollen sind nicht notwendig.

Literatur

1. Larralde M, Hoffner MV, Boggio P, Abad ME, Paula C, Luna PC, Correa N. Infantile Myofibromatosis: Report of Nine Patients. *Pediatric Dermatology* 2010; 27:29-33.
2. Pelluard-Nehme F, Coatleven F, Carles D, Alberti EM, Briex M, Dallay D. Multicentric infantile myofibromatosis: two perinatal cases. *Eur J Pediatr* 2007;166:997-1001.
3. Gopal M, Chahal G, Al-Rifai Z, Eradi B, Ninan G, Nour S. *Pediatr Surg Int* 2008;24:287-291.
4. Nishioka K, Seguchi T, Yamamura Y et al. Infantile myofibromatosis identified by fetal ultrasound. *Br J Dermatol* 1999;140:539-541.

Dr. Robin Kobbe
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Red.: Höger

Praxistafel

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

Kinderärztliche Gemeinschaftspraxis in Südwestfalen **sucht neuen Partner**, gern auch m. Interesse f. Naturheilkunde/Homöopathie. Auch Teilzeit o. Stellensplitting möglich. Abgabe Jan.–Dez. 2012.

Zuschriften unter Chiffre 1892 KJA 2/11 an den Verlag erbeten.

Praxisvertretung für große kinder- und jugendärztliche Gemeinschaftspraxis mit kinderpneumologischem Schwerpunkt in der Zeit vom **22. Mai bis 15. August für ca. 3 Tage/Woche dringend gesucht** – in attraktiver Kleinstadt im Norden Frankfurts.

Kontakt: muehfeld.walter@kinderaeerzte-im-netz.de oder 06172 / 20055

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

Kinder- u. Jugendarztpraxis in nordbayer. Großstadt **bietet Mitarbeit in Voll-/Teilzeit**.

Option späterer Übernahme gegeben.

Kontakt über 0160 944 78781

Kinder- und Jugendarztpraxis in Schriesheim (15.000 Einwohner) bei Heidelberg **ab Juli 2011** abzugeben. Kontakt über 06203/61211.

Zuschriften unter Chiffre 1876 KJA 2/11 an den Verlag erbeten.

Aus dem Honorarausschuss

Noch freiwillig, aber unvermeidlich: ICD10-GM und AKG



Dr. Roland Ulmer

Kodiert werden muss weiter

Der Zwang zur Kodierung mit ICD10-GM steht schon seit Jahren im Gesetz und wird seit dem Jahr 2000 von allen ambulant tätigen Ärzten umgesetzt. Die Kodierungspflicht ist somit nicht neu, allerdings lassen sich eine Reihe von Krankheitsbildern besonders im hausärztlichen Kapitel auch mit gutem Willen nicht oder nur unzureichend im derzeitigen System abbilden. Dazu gehören bei den Pädiatern unter anderem die „neuen Morbiditäten“, wie Entwicklungsverzögerungen oder Entwicklungsstörungen, aber auch im Bereich der Schwerpunktpädiatrie, zum Beispiel der Kinderkardiologie versagt das System.

Damit „richtig“ kodiert wird, gibt's die AKR

Die bisherige Kodierungspraxis der niedergelassenen Ärzte war mehr oder weniger chaotisch, jedenfalls so, dass aus den gelieferten Daten weder Rückschlüsse auf die in den Praxen geleistete Arbeit noch eine wissenschaftliche Auswertung möglich war.

Um die auch in den Augen vieler Ärzte unsinnige Kodiererei zu ordnen und zu vereinheitlichen, werden die neuen allgemeinen Kodierrichtlinien (AKR) von der KBV eingeführt.

Eine Pilotphase zur Erprobung der Praktikabilität wurde in Bayern durchgeführt.

Erste Erfahrungen zeigen, dass sich speziell für den Bereich der Allgemeinmedizin die Vorstellungsanlässe, die nicht gleich zu einer definierten Diagnosestellung führen, nicht ausreichend darstellen lassen. Außerdem lässt sich in diesen Fällen die geforderte Kodiertiefe nicht erreichen.

Zwischen KV und den Verbänden wird jetzt diskutiert, für die Hausärzte ein anderes Kodiersystem einzuführen, zum Beispiel das in anderen europäischen Ländern verwendete System der „International Classification of Primary Care“ (ICPC). Dies würde allerdings das Kodierungschaos nur vergrößern, da dann mindestens drei nicht kompatible Kodiersysteme (Krankenhaus, Fachärzte und Hausärzte) nebeneinander bestehen würden.

Eine Arbeitsgruppe bei der KBV entwickelt jetzt ein zusätzliches Kapitel für den ICD10-GM, in dem allgemeinärztliche Codes des ICPC mit ICD-Codes verbunden werden und einige neue ICD-Codes zusammengefasst sind. Für die Allgemeinmedizin wichtig Codes sollen an das DIMDI übermittelt werden, um sie in den ICD einzuführen.

Das ICPC-System ist für die Kinder- und Jugendärzte nicht verwendbar, da darin unsere Arbeit erst recht nicht abgebildet wird. Deshalb wird der Honorarausschuss des BVKJ in Zusammenarbeit mit dem Ausschuss Schwerpunkt pädiatrie im BVKJ eine Liste von Vorstellungsanlässen und Krankheiten erarbeiten und kodieren und an das für den ICD10-GM zuständige DIMDI weiterleiten. Leider ist dieses Verfahren sehr zeitaufwendig und es besteht keine Erfolgsgarantie.

Was heißt ambulante Kodierrichtlinien für die Praxis

Die AKR (die Kodierpflichten gemäß § 295 Abs. 3 SGB V) regeln lediglich das Verfahren der Kodierung. Die ICD10 Kodierung wird dadurch in keiner Weise berührt.

Geregelt wird zum Beispiel die **Behandlung der Dauerdiagnosen**, von denen nur noch Diagnosen übermittelt werden dürfen, die im jeweiligen Quartal behandlungsrelevant sind. Daher müssen Dauerdiagnosen zusätzlich mit „immer behandlungsbedürftig“, „nur im aktuellen Quartal behandlungsbedürftig“ oder „anamnestisch“ versehen werden. Da Dauerdiagnosen bei uns keine so große Rolle spielen wie bei den Allgemeinärzten, zudem bei uns fast alle Dauerdiagnosen in jedem Quartal behandlungsrelevant sind, wird diese Anforderung weniger das Problem sein.

Auch finden sich im Teil B einige Krankheiten, für die sehr genaue Kodierungsvorschriften vorgegeben sind. So gibt es Vorgaben für die Diagnose Diabetes mellitus, Struma oder Infekt der oberen Luftwege. Bei der Diagnose Struma wird zum Beispiel wenigstens die einmalige Bestimmung der Schilddrüsenwerte gefordert. Die Handhabung der AKR wird sehr davon abhängen, wie die jeweiligen Praxisverwaltungssysteme (PVS) diese Vorschriften umsetzen, damit sie die Hauptarbeit beim Kodieren abnehmen.

Auch bei den AKR muss es noch Verbesserungen für Pädiater geben. So ist es unsinnig, dass die Vorsorgen U 1–U 11 nach einem anderen ICD kodiert werden müssen wie die J1 und J2.

Es gibt wahrscheinlich eine Reihe von Vorschriften, die realitätsfremd sind. In der Anfangsphase der Umsetzung werden sich noch weitere Probleme zeigen, wobei am ehesten zu erwarten ist, dass Fehler in der Praxissoftware und fehlende ICD-Codes den Anwender zur Verzweiflung bringen werden.

Ob mit den Kodierrichtlinien eine bessere Darstellung der Morbidität in der Kinder- und Jugendarztpraxis möglich ist, erscheint uns zumindest zweifelhaft.

Trotz der Ablehnung, die der BVKJ im Fachausschuss und in den KVen artikuliert hat, gibt es auch eine Reihe von KVen, die die AKR unterstützen, da sie sich Vorteile versprechen. Auch die VV der KBV hat die AKR nicht ganz gestoppt, sondern die Einführung durch Änderungs- und Verbesserungsvorschläge nur verlangsamt.

So können die niedergelassenen Ärzte davon ausgehen, dass die AKR nach einigen Modifikationen, wie geplant im dritten Quartal 2011 scharf geschaltet wird.

Der Honorar Ausschuss des BVKJ empfiehlt die AKR in den PVS jetzt noch *nicht* einzuschalten.

Diejenigen Praxen, die bereits mit den AKR arbeiten, werden gebeten, Probleme und Korrekturbedarf an den Honorar Ausschuss zu melden.

Als Hilfestellung zur Kodierung hat der Honorar Ausschuss eine Liste der in der Pädiatrie häufigsten Diagnosen als Tischvorlage entwickelt, die die wichtigsten Vorgaben der AKR einbezieht. Diese Liste wird in PädInform und im Kinder- und Jugendarzt in seiner nächsten Ausgabe veröffentlicht.

Dr. Roland Ulmer, Lauf
für den Honorar Ausschuss des BVKJ

Red.:ge

Checklisten für familienfreundliche Arbeitsplätze – Ärzttehandbuch für Kind und Karriere vorgelegt

Flexible Dienstpläne, Teilzeitarbeit und Kita-Plätze sind in vielen Krankenhäusern nach wie vor Mangelware. Viele Ärztinnen und Ärzte stehen deshalb vor der schwierigen Entscheidung, den Kinderwunsch aufzuschieben oder ihre berufliche Tätigkeit aufzugeben. Kind und Karriere dürfen sich aber nicht ausschließen.

Dass es auch anders geht, zeigt das hier vorgestellte Handbuch „Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte – Lebensqualität in der Berufsausübung“, in dem unter anderem Kinderbetreuungsmodelle von Krankenhäusern und medizinischen Fakultäten vorgestellt werden, die wegweisend sind. Diese Einrichtungen haben erkannt, dass sich ein Engagement in diesem Bereich auszahlt. So wird in dem Handbuch verdeutlicht, dass Klinikbetreiber, die die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bewusst und aktiv fördern, in Zeiten des Ärztemangels bessere Chancen haben, ärztlichen Nachwuchs an ihre Einrichtungen zu binden. Hierfür müssen zunächst krankenhausspezifische Anforderungen und Realitäten analysiert und passgenaue Handlungsfelder identifiziert werden. Dabei sind zwei Faktoren von grundsätzlicher Bedeutung: Familienfreundlichkeit muss als Teil der Unternehmenskultur verstanden werden. Ferner erfordern familienfreundliche Strukturen die Erarbeitung eines systema-

tischen Gesamtkonzepts.

Wie ein familienfreundlicher Arbeitsplatz auch im ambulanten Sektor aussehen kann, zeigen in dem Handbuch aufgeführte Gemeinden, die zumindest für Wochenenden und Feiertage Notdienstzentralen eingerichtet haben. Dort verrichten Ärztinnen und Ärzte Bereitschaftsdienste und übernehmen so die Präsenzpfllichten der niedergelassenen Kollegen.

Zudem sind in dem Handbuch Checklisten und Anforderungsprofile für familienfreundliche Einrichtungen aufgelistet. Mit „Ja“, „Nein“ oder „geplant“ können etwa Fragen nach flexibler Elternzeit- und Teilzeitregelungen, Kontaktpflege während der Elternzeit oder arbeitsplatznahen Kinderbetreuungsmöglichkeiten beantwortet werden. Ärztinnen und Ärzte können diese Checklisten nutzen, um den für sie geeigneten Arbeits- beziehungsweise Studienplatz zu identifizieren. Arbeitgeber und Universitäten können anhand der Checklisten überprüfen, ob sie die Vereinbarkeit von Familie und Beruf bewusst fördern.



Mediziner: Zweckdienliche Kinderbetreuung

In diesem von hauptsächlich Frauen (unter anderen der ehemaligen Präsidentin des Ärztinnenbundes Dr. Astrid Bühren) geschriebenen Leitfaden werden nicht nur organisatorische Fragen, sondern auch die physischen und psychologischen Belastungen junger Familien im Spagat zwischen Beruf und Elternschaft angesprochen. Überschriften wie: das „Phänomen Raben Mutter“, oder „Rolle der Väter aus wissenschaftlicher Sicht“ machen neugierig.

Das komplette Handbuch kann von der Website der Bundesärztekammer heruntergeladen werden: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.144.8853>

BÄK/ge

Medizinstudium mit den wenigsten Studienabbrechern – personeller Schwund erst nach der fachärztlichen Weiterbildung

Verschiedene Studien zum Problemkomplex „Ärztemangel“ gehen von einem hohen Verlust von Medizinstudierenden an den Universitäten aus. Der Studienerfolg der in- und ausländischen Medizinstudierenden in Deutschland und die Zahl der Absolventen erreicht jedoch Höchststände. Im Prüfungsjahr 2009 haben mehr als 10.000 Absolventen des Studiengangs Humanmedizin die Universitäten mit einem Staatsexamen verlassen. Setzt man die Absolventenzahl in Beziehung zu den dazugehörigen Studienanfängern, ergibt sich ein Studienerfolg von über 92 Prozent. Unabhängige wissenschaftliche Untersuchungen zeigen ferner, dass 94 Prozent der Absolventen eine Tätigkeit in der Krankenversorgung anstreben. Dies zeigen Daten des Statistischen Bundesamtes und Absolventenbefragungen vom Internationalen Zentrum für Hochschulforschung der Universität Kassel.

„Der Medizinische Fakultätentag (MFT) hat eine Sonderauswertung beim

Statistischen Bundesamt für die Studierenden in der Humanmedizin mit dem Ziel „Staatsexamen“ in Auftrag gegeben,“ erläutert Professor Dieter Bitter-Suermann, MFT-Präsident. Das Ergebnis legt eine erfreuliche Entwicklung offen: Nach Daten des Statistischen Bundesamtes haben inzwischen die Absolventen mit einem Staatsexamen den Stand aus den Jahren der sogenannten „Ärztenschwemme“ vor 14 Jahren wieder erreicht. Damals gingen Ärzteorganisationen von 50.000–60.000 dauerhaft arbeitslosen Medizinern aus. Die Prognosen sind jedoch nicht eingetreten. Die Motivation des ärztlichen Nachwuchses, kurativ tätig zu werden, ist sehr hoch.

