

bvkJ.

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

Heft 10/12 · 43. (61.) Jahr · A 4834 E

KINDER-UND JUGENDARZT

Forum:

Kampf um
Honorarerhöhung

Fortbildung:

Unfallprävention

Berufsfragen:

Beschneidung

Magazin:

Der Arzt Friedrich
des Großen

www.kinder-undjugendarzt.de



HANSISCHES VERLAGSKONTOR GmbH · LÜBECK

KINDER-UND JUGENDARZT

BVKJ.

© Fotofreundin - Fotolia.com



Die Nöte des Doctor von Zimmermann

Sterben und Tod Friedrichs II. in den Erinnerungen
seines letzten Leibarztes

S. 598

Inhalt 10 | 12

Redakteure: Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Hannover, Prof. Dr. Frank Riedel,
Hamburg, Dr. Christoph Kupferschmid, Ulm, Regine Hauch, Düsseldorf

Forum

- 541 **Editorial**
Wolfram Hartmann
- 542 Vermischtes
- 544 **Leben ohne Drogen –
without drugs**
Stephan Heinrich Nolte
- 546 **Kindesmisshandlung:
die Bildgebung gibt oft
Aufschluss**
Regine Hauch
- 547 **Ein Viertel aller Eltern ist
unsicher oder überfordert**
Regine Hauch
- 548 **Was haben Bauchschmer-
zen mit der Seele zu tun?**
Ulrich Kohns
- 550 **Häusliche Palliativ-
versorgung**
Gisela Janßen
- 552 Vermischtes
- 557 **Schule ist Vollzeitjob**
Christoph Kupferschmid
- 558 **Das Leser-Forum**
- 560 **Office-Pädiatrie: Atem-
wegdiagnostik in der
Praxis mit oder ohne
Hilfe der PCR?**
*Jürgen Hower,
Thomas Lamberti*

Fortbildung

- 562 **Unfallprävention**
Gabriele Ellsäßer
- 570 **Highlights aus Bad Orb:
Bakterielle Dünndarmfehl-
besiedelung bei Kindern**
Axel Enninger
- 574 Impressum
- 576 **Der besondere Fall: Nagel-
ablösung als Folge einer
durch Coxsackie A6 verur-
sachten Hand-Mund-Fuß-
Krankheit**
*Jürgen Hower,
Heinz-Hubert Feucht*
- 578 **Consilium Infectiorum:
Inhalation mit Pariboy bei
einem 10-monatigem
Säugling**
Marcus Dahlheim
- 580 **Review aus englisch-
sprachigen Zeitschriften**
- 582 **Welche Diagnose wird
gestellt?**
Peter Höger
- 586 **Impfforum**
Ulrich Heiningner
- 587 **Suchtforum**
Matthias Brockstedt

Berufsfragen

- 588 **Gibt es einen „Circum-
cision Bias“?**
Christoph Kupferschmid
- 594 **Ein Netz aus Helfern**
Regine Hauch
- 595 **Diagnose: völlig realitäts-
fremd**
Roland Ulmer
- 596 **Online Weiterbildung
sexueller Missbrauch frei-
geschaltet**
Christoph Kupferschmid

Magazin

- 598 **Die Nöte des Doctor von
Zimmermann**
Olaf Ganssen
- 600 Fortbildungstermine BVKJ
- 602 Tagungen und Seminare
- 602 Praxistafel
- 603 **Buchtipps**
- 605 **Die Welt der Kinder im
Blick der Maler**
Peter Scharfe
- 606 Personalien
- 606 Richtigstellung
- 608 **Nachrichten der Industrie**
- 614 Wichtige Adressen des BVKJ

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegt in voller Auflage
ein Supplement der Firma GSK,
München, bei.

Wir bitten um freundliche Beach-
tung und rege Nutzung.

Wie können Pädiater junge Eltern für die Unfallprävention motivieren?



Dr. med.
Gabriele Ellsäßer

Ziel dieses Beitrages ist es, Kinder- und Jugendärzte zu motivieren, Eltern im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen eine präventive Unfallberatung anzubieten. Diese Beratung sollte in einem persönlichen Gespräch stattfinden und die altersbezogenen Unfallschwerpunkte gezielt berücksichtigen. Epidemiologische Erhebungen zeigen, dass Säuglinge und Kleinkinder am stärksten gefährdet und schutzbedürftig sind. Bei ihnen dominieren Verletzungen durch Unfälle im häuslichen Bereich, insbesondere durch Stürze, thermische Verletzungen und Vergiftungen. Schulkinder dagegen erleiden Unfälle, wenn sie draußen spielen, Sport treiben oder als Fahrradfahrer unterwegs sind. Nationale und internationale Studien weisen darauf hin, dass die Lebensumwelt, die familiäre Situation (soziale Lage, Migrationsstatus, elterliche Fürsorge) und kindbezogene Merkmale (Geschlecht, Alter, Hyperaktivität, Aggressivität) bedeutsame Risikofaktoren bei Unfällen im Kindesalter sind. Mit diesem Wissen ist der Pädiater in der Lage, eine gezielte Elternberatung vorzunehmen und geeignete Sicherheitsmaßnahmen zu empfehlen.

Einführung

Unfälle und Gewalt stellen weltweit für Kinder eine hohe Bedrohung ihres körperlichen und seelischen Wohlbefindens dar (1-18). Unfallverletzungen sind für Kinder ab einem Jahr die häufigste Todesursache und die Hauptursache für eine Behinderung (15). In Deutschland hat 2007 der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts (RKI) bundesweit repräsentative Ergebnisse zum Unfallgeschehen von Kindern und Jugendlichen zwischen einem und 18 Jahren veröffentlicht (9, 19). 2010 und 2011 hat das Statistische Bundesamt mit der Autorin eine bundesweite Analyse zum Verletzungsgeschehen von Kindern und Jugend-

lichen durch Unfälle, Gewalt und Selbstverletzungen herausgegeben. Danach liegt der Unfallschwerpunkt bei Kindern unter fünf Jahren unverändert im häuslichen Bereich und bei Jugendlichen im Straßenverkehr, jeweils sind Jungen stärker betroffen als Mädchen (12, 13). Obwohl in den letzten Jahren eine Abnahme tödlicher Unfälle registriert werden konnte, darf nicht vergessen werden, dass jeder tödliche Unfall großes Leid verursacht und häufig vermeidbar gewesen wäre (15). Deshalb ist es eine vordringliche Aufgabe aller Kinder- und Jugendärzte, die obligaten Vorsorgeuntersuchungen zu nutzen, um Eltern von Anfang an sachkundig über Kinderunfälle und deren Verhütung aufzuklären.

Unfälle mit Todesfolge

Auf der Basis des KiGGS betrug die durchschnittliche Unfallquote der Kinder zwischen einem und 17 Jahren 15,2 %. Aus dieser relativen Häufigkeit lässt sich hochrechnen, dass jährlich mehr als 1,7 Millionen Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren wegen eines Unfalls ärztlich behandelt werden müssen. Im Zehnjahreszeitraum 2000–2009 haben Verletzungen durch Unfälle mit Todesfolge bei Kindern im Alter von 1–14 Jahren um fast 50 % abgenommen, nämlich von 4 auf 2,2 getötete je 100.000 Kinder. Diese Abnahme gilt sowohl für den Heim- und Freizeit- als auch für den Verkehrsbereich. Wahrscheinlich haben Verkehrsprävention, Rettungsmedizin, Produktsicherheit und Akzeptanz persönlicher Schutzmaßnahmen zu diesem Erfolg beigetragen (8).

Trotzdem stellen Unfall und Gewalt für Kinder und besonders Säuglinge eine häufige Todesursache dar, wie die Abbildung 1 verdeutlicht (11, 13).

Zum Verletzungshergang der gewaltbedingten Todesfälle bei Säuglingen lassen sich aus der Todesursachensta-

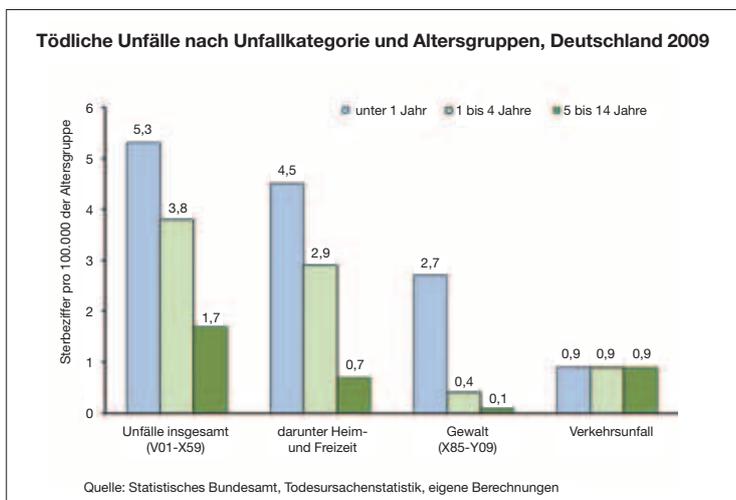


Abb. 1: Rate der Verletzungen durch Unfälle (V01-X59), darunter Kategorie Heim- und Freizeitunfälle verglichen zu Gewalt (X85-Y09) und der Kategorie Verkehrsunfall, nach Altersgruppen, Deutschland 2009