„Bereits das Rambøll-Gutachten, das im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums erstellt wurde, zeigt, dass der größte Verlust von Medizinern nicht im Studium, sondern erst nach der fachärztlichen Weiterbildung auftritt. Schwierigkeiten bei der Besetzung zum Beispiel von

Landarzt- und Chirurgiestellen können deshalb nicht durch eine Erhöhung von Studierendenzahlen gelöst werden,“ gibt Bitter-Suermann zu bedenken. Versorgungsprobleme ergeben sich insbesondere aus der Verteilung der Ärztinnen und Ärzte sowie den Arbeitsbedingungen. Nachteilig wirken sich aber auch mangelnde Möglichkeiten für Rückkehrer/innen aus. „Programme für Ärztinnen und Ärzte, die nach der Familienphase oder nicht kurativen Tätigkeiten wieder einsteigen wollen, könnten die Nachfragesituation entspannen. Nach dem Rambøll-Gutachten würden 44 Prozent der sogenannten „Aussteiger“ gerne wieder kurativ arbeiten.“

Quelle: Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland Altmöbit 96, 10559 Berlin <http://www.mft-online.de>

ge

IMPRESSUM

KINDER-UND JUGENDARZT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Druckauflage 13.400
lt. IVV IV/2010

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen



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

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

Anzeigenpreisliste: Nr. 44 vom 1. Oktober 2010

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

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

© 2011. 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.

Bundesrechnungshof rügt mangelnde Effizienz von Präventionskursen

Der Bundesrechnungshof bemüht sich schon seit langem um den gesetzlichen Auftrag, auch in der gesetzlichen Krankenversicherung „nach dem Rechten“ zu sehen. In seinen Bemerkungen zur Haushalts- und Wirtschaftsführung des Bundes im Jahr 2010 haben sich die obersten Kassenprüfer den **Präventionskursen der Krankenkassen** gewidmet und sind an der Schnittstelle zwischen Versorgungsleistungen und Marketinginitiativen auch schon gleich mit dem Vorwurf zu fraglicher

Wirksamkeit und Qualitätsmängeln bei Kassenleistungen fündig geworden.

Dabei richtet sich **zentrale Kritik des Bundesrechnungshofes** auf die Förderung von Kursen durch die Krankenkassen, deren **Wirksamkeit nicht evaluiert** worden sei. Damit müsse offen bleiben, ob die Kurse die Teilnehmenden zu einer dauerhaften Verhaltensänderung motivierten und dazu beitragen, krankheitsauslösenden Risikofaktoren entgegenzuwirken.

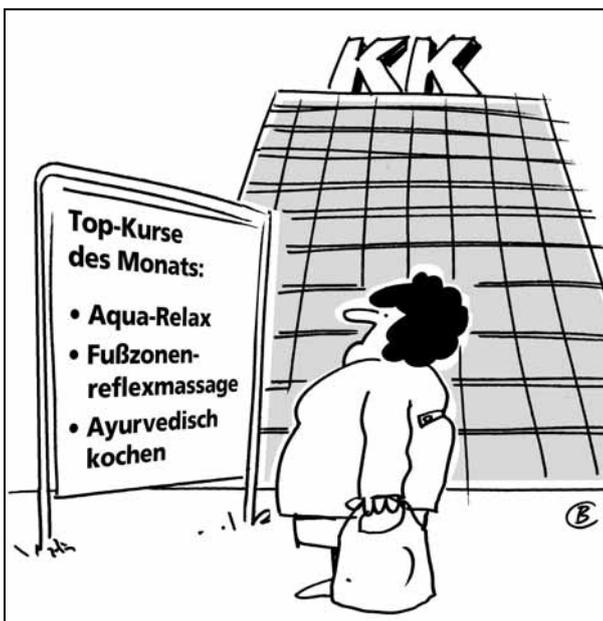
Die „Mängelrüge“ des Bundesrechnungshofes zählt folgende Defizite auf:

- Die Präventionskurse entsprechen nicht den Qualitätsstandards.
- Die dauerhafte Wirkung der Maßnahmen ist nicht hinreichend belegt.
- Der Leitfaden des GKV-Spitzenverbandes enthält nur allgemeine Aussagen, welche Kurskonzepte für die Krankenkassen förderungswürdig sind. Er nennt nur beispielhaft, welche Qualifikationen Kursleiter nachweisen müssen.

- Krankenkassen fördern unter Wettbewerbsaspekten Kurse, die ihrer eigenen Einschätzung nach nicht den Anforderungen des Leitfadens entsprechen.
- Die Krankenkassen konnten sich nicht auf ein krankenkassenübergreifendes, bundesweit einheitliches Prüfverfahren verständigen.
- Die Krankenkassen überprüfen nicht regelmäßig die Wirksamkeit der Kurse.
- Die im Leitfaden für Präventionskurse festgelegten Qualitätsanforderungen sind zu unbestimmt und lassen deshalb Interpretationsspielräume zu.

Konkret werden folgende **Forderungen** erhoben:

- Sofern bestehende gesetzliche Regelungen für die Qualitätssicherungsstellen nicht ausreichen, sollte das BMG die gesetzlichen Voraussetzungen für ein **verbindliches Zertifizierungsverfahren** schaffen.
- Da die Krankenkassen bisher wenig Interesse zeigen, auf freiwilliger Basis solche Evaluationsverfahren anzuwenden, sollte das BMG die notwendigen Schritte unternehmen, ein solches Verfahren für **alle Krankenkassen verpflichtend einzuführen**.



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

Suchen Sie als niedergelassener Pädiater für Ihre Praxis:

eine Vertretung

einen Weiterbildungsassistenten

einen Nachfolger

einen Praxispartner

oder suchen Sie als angehender bzw. ausgebildeter Pädiater:

eine Vertretungsmöglichkeit

eine Weiterbildungsstelle

eine Praxis/Gemeinschaftspraxis bzw. ein Jobsharingangebot

dann wenden Sie sich bitte an die

Geschäftsstelle des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.,
Frau Gabriele Geße, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. (02 21) 6 89 09 23, Tfx. 02 21 / 68 32 04
E-Mail: gabriele.gesse@uminfo.de

Stellungnahme der AG ADHS zu „ADHS-Verträgen“

Die AG ADHS bemüht sich in Zusammenarbeit mit dem BVKJ seit Jahren um Verträge zur extrabudgetären Vergütung (bei Zusatzqualifikation) der zeit- und arbeitsintensiven Leistungen von Kinder- und Jugendärzten bei der Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS.

Verhandlungsziele der AG ADHS:

- Qualitätsstandards für Diagnostik und Therapie orientiert an den Leitlinien
- Multimodale Therapie am individuellen Bedarf der Patienten orientiert, erforderlichenfalls unter Einbezug weiterer wesentlich an der Versorgung beteiligter Fachgruppen
- Regional abgestimmte interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Möglichst einheitliche vertragliche Regelungen für Qualitätsstandards und Vergütung bundesweit
- Ausgleich der Honorierungslücke für Leistungen der Kinder- und Jugendärzte bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS

Versorgung durch sachgerechte Vergütung sicherstellen

Den Abschluss solcher Verträge halten wir für dringend erforderlich, um die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS mittel- und langfristig sicher zu stellen. Die Versorgung dieser Patienten ist nur dann zu gewährleisten, wenn auch weiterhin genügend Kinder- und Jugendärzte bereit sind, diese leistungsaufwendigen Patienten erfordernisgerecht zu betreuen. Nachdem es früher entsprechende Abrechnungsmöglichkeiten gab, fehlen zur Zeit im EBM Ziffern, nach denen Pädiater diese Leistungen honorarwirksam abrechnen könnten. Um das für die Versorgung dieser Patienten unverzichtbare pädiatrische Engagement aufrecht zu erhalten und zu fördern, ist es dringend notwendig, diese Honorierungslücke zu schließen. Dies kann durch Selektivverträge zur ADHS-Versorgung mit extrabudgetärer Vergütung bei Zusatzqualifikation erreicht werden. Anzustreben ist darüber hinaus, und auch als Absichtserklärung des KBV-Vorstands angekündigt, dass selektivvertragliche Regelungen in den Kollektivvertrag übernommen werden, indem „Spezialisierte Versorgung bei ADHS“ als neuer Abschnitt in den EBM aufgenommen wird mit Leistungsziffern,

die dann auch von Pädiatern außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung abgerechnet werden könnten.

Der Durchbruch kam 2009

Über viele Jahre sind die Verhandlungen von AG ADHS und BVKJ zu ADHS-Verträgen erfolglos verlaufen. Entweder scheiterten sie bei Verhandlungen über KVn am Einspruch der anderen Fachgruppen oder sie wurden kurz vor Abschluss von Krankenkassen beendet.

Der Durchbruch gelang schließlich mit dem „Vertrag zur qualitätsgesicherten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS/ADS“, der in der KBV-Vertragswerkstatt gemeinsam von den Fachgruppen der Kinder- und Jugendärzte, der Kinder- und Jugendpsychiater und der Psychotherapeuten entwickelt wurde. Erstmals wurde dabei auf berufsverbandlicher Bundesebene zwischen diesen Fachgruppen ein Konsens zu Standards für Diagnostik und Therapie vereinbart, orientiert an den deutschen Leitlinien. Die Modalitäten der interdisziplinären Zusammenarbeit wurden in den Vertragsentwurf aufgenommen. Der Vertrag erfüllt die oben aufgeführten Eckpunkte der AG ADHS zu ADHS-Verträgen.

Die Verhandlungen begannen 2006. Der Vertrag wurde 2008 von der KBV veröffentlicht und wird seit April 2009 in Baden-Württemberg zwischen der KBV, der KV BW und der BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft BW umgesetzt. Dieser Vertrag wurde mehrfach im Honorarausschuss des BVKJ vorgestellt. Bisher ist es, neben dem Vertrag mit den BKK in Baden-Württemberg, nur in Bremen mit der AOK Bremen/Bremerhaven für den Stadtbereich Bremerhaven gelungen, einen weiteren am ADHS-KBV-Vertrag orientierten Vertrag abzuschließen. Er trat zum 01.01.2011 in Kraft.

Inzwischen wurde in Nordrhein-Westfalen mit Wirkung zum 01.10.2010 ein Vertrag mit extrabudgetärer Vergütung pädiatrischer Leistungen bei ADHS zwi-

schen der KV Nordrhein, der BVKJ-Service-GmbH und der AOK Rheinland/Hamburg abgeschlossen.

Damit haben zumindest die Kinder- und Jugendärzte in Nordrhein eine bessere, aber noch nicht angemessene Vergütung ihrer Leistungen bei der Versorgung von Patienten mit ADHS erreicht, zumal dieser Vertrag mit einer klientelstarken Krankenkasse abgeschlossen wurde. Dass damit im Vergleich zur bundesweit bestehenden Honorarmisere ein Schritt zur Verbesserung der Honorar- und Versorgungsbedingungen erreicht wurde und darin die Qualitätsstandards des ADHS-KBV-Vertrags zur Diagnostik und Therapie weitgehend enthalten sind, begrüßen wir. Wir hätten uns aber gewünscht, dass zu Beginn der Verhandlungen die anderen im ADHS-KBV-Vertrag beteiligten Fachgruppen informiert worden wären.

Künftige Vertragsverhandlungen am ADHS-KBV-Vertrag ausrichten

Interdisziplinäre Abstimmung regional vor Ort bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS wird von der AG ADHS seit langem empfohlen und ist auch Bestandteil der Empfehlungen der pädiatrischen Leitlinie. Interdisziplinäre Zusammenarbeit wird vielerorts in Qualitätszirkeln und regionalen ADHS-Netzen erfolgreich umgesetzt.

Regional und auf einzelne Krankenkassen beschränkte Einzelverträge sollten sich am Muster des KBV-Vertrages ausrichten mit möglichst einheitlichen Vereinbarungen zu Qualitätsstandards, Vergütung und Regelungen zur interdisziplinären Zusammenarbeit.

Die Vergütung sollte sich an den in Baden-Württemberg und Bremerhaven vereinbarten Beträgen orientieren.

Wir empfehlen weiterhin, dass bei künftigen ADHS-Vertragsverhandlungen die Kinder- und Jugendpsychiater und die Psychotherapeuten durch die KV rechtzeitig informiert und einbezogen werden. Sie können dann selbst im weiteren Verlauf

entscheiden, ob es ein gemeinsamer Vertrag werden kann und wie sie sich in die interdisziplinäre Versorgung einbringen.

Über Add-on Verträge zum EBM-Abschnitt: „Spezialisierte Versorgung bei ADHS“

In Baden-Württemberg wird derzeit in Zusammenarbeit von KV-BW, KBV und aller am Vertrag beteiligten Fachgruppen daran gearbeitet, die Vergütungsregelung so umzugestalten, dass dort der ADHS-Vertrag als add-on-Vertrag (ohne Bereini-

gung) weitergeführt werden kann. Dazu sollen die bisherigen Sonderziffern abgelöst werden durch „EBM-fähige“ an bestehende EBM-Ziffern anzuhängende Zusatzpauschalen, die die zusätzlich im Rahmen des ADHS-Vertrages erbrachten Leistungen abbilden. Diese Arbeiten sollen auch dazu dienen, Abrechnungsziffern und Leistungslegenden für einen EBM-Abschnitt „Spezialisierte Versorgung bei ADHS“ vorzubereiten. Wenn wir dieses Ziel einer kollektivvertraglichen Regelung der Vergütung von Leistungen bei ADHS

erreichen wollen, die dann auch Pädiatern und für alle gesetzlichen Krankenkassen verbindlich zur Verfügung steht, kann dies nur in einvernehmlicher Zusammenarbeit aller dabei beteiligten Fachgruppen geschehen.