tistik keine Informationen ableiten. Studien stellten für Deutschland fest, dass das Schütteltrauma die häufigste nicht natürliche Todesursache bei Säuglingen ist (zirka 100 bis 200 Fälle jährlich). Besonders gefährlich sind Schütteltraumen, da sie mit schwersten Hirnschäden und Blutungen, einer sehr hohen Letalität bis 30 % und mit Langzeitschäden bis zu 70 % der betroffenen Kinder einhergehen (20).

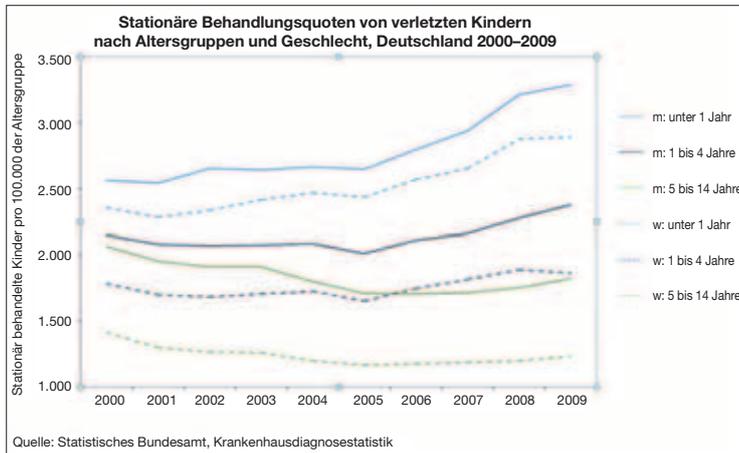


Abb. 2: Rate der im Krankenhaus stationär behandelten und verletzten Kindern (<15 Jahre) pro 100.000 nach Altersgruppen und Geschlecht, Deutschland 2000–2009

Verletzung auslösendes Produkt/Gegenstand		Häufigkeit	Prozent
Rang	Gesamt	212	100,0
1	Wickeltisch	54	23,5
2	Polsterstuhl, Sofa, Couch, Sitzzecke, Divan, Fauteuil	46	20,0
3	Elternbett	37	16,1
4	Kinderwagen, Buggy, Sportkinderwagen, Laufwagen	10	4,3
5	Andere näher bestimmte Baby- oder Kinderartikel	9	3,9
6	Gitterbett, Babybett	8	3,5
7	Baby- oder Kindersitz (Auto)	7	3,0

Tab. 1: Die sieben häufigsten produktbezogenen häuslichen Sturzverletzungen (212 von 230) bei Säuglingen, Fallanalyse IDB 2007–2010

Säuglinge	
Rang	Beispiel
1	Sturz vom Wickeltisch, als die Mutter sich kurz umdrehte
2	Vom Sofa gefallen und mit dem Kopf aufgekommen
3	Säugling aus dem Elternbett gefallen
4	Sturz aus einem Kinderwagen (Maxicosi) beim Hochtragen auf einer Treppe
5	Aus einer Tragetasche gerutscht, ca. 20 cm auf den Boden gefallen
6	Babygitterbett: am Gitter hochgezogen und rübergefallen (9 Monate alt)
7	Die Babyschale wurde vom Sofa auf den Fußboden gehoben; dabei war der Griff der Schale nicht richtig eingerastet und das Kind nicht angeschnallt, so dass es kopfüber aus der Babyschale auf den Boden fiel.

Tab. 2: Typische Verletzungshergänge bei produktbezogenen häuslichen Sturzverletzungen (s. Tabelle 1) nach Arztdokumentation, Fallanalyse IDB 2007–2010

Die fünf häufigsten Unfalltodesursachen – Erstickten, Ertrinken, Wohnungsbrände, Stürze, Straßenverkehr – sind auf das Alter der Kinder unterschiedlich verteilt. Erstickten durch Aspiration oder Strangulation im Kinderbett sowie Stürze aus dem Fenster sind die häufigsten Unfälle mit Todesfolge bei Säuglingen. Bei Kleinkindern steht Tod durch Ertrinken an erster Stelle, gefolgt von Wohnungsbränden. Ab dem Schulalter treten Verkehrsunfälle in den Vordergrund; hier dominieren tödliche Fahrradunfälle ab dem Alter von 10 Jahren (11).

Schwere Unfälle mit Krankenhausbehandlung

Während Unfälle mit Todesfolge eine abnehmende Tendenz zeigen, nehmen schwere Unfälle mit anschließender Krankenhausbehandlung bei Säuglingen und kleinen Kindern seit Jahren zu, wie die Abbildung 2 verdeutlicht.

Häufige Diagnosen bei Säuglingen sind Schädelbrüche, bei Kleinkindern Vergiftungen und thermische Verletzungen sowie bei Schulkindern Knochenbrüche durch Stürze im Freizeitbereich (12, 13).

Unfallorte

Für die Prävention ist nicht nur bedeutsam, welche schwerwiegenden Folgen durch Unfälle eintreten und vermieden werden können, sondern auch, wo sich Kinder am häufigsten verletzen. Die Einschulungsuntersuchungen im Land Brandenburg zeigen: Bis zur Einschulung passierte der größte Teil der Unfälle im häuslichen Bereich, gefolgt mit zirka 20 % im Kindergarten und an dritter Stelle mit weniger als 10 % im Straßenverkehr (www.gesundheitsplattform.brandenburg.de). Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey identifizierte folgende alterstypischen Unfallorte: Bezogen auf die kleinen Kinder den häuslichen Bereich und bei den Jugendlichen den Sport-, Spiel- und Freizeitbereich (9).

Verletzungen durch Stürze

Stürze gehören zu den häufigsten Unfallmechanismen bei den Kindern unter 15 Jahren. Der Altersgipfel liegt bei den kleinen Kindern (1-4 Jahre), so die übereinstimmenden Ergebnisse des KiGGS (9) der europäischen Injury Data Base (IDB) in Deutschland (21) und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) (22). Produkte bzw. Objekte des unmittelbaren Lebensumfeldes waren bei fast 90 % der Stürze von kleinen Kindern beteiligt (21). Für eine gezielte Unfallprävention ist die Kenntnis typischer Unfallkonstellationen wichtig (18), wie die folgenden Tabellen 1 und 2 der IDB zeigen. Man erkennt, dass Stürze vom Wickeltisch oder aus dem Elternbett fast zwei Drittel aller produktbezogenen häuslichen Unfälle von Säuglingen ergeben.

Im Kleinkindalter dominieren Treppenstürze, gefolgt von Sitzgelegenheiten und Stürze aus dem Hochbett, wie Tabelle 3 zeigt. Stürze aus dem Elternbett (Rang 4) ereigneten sich häufig dadurch, dass die kleinen Kinder das Elternbett zum Hüpfen benutzten, das Gleichgewicht verloren und beim Fallen gegen Bettkanten stießen oder kopfüber aus dem Bett stürzten.

Verletzung auslösendes Produkt / Gegenstand		Häufigkeit	Prozent
Rang	Gesamt	582	100,0
1	Treppen, Stufen	101	13,8
2	Polsterstuhl, Sofa, Couch, Sitzzecke, Divan, Fauteuil	70	9,5
3	Hochbett	49	6,7
4	Elternbett	29	4,0
5	Fußboden aus Fliesen, Ziegelsteinen, Beton	22	3,0
6	Kinderhochstuhl	18	2,5
7	Wickeltisch	18	2,5

Tab. 3: Die sieben häufigsten produktbezogenen häuslichen Sturzverletzungen (582 von 733) bei kleinen Kindern, Fallanalyse IDB 2007–2010

Thermische Verletzungen

Kinder unter fünf Jahren – hier liegt der Altersgipfel bei den Säuglingen – haben seit Jahren das höchste Risiko, wegen einer thermischen Verletzung stationär behandelt werden zu müssen. Im Jahr 2009 wurden von 5.100 Krankenhausbehandlungen bei thermisch verletzten Kindern unter 15 Jahren allein 74 % bei kleinen Kindern registriert. Jungen haben ein deutlich höheres Risiko als Mädchen. In den letzten Jahren hat sich die Hospitalisierungsrates bei thermischen Verletzungen nicht geändert; dies zeigt die Abbildung 3.