Dr. Kirsten Stollhoff Dr. Klaus Skrodzki
Vorsitzende stellvertretender Vorsitzender
der Arbeitsgemeinschaft ADHS der Kinder- und
Jugendärzte

Red.: ge

Service-Nummer der Assekuranz AG für Mitglieder des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte

**Den bewährten Partner des BVKJ in allen Versicherungsfragen, die Assekuranz AG,
können Sie unter der folgenden Servicenummer erreichen:**

(02 21) 6 89 09 21.

Wenn die Probezeit der MFA nicht ausreicht...



Dr. Eva Maria Rütz,
LL.M. (Medizinrecht)

Bei Abschluss eines Arbeitsvertrages ist die Vereinbarung einer Probezeit sinnvoll, um den Parteien die Möglichkeit einzuräumen, sich kennen zu lernen. Eine solche Probezeit kann für einen Zeitraum von sechs Monaten vereinbart werden. Innerhalb dieser Probezeit ist eine Kündigung ohne Angabe von Gründen mit einer Kündigungsfrist von zwei Wochen möglich. Welche Möglichkeiten gibt es aber, die Probezeit zu verlängern, wenn der Arbeitgeber die Qualifikation der MFA noch nicht abschließend beurteilen kann?

Häufig entsteht gegen Ende der Probezeit das Problem, dass der Arzt als Arbeitgeber die Qualifikation der MFA noch nicht abschließend beurteilen kann. Diese Situation kann auftreten, wenn der Tätigkeitsbereich von der allgemeinen Tätigkeit einer MFA abweicht und besondere Kenntnisse und Fertigkeiten erforderlich sind (z.B. wegen des besonderen Fachgebiets des Arztes). Möglich ist auch, dass die MFA Berufsanfängerin ist oder dass sie krankheits- oder urlaubsbedingt während der Probezeit über einen längeren Zeitraum gefehlt hat.

Oft kündigt dann der Arzt das Arbeitsverhältnis „sicherheitshalber“, um im Zweifel nicht ein unbefristetes Arbeitsverhältnis mit einer MFA einzugehen, die möglicherweise den Anforderungen in der Praxis dauerhaft nicht gerecht wird. Allerdings besteht häufig das Bedürfnis, der MFA eine weitere Chance einzuräumen, ihre Fähigkeiten unter Beweis zu stellen. Dazu können die Parteien die Probezeit verlängern.

Rechtssichere Gestaltung der Verlängerung der Probezeit

... durch Kündigung oder Abschluss eines Aufhebungsvertrages

Grundsätzlich bestehen zwei Gestaltungsmöglichkeiten, die Probezeit zu verlängern.

Die erste Möglichkeit besteht darin, dass das Arbeitsverhältnis während der Probezeit gekündigt wird, der Arbeitnehmerin allerdings eine längere als die gesetzlich vorgesehene Probezeitkündigungsfrist von zwei Wochen (§ 622 Abs. 3 BGB) eingeräumt wird.

Die andere Möglichkeit besteht darin, dass beide Seiten noch während der laufenden Probezeit einen Aufhebungsvertrag mit bedingter Wiedereinstellungszusage abschließen, der aufgrund der Verlängerung der Probezeit einen späteren Beendigungszeitpunkt vorsieht.

Dies kann zwar für die MFA nachteilig sein, weil sie grundsätzlich mit einer zeitweisen Sperrung ihres Arbeitslosengeldes rechnen muss (§ 144 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB III). Das Problem stellt sich aber erst dann, wenn die MFA auch ihre zweite Chance ungenutzt verstreichen lässt.

Sofern beide Seiten ernsthaft an einer Fortführung des Arbeitsverhältnisses interessiert sind, ist aus psychologischen Aspekten der Abschluss eines Aufhebungsvertrages dennoch günstiger als eine Kündigung. Eine Kündigung wird oftmals von der Arbeitnehmerin trotz der eingeräumten Verlängerung der Probezeit als Aufforderung verstanden, sich nach einem anderen Arbeitsplatz umzuschauen. Diese Unsicherheit kann sich auf das – noch – bestehende Arbeitsverhältnis und die Motivation der MFA auswirken, die zweite Chance zu nutzen. Der Abschluss eines Aufhebungsvertrages hingegen, durch den die Probezeit verlängert wird, wird dagegen eher als eine echte zweite Chance zur Bewährung empfunden.

Gestaltung des Aufhebungsvertrages

Die Möglichkeit, einen Aufhebungsvertrag zur Verlängerung der Probezeit abzuschließen, ist durch das Bundesarbeitsgericht (BAG) ausdrücklich anerkannt worden (BAG, Urteil vom 7. März 2002 – 2 AZR 93/01). Allerdings macht das BAG die Wirksamkeit eines solchen Aufhebungsvertrages von bestimmten Voraussetzungen abhängig.

1. Abschluss innerhalb der Probezeit

Der Aufhebungsvertrag muss innerhalb der ersten noch laufenden Probezeit (meist sechs Monate) abgeschlossen werden. Anderenfalls mündet das Arbeitsverhältnis grundsätzlich in einen unbefristeten Arbeitsvertrag, für den die gesetzlichen Kündigungsfristen gelten.

2. Bewertung der bisherigen Probezeit als „nicht bestanden“

Aus dem Aufhebungsvertrag selbst muss hervorgehen, dass der Arzt als Arbeitgeber die Probezeit bisher als nicht bestanden ansieht und deshalb grundsätzlich eine Beendigung des Arbeitsverhältnisses anstrebt, der MFA gleichwohl eine weitere Bewährungschance einräumen möchte. Dies ist wichtig, um dem Vorwurf des Umgehens des Kündigungsschutzes zu entgehen.

3. Angemessene Verlängerung der Probezeit

Die Verlängerung der Probezeit grundsätzlich nur einmal vereinbart werden. Darüber hinaus darf die zweite Probezeit auch nicht übermäßig lang sein, sondern muss in einem angemessenen Verhältnis zu der ausgeübten Tätigkeit als MFA stehen. Als Faustformel hat sich für die zweite Probezeit ein Zeitraum von vier Monaten etabliert.

4. Bedingte Wiedereinstellungszusage

Zuletzt muss der Arbeitgeber der MFA eine so genannte bedingte Wiedereinstellungszusage machen, damit deutlich wird, dass es sich um die Einräumung einer „echten zweiten Chance“ und nicht um eine Umgehung des Kündigungsschutzes handelt. Dies bedeutet, dass nach der Bewährung der MFA der Arzt prüfen muss, ob eine Wiedereinstellung in Betracht kommt. Die Entscheidung darüber liegt im Ermessen des Arztes.

Fazit

Besteht die realistische Möglichkeit, dass die MFA eine zweite Chance zur Bewährung auf ihrem Arbeitsplatz nutzen wird, so ist statt einer vorschnellen, demotivierenden Kündigung eine Verlängerung der Probezeit mittels der Vereinbarung eines Aufhebungsvertrages empfehlenswert.

Die Vorgaben des BAG zur Wirksamkeit eines solchen Aufhebungsvertrages (Abschluss innerhalb der ersten Probezeit, Offenlegung des Nichtbestehens der ersten Probezeit, angemessene Verlängerung der Probezeit und Einräumung einer bedingten Wiedereinstellungszusage) müssen beachtet werden.

Dr. Eva Maria Rütz, LL.M. (Medizinrecht)

Die Autorin arbeitet als Anwältin in der Kanzlei Möller & Partner, die auch als Justitiar des BVKJ tätig ist

Red.: ReH



Hilf mir zu leben!

Senden Sie eine SMS, damit auch NCL-Kinder eine Chance auf Leben haben.

SMS mit Kennwort „NCL“ an 81190
Für 2,99 €*, davon 2,82 € Spende. (* zzgl. SMS-Gebühr)

Die gemeinnützige **NCL-Stiftung** setzt sich für die Erforschung der tödlichen Erbkrankheit NCL ein.

NCL-Stiftung
Holstenwall 10
20355 Hamburg
Tel. 040-350044-91



Infos unter: www.ncl-stiftung.de



© picsfive – Fotolia.com

Frühe Bildung und Förderung ●●●

Welche Bildung brauchen Kinder?

2. Teil

Bildung als soziale Frage

Älteren, die gerne über den Verfall von Bildung und über das „geschenkte Abitur“ lästern, sei empfohlen, sich einmal an den Abituraufgaben der letzten Jahre (finden sich abgedruckt jedes Jahr in der Tagespresse) zu versuchen. Wahrscheinlich werden sie ganz schön ins Schwitzen geraten. Das legen jedenfalls die Zahlen des aktuellen Bildungsberichts nahe: Kinder sind heute im Schnitt besser ausgebildet als die Eltern-Generation.

Andererseits gibt es jedoch eine Gruppe, die an dieser Aufwärtsspirale nicht teilhat. Auch dies belegt der Bildungsbericht 2010. Die Kluft zwischen Auf- und Absteigern im Bildungssystem wird immer größer.

In unserem zweiten Schwerpunktheft zum Thema soll es daher um „Bildung als soziale Frage“ gehen: Wie muss Schule aussehen, wenn sie möglichst allen Kindern gerechte Chancen bieten soll.

ReH

„Nichts wie rein!“

– Welche Chancen bietet die Ganztagschule gefährdeten Kindern und Jugendlichen?

In der Stadt Düsseldorf hängen die Lebenschancen von Kindern wesentlich davon ab, ob man westlich oder östlich der Kölner Landstraße aufwächst. Auf der einen Seite liegt eine gutbürgerliche Einfamilienhaussiedlung, auf der anderen Seite sozialer Wohnungsbau mit hohen Anteilen an Arbeitslosen, Armen und Migranten.

Mit hohen Anteilen an Armut- und Migrantenpopulation gehen Milieueffekte einher: Kinder nehmen Angsträume und kriminelles Verhalten im Quartier wahr. Zuhause sind sie benachteiligt, weil häufig in der Familie kein Deutsch gesprochen wird, der Anschluss an das Informationszeitalter mangelhaft ist, emotionale Zuwendung und kognitive Unterstützung beim Lernen fehlen. Das Resultat, das mit den bundesweiten Ergebnissen der PISA-Studien konform geht: schlechtere Bildungserfolge und ein hoher Anteil von Kindern, die bereits im Vorschulalter unter multipler Deprivation leiden, also einem Mangel an materiellen, sozialen, kognitiven, psycho-motorischen und biologisch-vitalen Ressourcen. Konkret heißt das beispielsweise: keine angemessene Kleidung, körperliche Vernachlässigung, Eltern interessieren sich nicht für Entwicklungsschritte, Kind schlägt andere ohne erkennbaren Grund, Kind vermeidet Sprechen und weist sprachliche Auffälligkeiten auf, hat ungepflegte Zähne, eine mangelhafte Fein- und Grobmotorik und leidet erkennbar unter Schlafmangel.

Was mit diesen Benachteiligungen einher geht: 77 Prozent der Grundschul Kinder aus dem Problemquartier wünschen sich mehr Zuwendung durch die Lehrkraft – aber nur weniger als die Hälfte der Kinder aus dem bürgerlichen Stadtteil. Dies ist ein Hilfeschrei der Kinder an die deutsche Schulpolitik.

Die Gründe für den Ruf nach besserer schulischer Betreuung hat kürzlich eine Repräsentativbefragung im Auftrag des Kinderausstatters JAKO-O in Zahlen gefasst: Fast die Hälfte der Schüler/innen kommt mit den Anforderungen der Schule allein nicht zurecht, und 33 Prozent der Eltern, die selber nur Hauptschulabschluss

haben, fühlen sich mit der Unterstützung ihrer Kinder überfordert; wenn die Kinder das Gymnasium besuchen, sogar 54 Prozent. Türkische Eltern fühlen sich fast doppelt so häufig überfordert wie deutsche. Kein Wunder, dass sich 59 Prozent aller Eltern (darunter 77 Prozent der türkischen) die Ganztagschule wünschen.¹

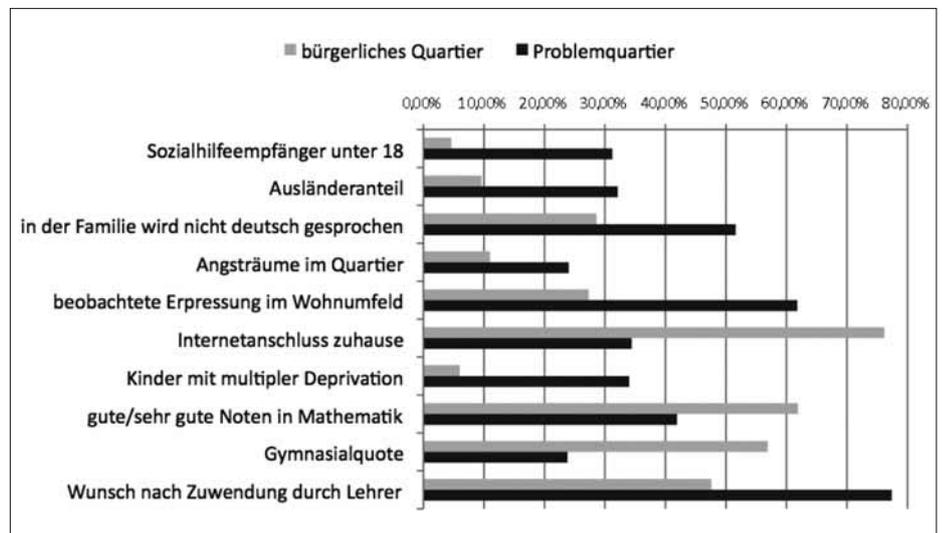
PISA hat in alarmierender Weise aufgezeigt, dass das deutsche Schulsystem immer noch von einem Gesellschaftsbild der 1950er Jahre ausgeht: Die Schüler sprechen deutsch und kommen aus intakten Familien. Beide Voraussetzungen sind in der heutigen Realität nicht mehr erfüllt, und die Schule kann damit nicht umgehen. Angesichts des demographischen Wandels kann es sich Deutschland aber nicht mehr leisten, Talente zu verschenken und ein Bildungsproletariat zu erzeugen, indem 15 Prozent eines jeden Jahrgangs ohne Berufsausbildung in das Leben entlassen werden. Der internationale Vergleich zeigt die Imperative auf:

- Erstens sollte eine Frühförderung durch die Hebamme dazu beitragen, dass Eltern gestärkt und Entwicklungsdefizite vermieden werden.