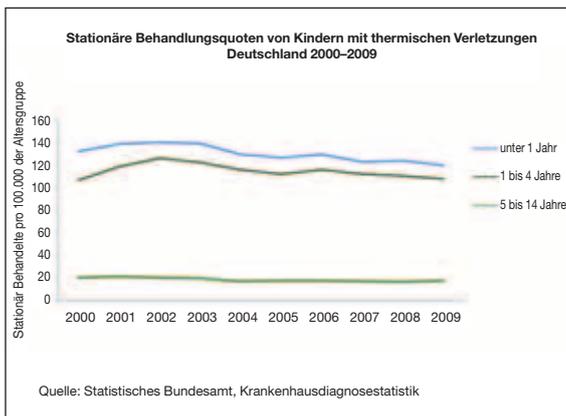


Abb. 3: Vollstationäre Behandlungen von Kindern mit thermischen Verletzungen (<15 Jahre) pro 100.000 der Altersgruppe und Geschlecht, Deutschland 2000–2010

Bezogen auf das Jahr 2009 war die Anzahl der thermisch verletzten und im Krankenhaus behandelten Kleinkinder (< 5 Jahre) 4,4-mal so hoch wie die der im Straßenverkehr schwerverletzten gleichaltrigen Kinder (2965 vs. 674) (Tabelle 4).

	Stationäre Behandlungen wegen einer Verletzung je 100.000, Deutschland 2009 vs.2000	
	kleine Kinder (1–4 Jahre)	
Thermische Verletzungen	107,7 / 106,6	↑ + 1 %
Straßenverkehrsunfälle	24,5 / 38,6	↓ - 27 %

Tab. 4: Thermische Verletzungen im Vergleich zu Straßenverkehrsunfällen bei kleinen Kindern (1–4 Jahre)

Wodurch kommt es zu thermischen Verletzungen? Kleinkinder verbrühen sich mit heißem Wasser, heißen Getränken oder durch Anfassen heißer Gegenstände (23, 24). Typische Situationen thermischer Verletzungen sind in der Tabelle 5 zusammengestellt.

Kleine Kinder (n = 52)	
Rang	Beispiel
1	Beim Abendbrot mit heißem Tee verbrüht
2	Das Kind habe mit der rechten Hand auf eine Herdplatte gefasst.
3	Das Kind habe eine Tasse mit heißem Wasser vom Tisch runtergerissen und sich dadurch verbrüht.
4	Mutti habe Tee gekocht, kurz nicht aufgepasst, daraufhin zog das Kind die Teekanne zu sich herunter und den heißen Tee über Ellenbogen, Unterarm und Hand.
5	Kind hat eine große Tasse mit heißem Tee zu sich heruntergezogen, und der Tee ist auf Kinn, Hals und Brust gelandet. Zum Zeitpunkt des Unfalls waren Mutter und Vater im Raum, Patient war im Blickbereich des Vaters.
6	Das Kind stand in der Badewanne und drehte den warmen Wasserhahn auf.
7	Eltern wollten auf dem Balkon grillen (Elektrogrill). Kind stolperte über Balkonschwelle und zog an dem Kabel. Dabei verletzte sich das Kind mit dem Wasser vom Grill.

Tab. 5: Typische Verletzungshergänge bei Verbrennungen/Verbrühungen nach Arztdokumentation, IDB 2007–2010

Die Liegedauer im Krankenhaus ist bei Kindern mit thermischer Verletzung durchschnittlich mit sechs Tagen länger als nach anderen Unfällen wie Gehirnerschütterung mit zwei Tagen (13). Auch die Nachsorge ist überdurchschnittlich aufwändig (25).

Vergiftungen

Akzidentelle Vergiftungen gehören im Kleinkindalter zwischen ein und vier Jahren zu den häufigen Gesundheitsrisiken. Sie machen fast 50 % aller Vergiftungsfälle bei Kindern unter 15 Jahren aus. Nach Meldungen an die Giftinformationszentren in Deutschland wurde die Zahl der Vergiftungsunfälle bei Kindern im Jahr 2007 in Deutschland auf 94.000 geschätzt (26). Die fünf häufigsten chemischen Substanzen im 20-Jahreszeitraum 1990–2010 waren die folgenden: 1. Brennstoffe (Lampenöl), 2. Medikamente, 3. Reinigungsmittel (Entkalker, Geschirrspülmittel, Sanitärreiniger, Waschmittel), 4.

Pflanzen mit attraktiven Beeren (Kirschlorbeer), 5. Kosmetika (Haar- und Hautpflegemittel) (27). Die stationäre Behandlungszeit ist meist kurz und selten länger als zwei Tage (Abb. 4).

Abb. 4:
Haushalts-
chemikalien



© PhotoSG –
Fotolia.com

Einflussfaktoren auf das Unfallgeschehen

Aus der folgenden Abbildung 5 lassen sich neben wichtigen Datenquellen häufige Unfallursachen für Kinder mit dem höchsten Unfallrisiko sowie bedeutsame Unfallquellen ablesen.

Abb. 5: Ein-
flussfaktoren
auf das Un-
fallgesche-
hen, Ellsäßer,
eigene Dar-
stellung



Wesentliche Einflussfaktoren sollen im Einzelnen besprochen werden, weil sie für die Aufklärung der Eltern von Bedeutung sind.

Soziale Risiken

Zahlreiche Studien wurden mit dem Ergebnis durchgeführt, dass Unfallhäufigkeit und Unfallmortalität mit niedrigem Sozialstatus assoziiert sind (28-31). Auch Armut, Kinderreichtum und elterlicher Alkohol- und Drogenkonsum sind sozioökonomische Risikofaktoren (1). Bemerkenswert sind Daten des Unfallmonitorings in Delmenhorst, wonach bei ein- bis fünfjährigen Knaben aus Migrantenfamilien fast sechsfach und bei Mädchen fast dreifach häufiger Verbrennungen/Verbrennungen auftraten als bei gleichaltrigen deutschen Kindern (23). Das Herkunftsland spielt hierbei offenbar eine Rolle, denn männliche Schulkinder türkischer und libanesischer Herkunft hatten die höchsten Unfallraten (32), wie dies auch internationale Studien belegen (32, 33).

Der Sozialstatus der Eltern beeinflusst darüber hinaus ihr Sicherheitsverhalten. In einer Metaanalyse wurde die Nutzung von Lauflernhilfen untersucht. Familien wurden aufgeklärt und verzichteten auf Lauflernhilfen. Eine vergleichbare Intervention hatte bei ethnischen Minderheiten weniger Erfolg (34). In Bremen zeigte eine Elternbefragung, dass Lauflernhilfen in sozial schwachen Familien häufiger benutzt werden als in bildungsnahen Familien (35). Auch in Nottingham wurden Sicherheitsmaßnahmen – Treppengitter, Herdschutzgitter, Rauchmelder – häufiger in wohlhabenden als in sozial benachteiligten Familien angewandt (36). Und nicht zuletzt ergab der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey ein signifikantes soziales Gefälle für die Fahrradhelmquote bei Schulkindern im Alter zwischen sieben und 14 Jahren sowie signifikant seltenere Schutzausrüstung bei Kindern türkischer Herkunft und aus ehemaligen SU-Staaten (9).

Elterliche Fürsorge mit realer Einschätzung kindlicher Gefahrenkompetenz ist mit einer geringeren Zahl von Unfällen und Gewaltübergriffen assoziiert, während inkonsistente Fürsorge mit einem erhöhten Unfallrisiko verbunden ist (37).

Kindbezogene Risiken

Zahlreiche Studien belegen die Knabenwendigkeit von Unfällen (7, 8, 13, 18, 22). Nach Laflamme sei der Geschlechtsunterschied kaum noch statistisch nachweisbar, wenn das Kind keinen Einfluss auf die Gefahrenexposition habe – wie als Beifahrer im Pkw (33). Breiten Raum nehmen auch Untersuchungen über die vermehrte Unfallhäufigkeit bei verhaltensauffälligen hyperaktiven und aggressiven Kindern ein (38).

Unfallprävention durch Elternaufklärung

Internationale Studienergebnisse (36, 39, 40) aus Präventionsprogrammen zu häuslichen Unfällen bei Kindern bestätigen, dass die persönliche Information von Eltern über wichtige Gefahrenquellen und Schutzvorkehrungen wie Ausstattung der Wohnung mit Rauchmeldern, Wegschließen von Medikamenten und Reinigungsmitteln, Herdschutz- und Treppenschutzgitter, keine Anschaffung von Lauflernhilfen, einen nachweisbaren Einfluss auf die Verhinderung von Unfällen bei Kindern hat. Dabei ist eine **gezielte ärztliche Aufklärung von Eltern gerade kleiner Kinder besonders effektiv** (41, 42, 43).

Darüber hinaus sind Informationen so zu gestalten bzw. zu formulieren, dass sie auch Eltern mit niedrigem Bildungsstatus erreichen (17, 47). Unter den in Deutschland gegebenen Bedingungen wären zwei Berufsgruppen für eine Beratung zur Unfallprävention besonders geeignet: Hebammen während der Betreuung der Mütter vor und nach der Geburt und Kinder- und Jugendärzte im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen. Gerade Kinder- und Jugendärzte können einen wichtigen Beitrag leisten, da sie bis zur U9 über 90 % der Kinder mit ihren Eltern sehen (KiGGS/45). Partner mit Kinderwunsch und Eltern junger Kinder sind an Informationen zur Unfallprävention stark interessiert, so die Studienergebnisse von Bergmann et al. (46).