- Zweitens muss sichergestellt sein, dass jedes Kind am ersten Grundschultag die deutsche Sprache weitgehend fehlerfrei beherrscht. Dazu sollte der Kindergarten,

der zur Zeit eher eine Kinderverwahranstalt ist, den Charakter einer Vorschule wahrnehmen und systematisches Sprachtraining für Kinder mit und ohne Migrationshintergrund durchführen. Das sollte mit einer Vorschulpflicht einhergehen. Die Schuleingangsuntersuchung sollte zusätzlich die Sprachkompetenz überprüfen und im Defizitfall ein Sprachtraining auslösen, damit ein Migrantenkind nicht mehr unaufholbare Defizite im Mathematikunterricht erwirbt, weil es die deutsche Sprache nicht ausreichend beherrscht. Der muttersprachliche Unterricht – ein Relikt aus der Zeit der Gastarbeiterrotation – sollte ersatzlos entfallen.

- Drittens sollten Grund- und weiterführende Schulen neben einem Bildungsauftrag auch einen Erziehungsauftrag wahrnehmen und psycho-soziale Kompetenzen sowie Kompetenzen zur Alltagsbewältigung systematisch vermitteln. Das geht nur durch Ganztagsunterricht, der musisch-kulturelle, spielerische, sportliche und alltagspraktische Elemente aufnimmt, mit denen Defizite der familiären Situation ausgeglichen werden und eine Alternative zur Streetgang geboten werden können. Statt Hausaufgaben werden Übungsaufgaben unter Betreuung erledigt, und für Schüler/innen mit geringem Lerntempo gibt es eine Individualförderung.



● Viertens brauchen die Schulen dafür anderes Personal. In den Ländern, die bei PISA gut abgeschnitten haben, werden die Fachlehrer durch spezielle didaktische Kräfte für Einzelförderung sowie durch Sozialpädagogen oder Psychologen ergänzt, die bei psycho-sozialen Krisen (besonders wichtig während der Pubertät!) intervenieren. Und auch bei uns hat ein Schulprojekt in Monheim mit multiprofessionellen Teams hervorragende Bildungsergebnisse erzielt.²

● Fünftens muss sich die deutsche Schule dem Thema Islamismus stellen. Staatlich überwachter Islamkundeunterricht kann

dazu beitragen, einen „Euro-Islam“ (Bassam Tibi) zu vermitteln, der mit den europäischen Grundwerten kompatibel ist. Am wirksamsten ist es aber, dem „verlockenden Fundamentalismus“ (Wilhelm Heitmeyer) die Attraktivität abzugraben, indem man den muslimischen Kindern und Jugendlichen gleiche Bildungs-, Berufs- und Integrationschancen bietet.

Die verbesserte Ganztagschule ist natürlich nicht zum Nulltarif zu haben. Aber als rohstoffarmes Land bleibt uns nichts anderes übrig, als in die Bildung zu investieren: Deutschland gibt nur 4,7 Prozent des Bruttoinlandsprodukts für Bildung

aus und liegt damit weit unter dem Wert von 6,2 Prozent in der gesamten OECD – von den 7,1 Prozent, die Dänemark und den 7,6 Prozent, die die USA aufwenden, ganz zu schweigen.

Prof. Dr. Volker Eichener
Der Autor ist Rektor der EBZ Business School –
University of Applied Sciences, Bochum

¹ 1. JAKO-O Bildungsstudie. Pressemappe vom 8.9.2010. Hamburg. www.jako-o.de

² Holz, Gerda: Frühes Fördern in der Grundschule. München/Basel 2010.

Red: ReH

Tagungen und Seminare

Februar 2011

25.–26. Februar 2011, Freiburg
Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer Block 1
Info: Prof. Dr. med. J. Forster, Tel. 0761/27112801 oder www.aabw.de

März 2011

18.–19. März 2011, Kassel
9. Internationale Kasseler Fortbildung – Medizinische Diagnostik bei Kindesmisshandlung
Info: www.dgfpi.de oder www.kindesmisshandlung.de

19. März 2011, Bad Boll
15. Göppinger Pädiatrie Fortbildung
Info: Dieter.Woelfel@KaE.de

April 2011

1.–2. April 2011, Freiburg
Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer Block 2
Info: Prof. Dr. med. J. Forster, Tel. 0761/27112801 oder www.aabw.de

6.–9. April 2011, Aachen
26. Jahrestagung der GPGE e.V. und Fortbildungskurs Kindergastroenterologie
Info: www.gpge2011.eu

Mai 2011

30. Mai–1. Juni 2011, Heidelberg
58. Tagung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie: Nachsorge – Sorge danach. Spätfolgen und Versorgungsangebote
Info: www.kinderkrebsinfo.de

Juni 2011

2.–4. Juni 2011, Osnabrück
35. Fortbildungstagung: Das Bobath-Konzept – konkret –
Info: www.bobath-vereinigung.de

24.–25. Juni 2011, Berlin
Immunologische Summer School 2011
Info: www.charite-ppi.de/ unter „Veranstaltungen“

Juli 2011

9.–10. Juli 2011, Wangen/Allgäu
Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer Block 1
Info: Dr. med. T. Spindler, Tel. 07522/7971211 oder www.aabw.de

23.–24. Juli 2011, Wangen/Allgäu
Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer Block 2
Info: Dr. med. T. Spindler, Tel. 07522/7971211 oder www.aabw.de

August 2011

26.–27. August 2011, Berlin
Pneumologisch-allergologische Summer School 2011
Info: www.charite-ppi.de/ unter „Veranstaltungen“

November 2011

2.–4. November 2011, Frankfurt/Main
59. Tagung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft in der Pädiatrischen Onkologie und Hämatologie: Psychoedukative Maßnahmen
Info: www.kinderkrebsinfo.de

Verlierer des Bildungssystems

Bildung ist in den letzten Jahren unübersehbar zu einem viel beachteten Thema in Politik und Öffentlichkeit geworden. Bei aller Unterschiedlichkeit der dabei sichtbar werdenden Akzente und der Debatten im Detail besteht in einem Punkt eine ausgesprochen breite Einigkeit: dem unerträglichen Zusammenhang zwischen sozialer Herkunft und Bildungserfolg. In keiner anderen Industrienation der Welt sind die künftigen Verlierer des Bildungssystems so deutlich Resultat sozialer Vererbung wie in Deutschland.

Die diversen PISA-Studien haben diese Zusammenhänge wiederholt bestätigt. Nach wie vor gehören knapp 20 Prozent, also etwa jeder fünfte Jugendliche zu jener Risikogruppe, die dauerhaft nicht nur mit schulischen, sondern später auch mit Problemen in Ausbildung und Beruf zu kämpfen hat – und die soziale Herkunft ist dabei der stärkste Prädiktor. Auch wenn der Anteil dieser Bildungsverlierer zwischen 2000 und 2006 leicht zurückgegangen ist, kann man dennoch immer noch von einer Größenordnung von fast 20 Prozent eines Jahrgangs ausgehen.

Dies ist nicht ein Problem der Hauptschule alleine. Vielmehr zeigt sich, dass vor allem Förderschüler und junge Menschen mit Migrationshintergrund besonders schlechte Bildungschancen haben, die sich auf dem Weg ins Berufsleben fortsetzen. Daher lohnt ein Blick auf jene strukturellen Einflussfaktoren, die für die „Produktion“ von Bildungsverlierern mitverantwortlich sind.

Aufschlussreich ist mithin ein Blick auf die Schularten, aus der die jungen Menschen ohne Hauptschulabschluss abgehen. Dabei wird das Augenmerk künftig verstärkt auf die Förderschulen – insbesondere in den Förderschwerpunkten Lernen sowie soziale und emotionale Entwicklung – zu richten sein. Während 1998/99 knapp 35.000 Personen diese Schulform ohne einen Hauptschulabschluss verließen, was einem Anteil an der Gruppe aller Schüler ohne Hauptschulabschluss von fast 42 Prozent entspricht, waren es zehn Jahre später, 2008/09, zwar ebenfalls etwas mehr als 35.000 junge Menschen bei allerdings insgesamt sin-

kenden Gesamtzahlen, so dass dies inzwischen einem Anteil von 55 Prozent an allen jungen Menschen ohne Schulabschluss entspricht (vgl. KMK 2010). Das heißt: Die Mehrheit der Schülerinnen und Schüler ohne Abschluss kommt nicht mehr aus den Hauptschulen, sondern aus den Förderschulen.

Beim Blick auf die Unterschiede nach Geschlecht und Herkunft bei den Abgängerinnen und Abgängern ohne Hauptschulabschluss zeigt sich auch, dass fehlende Abschlüsse bei Jungen deutlich häufiger anzutreffen sind als bei Mädchen. Dabei erweist sich die Lage für die ausländischen Jugendlichen als deutlich schwieriger als für die deutschen Heranwachsenden. Ausländische Jungen haben eine fast viermal höhere Wahrscheinlichkeit am Ende ihrer Schulzeit ohne Abschluss da zustehen als deutsche Mädchen.

Allerdings ist dies nicht das Ende. Aufschlussreich ist ein Blick auf die heute 25- bis 35-Jährigen. Dabei kündigt sich eine gute und eine schlechte Nachricht an: erfreulich ist, dass sich die Zahl der jungen Menschen ohne Schulabschluss bis zu diesem Alter auf insgesamt nur noch knapp vier Prozent reduziert und damit mehr als halbiert hat; weniger erfreulich ist unterdessen, dass sich die Kluft zwischen den jungen Erwachsenen mit und ohne Migrationshintergrund bis zu diesem Alter deutlich verschärft hat. Während sich die Anteile fehlender Schulabschlüsse bei den 25- bis 35-Jährigen ohne Migrationshintergrund nur noch auf einem Niveau von knapp zwei Prozent und bei Spätaussiedlern bei weniger als drei Prozent be-

wegen, liegt der entsprechende Anteil bei den jungen Erwachsenen mit Migrationshintergrund insgesamt bei immerhin neun Prozent und im Falle eines türkischen Hintergrundes bei 18 Prozent (vgl. Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2010). Letztere haben somit im Schnitt eine doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit, auf Dauer ohne einen Abschluss zu bleiben wie die Gesamtgruppe der Migrantinnen und Migranten, und sie haben eine zehnmal höhere Wahrscheinlichkeit als Jugendliche ohne Migrationshintergrund. Aus diesen Zahlen lässt sich zusammenfassend erkennen, dass junge Menschen aus Förderschulen und/oder mit Migrationshintergrund die Hauptverlierer des Bildungssystems sind.

Ein Blick auf die Einmündung in die duale oder vollzeitschulische Berufsausbildung zeigt, dass sich diese Kluft in der Bildungsbiografie weiter fortsetzt. Die geringsten Chancen haben auch hier die jungen Menschen ohne Schulabschluss; mehr als 75 Prozent landen zunächst im „Übergangssystem“, etwa in berufsvorbereitenden Maßnahmen. Dabei verschlechtern sich wiederum die Chancen für junge Menschen ohne deutsche Staatsbürgerschaft: Bei denen ohne Schulabschluss münden neun von zehn und bei denen mit Hauptschulabschluss immerhin zwei Drittel in das Übergangssystem.

In seiner ganzen Schärfe wird die Misere der Bildungsverlierer am Ende der Berufsausbildung sichtbar. Bei der Betrachtung der Anteile der 25- bis 35-Jährigen ohne beruflichen Abschluss hatten 2007 rund 16 Prozent keine abgeschlossene Berufs-



Prof. Thomas Rauschenbach

ausbildung. Dieser Wert fächert sich unterdessen dramatisch auf, wenn man ihn migrationspezifisch aufschlüsselt: Demnach verfügen nur 9 Prozent der deutschstämmigen Menschen im Alter zwischen 25 und 35 Jahren über keinen beruflichen Ausbildungsabschluss, während dies bei den Spätaussiedlern immerhin knapp 22 Prozent, bei den Migranten insgesamt nahezu 34 Prozent und bei den türkischen jungen Menschen dramatische 52 Prozent sind, also fast sechsmal so viel wie bei den einheimischen jungen Erwachsenen (vgl. Rauschenbach 2009). Hier kommt erneut der massive Migrationseinfluss insbesondere bei jungen Menschen mit türkischer Herkunft zum Tragen.

Wenn man sich diese Befunde vor Augen führt, zeigt sich, dass der Schlüssel zum Erfolg nicht allein in der beruflichen Ausbildung liegt und Ausbildungsprobleme selbst auch nicht nur mit schulischen Mitteln lösbar sind. Wenn nicht konsequent

im Sinne einer „Bildung von Anfang an“ gefördert wird, reproduzieren sich diese Befunde auch weiterhin. Hierzu gehören eine möglichst früh einsetzende allgemeine und sprachliche Förderung der Kinder in einer gut ausgebauten Kindertagesbetreuung sowie eine Stärkung der belasteten Familien. Hinzu kommen sollten auch in der Schule eine gezielte individuelle Förderung und eine Verbesserung der Inklusion lernschwacher und benachteiligter Schülerinnen und Schüler. Die Schule muss insbesondere mit Blick auf die „schwachen Schüler“ ihre individuelle Förderung deutlich verbessern – und das möglichst in integrativer Form.

Dazu bietet sich als weiterer Baustein die Bildung und Befähigung jenseits der schulischen Unterrichtsfächer mit der Nutzung der Potenziale von Ganztagschulen und Alltagsbildung an (vgl. Rauschenbach 2009). Das heißt: Der Blick muss zugleich auch viel stärker auf die außerunterrichtlichen Facetten der

Problematik geworfen werden. Und schließlich eröffnet ein gezieltes Übergangsmanagement an den Schwellen der beruflichen Ausbildung die Möglichkeit, den jungen Menschen selbst entsprechende Hilfestellungen beim Übergang in die berufliche Ausbildung und später in den Beruf zu geben.

Literatur

- Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2010): Bildung in Deutschland 2010. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Perspektiven des Bildungswesens im demografischen Wandel. Bielefeld 2010.
- Kultusministerkonferenz (KMK) (2010): Schüler, Klassen, Lehrer und Absolventen der Schulen 1999 bis 2008. Statistische Veröffentlichungen der Kultusministerkonferenz (Dokumentation Nr. 188).
- Rauschenbach, Th. (2009): Zukunftschance Bildung. Familie, Jugendhilfe und Schule in neuer Allianz, Weinheim/München

Thomas Rauschenbach

Der Autor ist Direktor des Deutschen Jugendinstituts e. V. (DJI) Red: ReH

● Pädindex

Praxiseinrichtungen

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.

Fortbildungstermine des BVKJ

März 2011

11.–13. März 2011

17. Kongress für Jugendmedizin

des bvkj e.V., Weimar

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

18.–19. März 2011

20. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Mecklenburg-Vorpommern, Rostock

Auskunft: Frau Dr. Harder-Walter / Frau Dr. Masuch, Tel. 0381/697189, Fax 0381/690216 ①

24.–27. März 2011

8. Assistentenkongress

des bvkj e.V., Dresden

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

April 2011

2. April 2011

34. Pädiatref 2011

des bvkj e.V., LV Nordrhein, Köln und **3. Kongress PRAXISfieber-regio für medizinische Fachangestellte in Kinder- und Jugendarztpraxen**

Auskunft: Dr. Thomas Fischbach, 42719 Solingen, Fax 0212/315364; Dr. Antonio Pizzulli, 50679 Köln, Fax 0221/818089; Dr. Herbert Schade, Mechernich, Fax 02443/171403 ④

29.–30. April 2011

9. Pädiatrie à la carte des LV Westfalen-Lippe

des bvkj e.V., Bielefeld

Auskunft: Dr. med. Uwe Büsching, Dr. med. Marcus Heidemann, Bielefeld, Tel. 0521/85342, Fax 0521/83021 ④

Mai 2011

14. Mai 2011

24. Fortbildungsveranstaltung mit praktischen Übungen

der LV Rheinland-Pfalz und Saarland im bvkj e.V., Worms

Auskunft: Prof. Dr. Heino Skopnik, Kinderklinik Stadt Krankenhaus GmbH, Gabriel-von-Seidl-Str. 81, 67550 Worms, Tel. 06241/501 3600, Fax 06241/501 3699 ①

21. Mai 2011

1. Hebammen- u. Pädiaterkongress NRW Oberhausen

Auskunft: Dr. Antonio Pizzulli, 50679 Köln, Tel. 0221/813281, Fax 0221/818089; Dr. med. Thomas Fischbach, 42719 Solingen, Fax 0212/315364 ④

21.–22. Mai 2011

21. Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Thüringen, Erfurt

Auskunft: Dr. med. Annette Kriechling, In der Trift 2, 99102 Erfurt-Niedernissa, Tel. 0361/5626303, Fax 0361/4233827 ①

Juni 2011

17.–19. Juni 2011

41. Kinder- und Jugendärztetag 2011

des bvkj e.V., Berlin

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

18.–19. Juni 2011

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

des bvkj e.V., Berlin

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

Juli 2011

9.–10. Juli 2011

Pädiatrie zum Anfassen

des bvkj e.V., LV Baden-Württemberg, Heidelberg

August 2011

27. August 2011

Jahrestagung des LV Sachsen

des bvkj e.V., Dresden

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

September 2011

2.–3. September 2011

14. Seminartagung des LV Hessen

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

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

10.–11. September 2011

Pädiatrie zum Anfassen

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

Auskunft: Dr. Stefan Trapp, Bremen, Tel. 0421/570000, Fax 0421/571000;

Dr. Stefan Renz, Hamburg, Tel. 040/43093690, Fax 040/430936969; Dr. Dehtleff Banthien, Bad Oldesloe, Tel. 04531/3512, Fax 04531/12397 ②

Oktober 2011

8.–12. Oktober 2011

39. Herbst-Seminar-Kongress

des bvkj e.V., Bad Orb

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

November 2011

5.–11. November 2011

Jahrestagung des LV Niedersachsen

des bvkj e.V., Verden

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

① CCJ GmbH, Tel. 0381-8003980 / Fax: 0381-8003988, ccj.hamburg@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. 09321-9297-850, Fax 09321-9297-851, info@interface-congress.de

Bartholomäus Mettlinger

Ratgeberbücher für Eltern haben heute Konjunktur. Der Vorläufer dieser Literaturgattung stammt jedoch aus dem Jahre 1473. „ein regiment der jungen Kinder“ hieß das Buch, das der Augsburger Arzt Bartholomäus Mettlinger publizierte.



Dr. Anton
Mößmer

Von dem Buch Mettlingers ist einmal viel Aufhebens gemacht worden. Karl Sudhoff hat es 1925 zusammen mit anderen Drucken als „Erstlinge der pädiatrischen Literatur“ großformatig publiziert. Albrecht Peiper zitiert in seiner Chronik der Kinderheilkunde öfters Bartholomeus Mettlinger.

Aber damit hatte es seine Bewandnis. Mit dem Leben Mettlingers haben sich diese Autoren nicht beschäftigt. Umso verwunderlicher ist es, dass jetzt das Thema neu angestoßen wurde und zwar über den Zettelkasten von Theo Herzog, (1905–1980) dem Leiter des Archivs der Stadt Landshut, dem Vater des ehemaligen Bundespräsidenten Roman Herzog.

Beim Umzug des Archivs in neue Räume fielen mir zwei Zettelkästen in die Hände. In dem einen notierte Theo Herzog die Ärzte in und um die Stadt Landshut, in dem anderen die Apotheker. Beim Durchblättern stol-

perte ich über einen Zettel mit dem Eintrag: Bartholome Mettlinger, Dr. der Arznei, s, Bestallung durch Herzog Georg 1479, vgl. HstA. Neubg. Cop. B. 79/21. Der Eintrag im Copialbuch lautet: „Meister Bartolome Mettlinger Doctor in der ertzney Ist zu diener vnd zu schutz vnd Schirm auf drew Jahre aufgenommen worden, vnd für das obgemellte maß am Br. (unleserlich) geben. – actum Ingolstadt am Sonntag Jacobi Ap. anno 1479.“

Der Lebenslauf des Bartholomäus Mettlinger

Er stammt aus einer Arztfamilie; der Vater Peter war mit 30 Gulden Jahresgehalt 1431 in Augsburg angestellt. Er hatte in Padua studiert und nannte sich Doctor der Arznei, Wund- und Schnittartz; demzufolge musste er auch eine Ausbildung als handwerklicher Bader bzw. Wundarzt erhalten haben. Zehn Jahre lang erscheint er im Steuerbuch der Stadt, taucht dann unter und erscheint wieder 1493 als Meister Peter.

Nach den Söhnen Wendelin und Johann folgt auf Bartholomäus ein Peter, der 1465 als Baccalaureus in Basel und 1466 in Wien notiert ist. Er wird der Schwiegersohn des Basler Druckers Johann Amerbach und arbeitete selbst als Buchdrucker in Dijon, Dôle und Besançon. Der jüngste Bruder Mathäus soll auch Arzt geworden sein.

Bartholomäus kommt um 1440 in Augsburg zur Welt, studiert 1461/1462 mit seinem Bruder Peter in Basel bis zum Baccalaureat. Dann taucht er erst wieder 1468 in Heidelberg auf; von dort geht er in seine Heimatstadt zurück. Wahrscheinlich hat er in der Zwischenzeit wie sein Vater Padua besucht, die damals führende Universität.

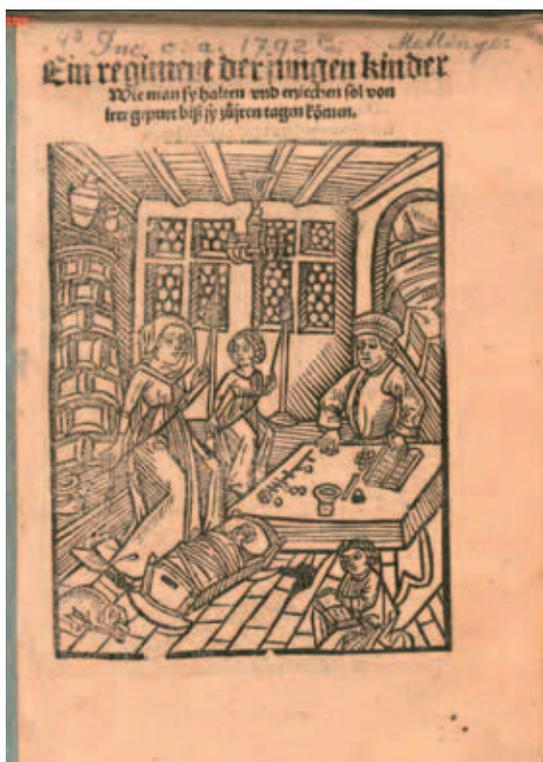
Überraschenderweise inscribiert sich Bartholomäus Mettlinger am

25. Juni 1472 als „Bartolomeus Mettlinger de Augusta medicinarum doctor“ an der eben gegründeten Universität in Ingolstadt. Kurz vorher, am 31. Mai 1472 hatte sich auch „Dominus Hartmann Schedel de Nörnberg medicine doctor etc.“ eingeschrieben. Spätestens damals dürften sie miteinander bekannt und Freunde geworden sein.

Als Anlass zur Inscription darf man bei beiden weniger den Wunsch nach Weiterbildung, mehr jedoch das Sprungbrett für eine spätere Anstellung annehmen. Wahrscheinlich hat Mettlinger nur ein Semester lang in Ingolstadt studiert, denn im Steuerbuch der Stadt wird 1473 Mettlinger jetzt als „doctor Barthelme“ bei Sant Antonino in Augsburg aufgeführt.

1473 erscheint bei Johann Bämmler in Augsburg das Buch „ein regiment der jungen Kinder“. Mettlinger hat es in deutscher Sprache geschrieben; es sollte nur ein einfacher Leitfaden für Eltern von Kindern sein, „besunder die noch in kintlichem alter vnder sieben jaren sind in gesundheit und in krankheiten.“

Im Jahr 1476 bewirbt sich Mettlinger um die Stadttarztstelle in Nördlingen, nachdem diese durch den Wegzug von Hartmann Schedel vacant geworden ist. Der Rat der Stadt Augsburg stellt ihm eine wohl verdiente Empfehlung aus und Mettlinger bekommt die Stelle als „geschworener leib- und wundartz. Lon 32 rh. Gulden, Steuern und Nachsteuer wie die Bürger.“ Während dieses Aufenthaltes ernennt ihn Herzog Georg der Reiche 1479 zum Leibarzt; nicht wie üblich für vier, sondern nur für drei Jahre. Man darf für diese Epoche einen Wandel der Stellung des Leibarztes annehmen; es gibt nicht mehr den einen Leibarzt als ständigen Begleiter des Herzogs, sondern sozusagen jeweils einen re-



gionalen Leibarzt. Der Herzog reist auch nicht mehr quer durch die Lande, sondern von einem Verwaltungs-Mittelpunkt zum andern; so erklärt sich auch die Mehrzahl von Leibärzten.

Die Reichen Herzöge von Bayern-Landshut

Die drei „Reichen Herzöge“ des Herzogtums Bayern-Landshut waren Heinrich XVI. (1393-1450), Ludwig IX. (1450-1479) und Georg (1479-1503). Bisher war man der Meinung, diese drei Herzöge wurden deshalb „reich“ benannt, weil sie u. a. die Silberbergwerke in Rattenberg und Schwaz in Tirol besaßen hatten. Jetztige Forschungen ergeben, dass es

die Neuordnung ihrer Verwaltung war, welche ihnen das viele Geld brachte. Nicht zuletzt war die Mutter des ersten der drei Reichen Herzöge Heinrich XVI. eine geborene Visconti aus Mailand.

Herzog Ludwig andererseits gründete 1472 die Universität Ingolstadt, die erstmals 1803 nach Landshut und 1826 nach München verlegt wurde. Herzog Georg wurde berühmt durch seine Heirat mit der polnischen Königstochter Hedwig anno 1475.