Eigene Studie

In einer prospektiven Fallkontrollstudie 1999–2002 des Landesgesundheitsamts Brandenburg in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern Rendsburg (Kontrollgebiet) und dem Gesundheitsamt des Landkreises Havellands (Interventionsgebiet) und der Kinderklinik Delmenhorst (Interventionsgebiet) wurde über eine Elternbefragung vor und nach wiederholten präventiven Beratungsgesprächen zum Zeitpunkt der U3, U5 und U6 (Grundlage Merkblätter des BVKJ bzw. Sicherheitschecklisten des Deutschen Grünen Kreuzes) untersucht, ob diese persönliche Beratung einen Einfluss auf das Verhalten der Eltern hat. Die Eltern wurden vor und nach der Intervention gezielt zu sieben Sicherheitsmaßnahmen im Haushalt befragt und ob bzw. durch wen sie beraten wurden. Die Studie konnte bezogen auf die vier Maßnahmen (Verschluss von Haushaltsreinigungsmittel und Medikamente sowie Anbringen von Herdschutzgitter und Fensterriegel) zeigen, dass die Eltern, die bisher keine Sicherheitsmaßnahmen zuhause umgesetzt hatten, signifikant von der kinderärztlichen Beratung profitierten (47).

Eltern sollten nicht mit Informationen „überfrachtet“ werden, die sie für das aktuelle Alter ihrer Kinder nicht benötigen. Statt seitenlanger Broschüren („Alles in einem“, one-size-fits-all), sind gezielte und altersspezifisch ausgerichtete Informationen wirksamer, so die Schlussfolgerung der Studie von Kreuter et al. (48).

Fazit für die Praxis

Die neuen Merkblätter zur Unfallprävention sind als Medium gut geeignet, da sie die altersspezifischen Unfallschwerpunkte berücksichtigen. Zu beziehen sind sie über die Kassenärztlichen Vereinigungen. Der Kinder- und Jugendarzt sollte die Elternaufklärung im persönlichen Gespräch und in Kenntnis der gravierenden alterstypischen Unfälle gezielt vornehmen. Hierbei sind Familien mit Migrantenstatus sowie dem Verbrüchungsrisiko für Jungen aus türkischen Familien besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

Literatur bei der Verfasserin.

Interessenkonflikt: Die Autorin erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Dr. Gabriele Ellsäßer
Abt. Gesundheit
im Landesamt für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz
Wünsdorfer Platz 3
15806 Zossen
Tel.: (033702) 71106
E-Mail: Gabriele.Ellsaesser@LUGV.Brandenburg.de

Red.: Christen

Highlights aus Bad Orb ●●●

Bakterielle Dünndarmfehlbesiedelung bei Kindern – eine nicht sehr häufige, aber häufig vergessene Differenzialdiagnose



Dr. Axel Enninger

Der Magen-Darm Trakt ist in unterschiedlichen Abschnitten unterschiedlich stark von Bakterien besiedelt. Dabei nimmt die Zahl der Bakterien im Magen-Darm-Trakt von proximal nach distal zu (Abb. 1).

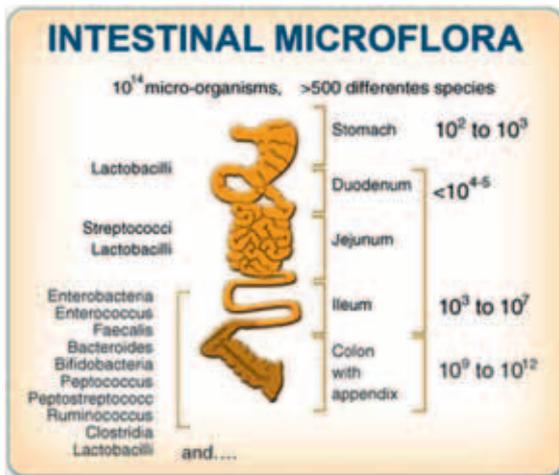


Abb. 1

Bild von: customprobiotics.com

Der Organismus hat eine Reihe von Möglichkeiten diese Verteilung aufrecht zu erhalten. Bei einer Verschiebung der bakteriellen Besiedelung kann es zu Symptomen wie Bauchschmerzen, Blähungen, Völlegefühl, Inappetenz und Durchfällen kommen. Die Symptome sind denen eines Reizdarmsyndroms sehr ähnlich, weshalb eine bakterielle Fehlbesiedelung bei Patienten mit entsprechenden Symptomen mitbedacht und gegebenenfalls abgeklärt werden sollte.