Mettlinger fällt als Stadtphysikus die Aufgabe zu, die Apotheken viermal im Jahr zu visitieren. Bekannt wird er durch seine 1480 in Nördlin-

Empfehlungen des Bartholomäus Mettlinger

Ruhig durch Wiegen

Mettlingers Buch ist in vier Kapitel eingeteilt. Das erste behandelt die Pflege des Neugeborenen und Säuglings, das Reinigen und Einsalzen der Haut nach der Geburt, die Nabelpflege, das Bad und die Lagerung. Zur Beruhigung des Kindes empfiehlt Mettlinger das Wiegen. (657)

Erst Muttermilch, dann Wein

Im zweiten Kapitel betont Mettlinger: Die bekömmlichste Säugamme für ein gesundes Kind ist des Kindes eigene Mutter. (433) Er gibt detaillierte Anweisungen für die Ernährung der stillenden Mutter und des Kindes. Man soll die Kinder erst mit zwei Jahren abstillen; Mettlinger bedient sich des plastischen Ausdrucks „Abmüttern“. Er stellt zudem Kriterien für die Wahl einer Amme auf, wofür sich vor allem die wohlhabenderen Kreise entscheiden. Nach dem Entwöhnen kann man den Kindern einen wohl gewässerten Wein zum Trinken geben. Reinen Wein darf man den Knaben erst ab dem 14., den Mädchen schon ab dem 13. Lebensjahr verabreichen. (473)

Mandelmilch gegen Ruhr

Das dritte Kapitel umfasst die Beschreibung und Behandlung von 25 Krankheiten, darunter Fieber und die Infektionskrankheiten Masern, Blattern (Pocken) und Rotlauf. Mettlinger meint mit „durstig“ wahrscheinlich die Meningitis, „solche krankheit kumpt von ein hitzigen aposten (Eiterung) des hirnfels.“ Als Symptome nennt er große Hitze, trockene Zunge, Blässe des Gesichts, Kopfschmerzen und Schielen. Ferner bespricht er Schlaflosigkeit, Grind, Ohrenlaufen, Augenentzündungen, Zahnen („so die zen auff gond“), Halsgeschwulst, Wasserkopf, Husten und Gelbsucht sowie Verdauungskrankheiten; bei Ruhr empfiehlt Mettlinger die Gabe von Mandelmilch. (469)

Zäpfchen aus Brot und Zucker

„Das viert capitel saget wie man die kinde halten und ziehen sol/so sy gon und rede lernent/biß sy das alter siben iar erlangent“. Seine Ratschläge beziehen sich auf Empfehlungen von Aristoteles und Avicenna. (302)

Mettlinger kennt auch schon die Zäpfchen; diese „zeppflin“ werden aus Brot und Zucker hergestellt. Das Titelbild weist auf die Kleidung der Kinder hin; sie trugen einheitlich Röckchen. Erst mit sieben Jahren wurden die Knaben gewöhnlich aus der Kinderstube in die Gesellschaft der Erwachsenen entlassen und bekamen dann symbolhaft Hosen.



Herzog Georg der Reiche

gen erschienene Schrift „series medicamentorum“, eine Liste von Medikamenten, die eine Apotheke vorrätig haben muss; diese „Notapothek“ dürfte die erste in Deutschland gewesen sein.

Mettlinger kehrt nach dem Tode seines Vaters 1484 nach Augsburg zurück, wo er 1491 stirbt.

Weil 1472 in Padua der Extraordinarius Paolo Bagellardi a Flumine sein lateinisch verfasstes Buch „Libellus de Aegritudine infantium“ drucken ließ, wird Mettlinger immer wieder ein Plagiat vorgeworfen. Wenn sowohl Bagellardus wie Mettlinger in Padua gelehrt bzw. studiert haben sollen, kann ein Zusammenhang nicht ausgeschlossen werden. Das ändert jedoch nichts an der Tatsache, dass Mettlinger 1473 das erste in deutscher Sprache gedruckte Werk über Kinderkrankheiten herausgegeben hat. Es stellt ein „Gesundheitsbuch“ dar und soll Väter und Mütter lehren, wie sie sich ihren Kindern gegenüber verhalten sollen, „besunder die noch in kintlichem alter vnder siben iaren („Springkinder“) sind...in gesundheit und in krankheiten.“

Literatur beim Verfasser

Dr. Anton Mößner

Der Autor ist pensionierter Kinder- und
Jugendarzt in Landshut

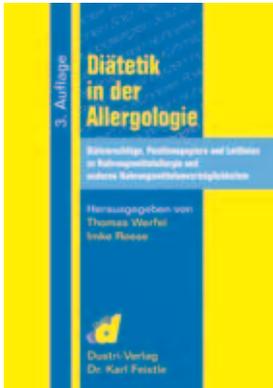
Red.: ReH

Buchtipps

Thomas Werfel, Imke Reese

Diätetik in der Allergologie

Diätvorschläge, Positionspapiere und Leitlinien zu Nahrungsmittelallergien und anderen Nahrungsmittelunverträglichkeiten



Verlag Dustri, 228 S., 9 Abb., 116 Tab., ISBN 978-3-87185-397-5, € 35,-

Nahrungsmittelunverträglichkeiten sind ein großes Problem in der täglichen Praxis, zumal ein beträchtliches Missverhältnis zwischen vermuteter und nachweisbarer Unverträglichkeit besteht. Neben allergischen Reaktionen auf

Nahrungsmittel führen auch nicht allergische Mechanismen wie Laktose- und Fructoseintoleranz zunehmend zu Symptomen. Kinder und Jugendliche vor unangebrachten Ausschlussdiäten zu schützen und im Fall des Falles kompetent zu beraten ist angesichts der Vielzahl möglicher Reaktionen auf Nahrungsmittel schwieriger geworden.

Nicht immer steht vor Ort eine Ernährungsfachkraft oder Spezialambulanz zur Verfügung. Jeder Kinder- und Jugendarzt muss sich deshalb ein Grundwissen aneignen, mit dem er Nahrungsmittelunverträglichkeiten, am neuesten Wissenstand orientiert, diagnostisch differenziert und die Familien kompetent berät. Das Ringbuch „Diätetik in der Allergologie“, das von Thomas Werfel und Imke Reese jetzt in der 3. Auflage vorgelegt wird, ist dazu bestens geeignet. Bereits die ersten beiden Auflagen waren bei allergologisch tätigen Ärzten und Ernährungsfachkräften weit verbreitet.

Der *Einführungsteil* enthält zwei Texte zu Eliminationsdiäten und eine Übersicht zur neuen Lebensmittelkennzeichnungsverordnung. Es schließt sich der eigentliche *Hauptteil* an: er enthält insgesamt 30 zweiseitige (Allergene enthalten/nicht enthalten) Tabellen zur Lebensmittelauswahl bei gesicherter Hühner-, Kuhmilch-, Soja-, Weizen-, Erdnuss-, Schalenfrucht-, Sesam-, Fisch-, Senf-, Lupinen- oder Weichtierallergie isoliert oder in Kombination. Den Tabellen sind je-

weils allgemeine Empfehlungen vorangestellt, die klinische Hinweise zur Allergie, zum Vorkommen des Allergens und zur Vermeidung möglicher Mangelzustände bei strikter Diät enthalten. Auch Lücken und Tücken in der Kennzeichnungsverordnung werden hier noch einmal allergenspezifisch aufgegriffen. Die Kombinationstabellen, z. B. zur Lebensmittelauswahl bei hühner-, weizen-, kuhmilch- und sojafreier Ernährung sind besonders hilfreich, sie ersparen mühsame Tabellenvergleiche. In gleicher Weise aufgeführt sind Diättempfehlungen bei pollen- und latexassozierten Nahrungsmittelallergien, Nickel- und Pseudoallergie. Besonders hilfreich die sich anschließenden Empfehlungen und Tabellen zur Laktoseintoleranz, Fruktosemalabsorption und Sorbitunverträglichkeit, die dem niedergelassenen Arzt eine ausgezeichnete Grundlage zur ersten Beratung nach Diagnosestellung an die Hand geben. Die neuesten Positionspapiere der pädiatrischen Gastroenterologen wurden berücksichtigt und es wurde sogar an eine Tabelle zur Lebensmittelauswahl bei kombinierter Kohlenhydratmalabsorption gedacht. Beschlossen wird der erste Teil des Buches mit einem Kapitel zur Indikation und Durchführung von Nahrungsmittelprovokationen mit praktischen Anleitungen und Rezepten sowie einem Kapitel mit Vorgaben zur Zöliakiediagnostik.

Der zweite Teil des Buches enthält eine aktuelle Zusammenstellung der deutschen Leitlinien und Positionspapiere zu Nahrungsmittelallergien und -intoleranzen, wie sie von den drei Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Allergologie und Klinische Immunologie, Ärzteverband Deutscher Allergologen, Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin) veröffentlicht wurden. Neu aufgenommen wurden Leitlinien zur atopischen Dermatitis, zur Nickelallergie, zur Fruktosemalabsorption, zur Wertigkeit von IgG-Antikörpern in der Diagnostik und allgemeine Therapieempfehlungen.

Das Buch ist auf dem neuesten Stand, selbstverständlich evidenzverpflichtet und durch sein Ringbuchformat exzellent praxistaug-

lich. Ausführliche Literaturangaben lassen auch bei weitergehendem Interesse keinen Wunsch offen. Wer mit Kindern und Jugendlichen zu tun hat, bei denen der Verdacht auf eine Nahrungsmittelunverträglichkeit oder -allergie besteht, der wird vor allem bei dem Preis auf diese aktuelle Zusammenstellung von Diagnostik- und Diättempfehlungen nicht verzichten wollen. Zudem ist beim Dustri-Verlag eine Online-Version verfügbar.

Dr. Regina Gaissmaier
Kinder- und Jugendärztin
Olgastraße 87, 89073 Ulm

Red.: ge

Birgit Jackel

Enkel und Großeltern. Wie Generationen voneinander profitieren.



Verlag Schulz-Kirchner,
1. Auflage
2010, broschiert,
64 Seiten,
8,40 €,
ISBN: 978-3824808489

Anti-Aging-Kur mit Enkel

Der Ratgeber „Enkel und Großeltern“ will zeigen, wie Generationen voneinander profitieren.

Wenn drei Generationen füreinander da sind, ist das eine gute Sache. Oma und Opa bekommen das Gefühl, gebraucht zu werden und nehmen durch Kinder und Enkel intensiver am Leben teil. Die Eltern haben Zeit zum Arbeiten und Durchatmen. Die Enkel spüren Zuwendung ohne erzieherischen Druck. Und alle lernen, dass die eigene Perspektive nicht immer die richtige sein muss. Das ist allgemein bekannt, sollte man meinen. Aber leben wir auch danach? Und gibt es sie überhaupt noch, die harmonische Familie, in der jeder auf den anderen achtet? In vielen Familien kommt es zwischen jüngeren Paaren und ihren Eltern zu Konflikten, wenn das erste Enkelkind kommt. Rund 200.000 Ehen

werden jedes Jahr in Deutschland geschieden. Die Kinder haben danach häufig nur noch zu einem Großelternpaar Kontakt. Und in Zeiten von Jobmobilität und globalisierter Gesellschaft leben viele Paare nicht mehr in der Nähe ihrer Heimatorte, so dass Großeltern gar nicht in den Alltag eingebunden sein können.

Auf den zweiten Blick gibt es also doch ein Beratungspotenzial. Autorin und Lehrerin Birgit Jackel will „Wege aufzeigen, wie engagiertes Enkelbetreuen für beide Seiten die persönliche Weiterentwicklung ganzheitlich fördern kann“. Dabei nutzt sie Erkenntnisse aus Hirn-, Bindungsforschung und Entwicklungspädagogik, um der älteren Generation einen anderen Blick auf Säuglinge und Kleinkinder zu ermöglichen. Was nimmt ein Säugling wahr, wenn er zur Welt kommt? Wie viele Bezugspersonen braucht ein Baby? Wie viel Anregung ist gut für ein Kind? Jeder, der ab und zu in Pu-

blikumszeitschriften wie „Eltern“ schaut oder Wissenschaftsteile in großen Tageszeitungen liest, kann über Jackels Ausführungen nur schmunzeln. Einer halbwegs interessierten Eltern-Generation zwischen 30 und 50 ist das alles bekannt. In den Buchhandlungen kann man unzählige Ratgeber dazu finden. Für Schwangere ist das aber alles Neuland. Und vor allem für viele Omas und Opas, die ihre eigenen Kinder in einem ganz anderen medialen Umfeld großgezogen haben, sind das neue Informationen. Wer hat sich in den sechziger, siebziger oder frühen achtziger Jahren bitteschön mit den Gehirnleistungen seines Babys beschäftigt? Oder ständig gegrübelt, welcher Erziehungsstil denn nun der richtige ist? Hier kann man in einfacher Form nachlesen, was heute in der Forschung als allgemein gültig gilt.

Zögerlichen Großeltern erklärt Birgit Jackel, warum der Umgang mit den Enkeln wie eine Anti-Aging-Kur

wirkt. Gleichzeitig gibt sie Omas und Opas, die sich einen spannend gestalteten Enkeltag nicht zutrauen, konkrete, einfach umzusetzende Tipps, was Kindern Spaß macht. Und was sie gleichzeitig fördert oder beruhigt.

Worauf Jackel nicht eingeht, sind die vielen Konfliktpunkte zur Babyzeit. Auch mal schreien lassen (Großeltern: ja; Eltern: nein) oder nicht? Stillen und rumtragen, wie das Baby es möchte (Großeltern: nein; Eltern: ja)? Generell: Warum machen Eltern heute so vieles anders als wir früher? Wie kann man als Großeltern helfen ohne zu nerven? Eines aber ist seit Generationen gleich geblieben: Kinder lieben singen, reimen, auf den Knien schaukeln. Und genau das machen die meisten Großeltern ganz intuitiv mit ihnen. Ob mit oder ohne Segen der Hirnforschung.

Bettina Laude, Hamburg
Journalistin mit Schwerpunkt
Familienthemen

Red.:ge

Wir gratulieren zum Geburtstag im März 2011

65. Geburtstag

Herrn Dr. med. Thomas *Richter*, Berlin, am 01.03.
Herrn Dr. med. Hans-Peter *Fritz*, Ravensburg, am 07.03.
Frau Dr. med. Gudrun *Lorenz*, Heppenheim, am 11.03.
Frau Dr. med. Agnes *Pschorn*, Mannheim, am 11.03.
Frau Dr. med. Elsgie *Schmidt-Aus*, Berlin, am 18.03.
Herrn Dr. med. Martin *Baur*, Kirchheim, am 24.03.
Herrn Friedemann *Hottenbacher-Brandt*, Ravensburg, am 27.03.
Herrn Dr. med. Winfried *Imm*, Rastatt, am 28.03.
Herrn Dr. med. Ruhollah *Schafie-Nurmohammadi*, Wesendorf, am 30.03.
Frau Dr. med. Angelika *Roth*, Fulda, am 31.03.

70. Geburtstag

Frau SR Helga *Hildebrandt*, Söllichau, am 01.03.
Frau Dr. med. Agnes *Fischer*, Hasbergen, am 04.03.
Frau Dr. med. Antje *Bilke*, Magdeburg, am 05.03.
Frau Dr. med. Barbara *Mittag*, Belgershain, am 06.03.

Frau SR Marie Luise *Klempin*, Berkholz-Meyenburg, am 07.03.
Herrn Dr. med. Gerhard *Simon*, Grünheide, am 08.03.
Frau Dr. med. Gerlinde *Kleinhenz*, Offenbach, am 09.03.
Herrn Dr. med. Herbert-W. *Weiland*, Rendsburg, am 10.03.
Herrn Dr. med. univ. Helmut *Hoffmann*, Berlin, am 11.03.
Frau Dr. med. Monica *Kühnöl*, Dresden, am 12.03.
Frau Dr. med. Jutta *Lussem-Spanel*, Dillingen, am 12.03.
Frau Dr. med. Ulrike *Schöche*, Chemnitz, am 12.03.
Frau Dr. med. Brigitte *Tölcke*, Oedendorf, am 17.03.
Herrn Dr. med. Ulrich *Eckel*, Osterholz-Scharmbeck, am 26.03.
Herrn Dr. med. Rainer *Haas*, Prutting, am 27.03.
Herrn Prof. Dr. med. Hans-Jürgen *Nentwich*, Zwickau, am 28.03.
Frau Dr. med. Roswitha *Köhler*, Bergisch Gladbach, am 29.03.

75. Geburtstag

Herrn Dr. med. Erich *Thesen*, Trier, am 01.03.
Frau Dr. med. Marlen *Jäger*, Erfurt, am 02.03.

Herrn PD Dr. med.habil. Wolfgang *Kotte*, Berbisdorf, am 03.03.
Frau Dr. med. Christa-Maria *Augsten*, Jena, am 04.03.
Herrn Dr. med. Paul *Ritscher*, Uetersen, am 07.03.
Herrn Dr. med. Helmut *Gramer*, Bergheim, am 09.03.
Herrn Dr. med. Horst *Penner*, Staufen, am 09.03.
Herrn Dr. med. Erich *Stuewer*, Hamburg, am 14.03.
Herrn Dr. med. Anatol *Kurme*, Hamburg, am 18.03.
Herrn Dr. med. Siegfried *Koker*, Beeskow, am 28.03.
Herrn Dr. med. Hans-Christof *Schoenebeck*, Berlin, am 30.03.
Frau Dr. med. Irntraut *Käfer*, Delingsdorf, am 31.03.

81. Geburtstag

Herrn Dr. med. Malte *Hey*, Nördlingen, am 05.03.
Herrn Prof. Dr. med. Klemens *Stehr*, Spardorf, am 07.03.
Frau Dr. med. Irmgard *Krause*, Löwenstein, am 15.03.

82. Geburtstag

Frau Dr. med. Elisabeth *Gercke-Huntemann*, Duisburg, am 20.03.

83. Geburtstag

Frau Dr. med. Marianne *Sorg*, München, am 14.03.

84. Geburtstag

Herrn Prof. Dr. med. Gerhard *Ruhrmann*, Reinbek, am 05.03.

Herrn SR Dr. med. Hans *Blatt*, Sulzbach, am 27.03.

85. Geburtstag

Frau Dr. med. Gertrud *Merz*, Engelskirchen, am 03.03.

Herrn Dr. med. Helmut *Aengenendt*, Bonn, am 07.03.

Frau Dr. med. Vera *Gräfin Finck von Finckenstein*, Semlow, am 15.03.

86. Geburtstag

Herrn Dr. med. Richard *Faul*, Stuttgart, am 16.03.

Herrn Dr. med. Gottfried *Hinrichs*, Lübeck, am 21.03.

Frau Dr. med. Liselore *Fiedler*, München, am 23.03.

Herrn Dr. med. Friedrich *Kayser*, Oldenburg, am 27.03.

87. Geburtstag

Frau Dr. med. Gertrud *Nordwall*, Köln, am 09.03.

Frau Dr. med. Christa *Freund*, Solingen, am 24.03.

Frau Dagmar *Hofer*, Berlin, am 24.03.

Herrn Dr. med. Hajo *Willers*, Itzehoe, am 30.03.

88. Geburtstag

Herrn Dr. med. Lothar *Gantert*, Bräunlingen, am 01.03.

Frau Dr. med. Gisela *Jördens*, Berlin, am 15.03.

Frau Dr. med. Marga *Koch*, Köln, am 27.03.

89. Geburtstag

Frau Dr. med. Susanne *Remy-Kroh*, Köln, am 15.03.

Herrn Dr. med. Lorenz *Amann*, Ruhpolding, am 19.03.

Frau Dr. med. Margret *Herten*, Köln, am 24.03.

90. Geburtstag

Herrn Dr. med. Hugo *Konrad*, Augsburg, am 02.03.

91. Geburtstag

Frau Dr. med. Paula Maria *Hölscher*, Ludwigshafen, am 07.03.

Frau Dr. med. Helga *Fischer*, Platten, am 10.03.

Frau Dr. med. Gertrud *Loth*, Meschede, am 17.03.

Wir trauern um:

Frau Dr. med. Gudrun *von Brixen*, Tülau

Frau Dr. med. Sabine *Jäger*, Ueckermünde

Frau Dr. med. Lore *Nahnsen*, Bremen

Frau SR Dipl.-Med. Sinaida *Scharenberg*, Berlin

92. Geburtstag

Herrn Dr. med. Franz-Xaver *Seibold*, Schwäbisch Gmünd, am 05.03.

Frau Dr. med. Elisabeth *Innemeer*, Fallingb., am 08.03.

97. Geburtstag

Frau Dr. med. Anneliese *Braun*, Stuttgart, am 13.03.

99. Geburtstag

Frau Dr. med. Annemarie *Kessel*, Bad Tölz, am 23.03.

100. Geburtstag

Frau Dr. med. Helene *Roeloffs*, Köln, am 25.03.

103. Geburtstag

Frau Dr. med. Hilde *Schulz-Daum*, Dillenburg, am 03.03.

Als neue Mitglieder begrüßen wir**Ausland**

Herrn Dr. med. Philipp *Eickhoff-Maksys*

Landesverband Baden-Württemberg

Herrn Dr. med. Andreas *Schaudt*

Frau Dr. med. Freia *De Bock*

Frau Raffaella *Schönfeld*

Herrn Marko *Mohorovicic*

Frau Dr. med. Sandra *Pauli*

Frau Felicitas *Schiffner*

Herrn Peter *Schonhoff*

Herrn Björn *Sämann*

Landesverband Bayern

Herrn Benedikt *Jochem*

Frau Ann-Christin *Grimmelt*

Frau Katharina *Müller*

Frau Dr. med. Birgit *Schilling*

Landesverband Berlin

Frau Griet *Schneiders*

Frau Shahrasad *Dia*

Landesverband Brandenburg

Frau Kristina *Penkawa*

Landesverband Bremen

Frau Sabine *Rossol*

Frau Dr. med. Julia *Friedel*

Landesverband Hessen

Herrn Dr. med. Hans-Ludwig *Reinsch*

Frau Dr. med. Eva-Maria *Schwienhorst*

Landesverband**Mecklenburg-Vorpommern**

Frau Dr. med. Claudia *Jegminat*

Landesverband Nordrhein

Frau Carolin *Desch*

Herrn Peter Johannes *Tekampe*

Herrn Markus *Olk*

Herrn Markus *Kaminski*

Frau Dr. med. Cornelia *Sperlich*

Frau Eva-Maria *Pyka*

Landesverband Sachsen

Frau Cornelia *Junge*

Frau Alke *Canzler*

Frau Magdalena *Priüfer*

Frau Dr. med. Susen *Reichardt*

Frau Dr. med. Yvonne *Schiefer*

Frau Dr. med. Claudia *Thiem*

Herrn Dr. med. univ. Michael Werner *Lang*

Landesverband Schleswig-Holstein

Frau Dr. med. Heike *Sarrazin*

Landesverband Thüringen

Frau Cornelia *Gühmann*

Frau Julia *Irmer*

Frau Dr. med. Karen *Zimmerer*

Frau Maraike *Rommeley*

Landesverband Westfalen-Lippe

Herrn Platonas *Karatsiolis*

Frau Barbara *Leifert-Graack*

Frau Dr. med. Tanja *Brüning*

Frau Kathrin *Knaup*

Frau Veronika *Franzke*

Frau Agnes Eva *Janik*

Frau Johanna Maria *Adler*

Polyartikuläre Juvenile Idiopathische Arthritis

Etanercept: Sicher und effektiv im Praxisalltag

Im Fokus eines Experten-Roundtables mit Kinder-Rheumatologen im September 2010 in Frankfurt standen praktische Fragen zum Einsatz von Etanercept bei Kindern und Jugendlichen mit Polyartikulärer Juveniler Idiopathischer Arthritis (JIA) – darunter z. B. das Thema Impfen unter TNF-alpha-Therapie. Dabei betonten Dr. Betina Rogalski, Bensheim, Prof. Gerd Horneff, St. Augustin, Prof. Tim Niehues, Krefeld, und Prof. Dirk Föll, Münster, auch die gute Datenlage des TNF-alpha-Rezeptors auf Basis von klinischen Studien und Registern.

Therapieziel bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit einer JIA ist heute nicht mehr nur die Linderung von Symptomen, sondern eine Remission der Erkrankung. Möglich wurde dies durch die Einführung von Substanzen, die den Tumor-Nekrose-alpha-Faktor (TNF- α) hemmen. Der lösliche TNF- α -Rezeptor Etanercept (Enbrel®), der bereits im Jahr 2000 zur Therapie der polyartikulären JIA ab vier Jahren zugelassen wurde, blockiert zielgenau das Entzündungsmolekül und kann dadurch die Inflammation in den Gelenken rasch und anhaltend unterdrücken.

Dies zeigen unter anderem die Daten der Lovell-Studie^{1,2}, in der Kinder bis zu acht Jahre lang kontinuierlich mit Etanercept behandelt wurden. Damit konnten anhaltend hohe Ansprechraten entsprechend den Kriterien der Fachgesellschaft American College of Rheumatology (Ped-ACR) erreicht werden. Die Rate an unerwünschten Wirkungen blieb über den gesamten Beobachtungszeitraum gleich niedrig; die Rate schwerer Infektionen unter der Therapie war in dieser Untersuchung sogar geringer als in vorangegangenen Studien mit Erwachsenen.

Auch die Auswertung von Daten aus dem JIA Etanercept-Register³ unterstreichen die Effektivität des Biologikums: Inzwischen sind nach über zehn Jahren im Register etwa 1.300 JIA-Patienten erfasst, die mit Etanercept behandelt werden – etwa die Hälfte von ihnen hat unter der Therapie mit dem TNF-alpha-Rezeptor nach zwölf Monaten eine „vollständige Kontrolle“ ihrer Erkrankung erreicht. Nach 24 Monaten befinden sich 50 Prozent der Kinder und Jugendlichen in anhaltender Remission.

Leitliniengerechte Therapie mit Etanercept

Die Therapie der JIA im Kindesalter mit einem TNF-alpha-Hemmer wie Etanercept wird in der aktuellen S2-Therapieleitlinie der Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (GKJR)⁴ nach Versagen der First-line- (NSAR; intraartikuläre Steroide) und Second-line-Therapie (MTX) mit dem Evidenz- bzw. Empfehlungsgrad IA empfohlen, wie Tim Niehues deutlich machte.

Kein erhöhtes Malignomrisiko unter Etanercept

Prof. Gerd Horneff ging auf die Sicherheit von Etanercept ein und unterstrich, dass die 2009 von der amerikanischen Arzneimittelbehörde FDA veröffentlichten Malignom-Kasuistiken⁵ gründlich analysiert worden seien. Dabei habe sich Horneff zufolge gezeigt, dass die unter dem TNF-alpha-Hemmer aufgetretene Tumormorbidität statistisch in dem Bereich lag, der auch ohne Therapie mit Biologics zu erwarten gewesen wäre.⁶ Dies steht auch in Einklang mit Daten von McCroskery P et al., die in einer weltweiten Datenbankanalyse ebenfalls kein erhöhtes Malignomrisiko unter Etanercept finden konnten.⁷

JIA – kein Grund nicht zu impfen

Dr. Betina Rogalski erklärte, dass gemäß den Empfehlungen der GKJR vom November 2009 bei Kindern mit einer JIA, wenn möglich fehlende Impfungen noch vor Beginn einer immunsuppressiven Therapie mit DMARDs, systemischen Glukokortikoiden oder Biologika nachgeholt werden sollten. Aber auch nach Beginn der Therapie seien Standardimmunisationen mit Totimpfstoffen wie z. B. Tetanus, Diphtherie oder Pertussis unpro-

blematisch. Rogalski riet jedoch, die Impfungen möglichst in Phasen mit geringer Krankheitsaktivität durchzuführen. Da zu Lebendimpfungen (z. B. Masern, Mumps, Röteln, Varizellen) unter Biologika bisher nur wenige Daten vorliegen, sollte ein Abstand von drei bis sechs Monaten zur Therapie mit einem Biologikum eingehalten werden.

JIA und entzündliche Darm-erkrankungen

Abschließend ging Prof. Dirk Föll noch auf den Zusammenhang zwischen JIA und entzündlichen Darmerkrankungen (CED) ein. Er betonte, dass das Zytokin TNF-alpha in der Pathophysiologie beider Erkrankungen eine wichtige Rolle spielt, dass die genauen Zusammenhänge aber nach wie vor nicht vollständig geklärt sind.

Bei Kinder und Jugendlichen, die im Rahmen einer JIA-Therapie mit Etanercept behandelt werden, kann es zur Demaskierung einer bisher unbekanntem CED (insbesondere M. Crohn) kommen.

1 Lovell DJ et al. N Engl J Med 2000; 16, 342(11): 810-811

2 Lovell DJ et al. Arthr Rheum 2008; 58: 1496-1504

3 Horneff G et al. EULAR 2008; OP-0062

4 Niehues T et al. Interdisziplinäre Leitlinie Therapie der JIA; Klinische Pädiatrie 2008; 2. Auflage in Vorbereitung

5 Diak P et al. Arthritis Rheum 2010 62 (8): 2517-24

6 Kaatsch P Jahresbericht Kinderkrebsregister (<http://www.kinderkrebsregister.de>, GEKID Cancer in Germany 6th Edt. 2008; http://www.ekr.med.uni-erlangen.de/GEKID/doc/kid2008_englisch.pdf).

7 McCroskery P et al., Pediatr Rheumatol Online J 2010 14; 8: 18

Nach Informationen von: Pfizer Pharma GmbH, Berlin

Studie zur Lebensqualität bei ADHS veröffentlicht

ADHS: Lebensqualität genauer erforschen!

Die Einschränkung der Lebensqualität ist bei ADHS mindestens so groß wie bei vielen körperlichen Leiden und anderen psychischen Erkrankungen. So lautet das Ergebnis einer systematischen Auswertung der Fachliteratur durch ein internationales Team von Psychiatern. Danach erfahren vor allem Eltern durch die Krankheit durchgehend negative Auswirkungen auf die Lebensqualität ihrer Kinder, schreibt die Expertengruppe um David Coghill, Dundee, in der Fachzeitschrift *European Child & Adolescent Psychiatry*¹. „Es mehren sich jedoch die Hinweise, dass eine effektive Behandlung nicht nur die Symptome verbessern kann, sondern dass sich dies auch in einer besseren Lebensqualität für die Betroffenen niederschlägt“, bilanziert einer der Co-Autoren, Professor Manfred Döpfner, leitender Psychologe am Zentrum für Neurologie und Psychiatrie der Universitätsklinik Köln. Noch sei die Lebensqualität zwar keine ernsthafte Konkurrenz für die etablierten primären Endpunkte wie Hyperaktivität und Impulsivität in klinischen Studien zu ADHS. Doch das könnte sich in Zukunft ändern, so Professor Döpfner weiter. Es sei empfehlenswert, bei der Planung künftiger Studien die Lebensqualität zumindest als sekundären Endpunkt zu erfassen.

Als zukunftsweisend bei der Behandlung von ADHS gilt eine multimodale Therapie, bei der eine kontinuierliche Pharmakotherapie mit psychotherapeutischen und anderen unterstützenden Maßnahmen kombiniert wird. In der medikamentösen Behandlung haben sich Psychostimulanzien seit Jahrzehnten bewährt. Methylphenidat gilt dabei als Mittel der ersten Wahl und kann beispielsweise mit dem Präparat Medikinet® sowohl in der Dosierung als auch in der Wirkdauer den individuellen Bedürfnissen angepasst werden.

Überblick: 36 Publikationen aus 20 Jahren Forschung

„Die Lebensqualität hat das Potenzial, ein wichtiger Gradmesser für die Therapie der ADHS zu werden – sowohl in der klinischen Forschung als auch bei der routinemäßigen Versorgung der Patienten“, betont Professor Manfred Döpfner. Einerseits könnte damit die Planung von Dienstleistungsangeboten verbessert werden. Andererseits könnte die Fokussierung auf die Lebensqualität dazu beitragen, die Aufmerksamkeit mehr auf jene Faktoren zu lenken, die den Betroffenen und deren Angehörigen am wichtigsten sind. So werden heute in den meisten Studien zu ADHS zwar primäre Endpunkte wie Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität oder Im-

pulsivität mit unterschiedlichen Skalen erfasst. Ob sich dies aber auch in einem harmonischeren Verhältnis zwischen Kindern, Eltern und Lehrern niederschlägt oder ob die Betroffenen im Rückblick mit ihrem Leben zufriedener sind, danach wird erst in jüngerer Zeit vermehrt gefragt. Mit 14 weiteren Experten aus sieben Ländern hat Döpfner deshalb 36 Artikel aus 20 Jahren ausgewertet, die bei einer Suche in elf medizinischen Literatur-Datenbanken als relevant und qualitativ ausreichend identifiziert wurden.

Kinder fühlen sich weniger beeinträchtigt als ihre Eltern

Auffallend ist, dass die Kinder im Vergleich zu ihren Eltern ihre Lebensqualität meist besser bewerten. Dies könnte aber auch als mögliche Folge der Erkrankung im Sinne einer verringerten Selbstwahrnehmung oder einem „Herunterspielen“ der Schwierigkeiten durch die Betroffenen erklärt werden, mutmaßen die Wissenschaftler. Verglichen die Psychologen dagegen die Lebensqualitäts-Bewertungen der Eltern von Kindern mit unterschiedlichen Krankheiten, so sind diese in psychosozialer Hinsicht bei ADHS schlechter als bei Asthma oder Sichelzellenanämie. Insgesamt habe ADHS im Vergleich zu körperlichen Erkrankungen wohl einen vergleichbaren Effekt auf die Lebensqualität.

„Bei näherer Betrachtung scheint die psychosoziale Dimension jedoch stärker beeinträchtigt zu sein und die physische Dimension weniger stark als bei chronischen körperlichen Erkrankungen“, schließen die Autoren.

Die Evidenz des Nutzens der Pharmakotherapie muss genauer untersucht werden

Die Frage, ob eine erfolgreiche Therapie der Grunderkrankung zu einer Verbesserung der Lebensqualität führt, wurde bisher offenbar nur im Zusammenhang mit medikamentösen Behandlungen untersucht, ergab die Durchsicht der Studien. Deshalb, aber auch weil die bisherigen Instrumente zu Erfassung der Lebensqualität bei ADHS sehr uneinheitlich sind, müsste die Forschung auf diesem Gebiet verstärkt werden.

¹ Dankaerts M et al. The quality of live of children with attention deficit/hyperactivity disorder: systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* (2010) 19:83-105 DOI 10.1007/s00787-009-0046-3

Nach Informationen von: *Medice Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG, Iserlohn*

5 Jahre BFSH

Lebensqualität von Hämophiliepatienten nachhaltig verbessern



Das „Bündnis zur Förderung der Sicherheit von Hämophilen e.V. (BFSH)“ wurde vor fünf Jahren gegründet, um Patienten mit Hämophilie ein besseres und sichereres Leben zu ermöglichen. Oberstes Ziel des BFSH, das von der Bayer Vital GmbH und der Novo Nordisk Pharma GmbH getragen wird, ist es, die Lebensqualität von Hämophiliepatienten zu optimieren.

Hämophilie als Erbkrankheit ist weiterhin nicht heilbar. Dank der immensen Therapiefortschritte der letzten 50 Jahre hätten Hämophilie-Patienten aber heute die Chance auf ein nahezu normales Leben, leitete Prof. Alexander P. F. Ehlers, München, das Pressegespräch „Bilanz und Perspektiven“ zum 5-jährigen Jubiläum des BFSH in Berlin ein.

Ganz wichtig ist laut Prof. Rainer Zimmermann, Heidelberg, dass die in den Leitlinien der Bundesärztekammer beschriebenen Behandlungsgrundsätze konsequent angewendet werden.

So sei beispielsweise die Produktsicherheit ein bedeutender Aspekt: Hämophiliepatienten benötigen gleichbleibend hochwertige Faktorkonzentrate für eine effektive Behandlung im Blutungsfall. Diese dürften keine Verunreinigungen enthalten und müssten höchsten Sicherheitsstandards entsprechen.

Prophylaxe schützt vor Gelenkschäden ...

Prof. Johannes Oldenburg, Bonn, berichtete über die Fortschritte in der Hämophilie-Therapie: „Die Chance auf ein normales Leben ist für viele Hämophilie-Patienten bereits in greifbare Nähe gerückt“. Die Verfügbarkeit von sicheren Faktorkonzentrat, die Spezialisierung der Behandlung in sogenannten Comprehensive Care Centern (CCC) sowie das Deutsche Hämophilie-Register (DHR) haben entscheidend dazu beigetragen.

Vor allem die Durchführung der primären und sekundären Prophylaxe in Deutschland sei erwähnenswert. Oldenburg erinnerte an die von Manco-Johnson und Kollegen prospektiv, randomisiert durchgeführte Studie mit Kindern mit Hämophilie. Hier wurde erstmalig gezeigt, dass die in Europa längst gängige frühe Prophylaxe sinnvoll ist: Das Risiko einer Gelenkerstörung konnte in 83 Prozent



Dr. Klaus-Dieter Horn (li.) Bayer Vital GmbH, Holger Rademacher (re.) Novo Nordisk Pharma GmbH – beide Mitglieder des Vorstands von BFSH und Eva Novotny, Geschäftsstellenleiterin

der Fälle verhindert werden (New England Journal of Medicine 2007; 357:535-544).

... und reduziert das Risiko der Hemmkörperbildung

Bei ungefähr 25 Prozent der schwer betroffenen Hämophilie-Patienten kommt es zu Beginn der Behandlung mit einem Gerinnungskonzentrat zu einer gefürchteten Antikörperbildung, die die Wirkung der Gerinnungsfaktoren aufhebt. „Diese Hemmkörper können dann nur in einer sehr kostenintensiven Therapie eradiziert werden“, erklärte Oldenburg, „doch seit kurzem gibt es neue Denkansätze: In der kürzlich publizierten Studie um K. Kurnik und G. Auerswald prüfte man, ob der sehr frühe Beginn einer niedrig dosierten Prophylaxe das Risiko einer Hemmkörperbildung verhindern kann“ (K. Kurnik et al.: Haemophilia 2010, 16,2, 256-262). Die Autoren beobachteten ein signifikant geringeres Risiko ($p=0,0003$) bei den Kindern, die eine frühe Prophylaxe mit Faktor VIII-Präparaten erhalten hatten, so Oldenburg abschließend (K. Kurnik et al.: Haemophilia 2010, 16,2, 256-262).

G. Fischer von Weikersthal

Erstdiagnose Hämophilie – was ist zu beachten?

Oftmals Nasenbluten, auffällig viele Hämatome, erhöhtes Blutungsrisiko – ein kleiner Hämophiliepatient in Ihrer täglichen Praxis? Laut Dr. Günther Auerswald, Ambulanz für Gerinnungsstörungen der Professor Hess-Kinderklinik Bremen, reichen für eine Erstdiagnose neben der Anamnese und körperlichen Untersuchung die Bestimmung von QUICK, PTT und Thrombozyten aus. „Sollte sich der Hämophilie-Verdacht bestätigen, wird dem Kind aus gutem Grunde nicht nochmals Blut abgenommen, sondern gleich die Überweisung an ein Kompetenzzentrum in der Nähe erfolgen“. Im Kleinkindalter steht oftmals auch die Verdachtsdiagnose „Häusliche Gewalt“ im Vordergrund – hier müsse dann ein von-Willebrand-Syndrom ausgeschlossen werden. „Patienten mit von Willebrand-Syndrom zeigen übrigens viel öfter blaue Flecken als Hämophilie-Patienten.“

Eine Prophylaxe bei der schweren Hämophilie wird im 7. bis 10. Lebensmonat begonnen mit einer einmal wöchentlichen Gabe von Faktor VIII-Präparaten, dann je nach Blutungsneigung auf zwei- bis dreimal die Woche gesteigert. „Diese Spritzen können sowohl vom Kinderarzt wie auch Eltern oder fähigen Geschwistern verabreicht werden. In einem Alter von acht bis 10 Jahren lernen es die betroffenen Kinder dann auch selbst, sich die Prophylaxe zu geben.“

Weitere Informationen erhalten Sie unter: www.bfsh.info

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. med. Wolfram Hartmann

Tel.: 02732/762900

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

Vizepräsident des BVKJ e.V.

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

Tel.: 08671/5091247

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

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Ulrich Fegeler

Tel.: 030/3626041

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

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Roland Ulmer

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

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Hauptgeschäftsführer: Dipl.-Kfm. Stephan Eßer

Tel.: 030/28047510, Tfx.: 0221/683204

stephan.esser@uminfo.de

Geschäftsführerin: Christel Schierbaum

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Tel.: 0221/68909-14, Tfx.: 0221/68909-78

christel.schierbaum@uminfo.de

Mitgliederverwaltung

Leiterin der Verwaltungsabteilung: Doris Schomburg

E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

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

Kongressabteilung

Kongresse des BVKJ

Leiterin der Kongressabteilung: Christel Schierbaum

E-Mail: bvkj.kongress@uminfo.de

www.kongress.bvkj.de

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

BVKJ Service GmbH

Geschäftsführer: Dr. Wolfram Hartmann

Verhandlungsbevollmächtigter: Herr Klaus Lüft

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Tel.: 0221/68909-18, Tfx.: 0221/6890929

Ansprechpartnerinnen:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-27

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Ursula Horst

Tel.: 0221/68909-28

E-Mail: uschi.horst@uminfo.de

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Christen

E-Mail: Christen@HKA.de

Prof. Dr. med. Peter H. Höger

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

Prof. Dr. med. Frank Riedel

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

Dr. med. Wolfgang Gempp

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

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Sonstige Links

Kinder- und Jugendarzt

www.kinder-undjugendarzt.de

Kinderärzte im Netz

www.kinderaerzte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php