Symptome einer bakteriellen Dünndarmfehlbesiedelung sind denen eines Reizdarmsyndroms oder einer Kohlenhydratmalabsorption sehr ähnlich

Für die Aufrechterhaltung des Gleichgewichts im „Ökosystem“ Magen-Darm Trakt sind einige Voraussetzungen wichtig (modifiziert nach Buderus, 2008):

- ausreichender Aziditätsgrad im Magen
- regelmäßige anterograde Peristaltik
- adäquate Zufuhr von prä- und probiotisch wirkenden Nahrungskomponenten
- funktionierende Ileozökalklappe
- ausreichende Menge von Immunglobulinen im Darm

Immer wenn eine Störung bei mindestens einer der oben genannten Faktoren besteht, sollte bei entsprechenden Symptomen an eine bakterielle Dünndarmfehlbesiedelung gedacht werden.

„Risikogruppen“ für die Entwicklung einer bakteriellen Dünndarmfehlbesiedelung

- Patienten unter Therapie mit Protonenpumpenhemmern
- Patienten mit Vorerkrankungen insbesondere an der Ileozökalklappe
 - Gastroschisis, Omphalozele, Nekrotisierende Enterokolitis
 - intestinale Obstruktionen
 - Volvulus
- Patienten mit chronischer Obstipation
- Patienten mit Stenosen z.B. durch einen M. Crohn
- Patienten mit Immundefekten

Inwiefern die Symptome der Patienten durch die Grundkrankheit oder die Fehlbesiedelung bedingt sind, lässt sich klinisch oft nicht abschätzen.

Die Diagnostik einer bakteriellen Dünndarmfehlbesiedelung ist leider nicht gut standardisiert, da alle zur Anwendung kommenden Methoden Schwächen haben.

Häufig wird eine Aspiration von Dünndarmsekret mit Bestimmung der Bakterienstämme und Bestimmung der entsprechenden Keimzahlen als Goldstandard angegeben. Verlässliche Normwerte für die Zahl der zu findenden Bakterienspezies sind allerdings nicht verfügbar, zumal sich die Diagnostik in den letzten Jahren durch die Einführung von PCR basierten Methoden massiv verändert hat. Auch ist bei der Untersuchung von Duodenalsekret keine Unterscheidung zwischen wandständigen und nicht-wandhaftenden Bakterien zu treffen. Wahrscheinlich sind aber gerade die Interaktionen zwischen den wandhaftenden Bakterien und den Darmzellen für die immunologischen Effekte von großer Wichtigkeit. Aus diesem Grund wird eine Bestimmung der Bakterien im Duodenalsekret zu Recht nur noch sehr selten durchgeführt.

An die Stelle der Duodenalsaftaspiration sind vorwiegend nicht-invasive Atemtests getreten. Vorwiegend zum Einsatz kommt ein H₂-Atemtest mit Glucose oder mit Lactulose. Das Grundprinzip der H₂-Atemtests besteht darin, dass im Darm ansässige Bakterien bestimmte Kohlenhydrate verstoffwechseln oder nicht verstoffwechseln und als Produkt der Stoffwechselaktivität Wasserstoff produzieren, der in der Ausatemluft gemessen wird. Relativ gut standardisiert sind diese Atemtests zur Diagnostik einer Lactose- und einer Fruktosemalabsorption.

Der H₂-Atemtest mit Glucose zur Diagnostik der bakteriellen Dünndarmfehlbesiedelung basiert auf der Vorstellung, dass normalerweise im Dünndarm nur we-

nig Bakterien vorhanden sind und dass Glucose im Dünndarm bereits vollständig resorbiert wird. Findet sich nach der Gabe von Glucose bereits nach 30 Minuten ein Anstieg, so kann man dieses als Hinweis für eine bakterielle Fehlbesiedelung deuten. Aus dem Testprinzip werden schon die Limitationen der Methode deutlich. Menschen mit einer schnellen gastrokolischen Transitzeit könnten durch den Test fälschlicherweise als „positiv“ klassifiziert werden. Personen mit zwar im Dünndarm vorhandenen, aber nicht Wasserstoff produzierenden Stämmen, würden als „negativ“ klassifiziert. **Die Sensitivität des Glucose H₂-Atemtests wird deswegen mit ca. 40% angegeben.**

Anders als bei Glucose H₂-Atemtest macht man sich beim Lactulose H₂-Atemtest zunutze, dass dieses Kohlenhydrat normalerweise nicht resorbiert, aber durch Darmbakterien verstoffwechselt wird. Beim Gesunden zeigt sich nach der Gabe von Lactulose ein Anstieg der H₂ Exhalation nach ca. 60-90 Minuten. Bei Patienten mit bakterieller Dünndarmföhlbesiedelung zeigt sich durch die Bakterien im Dünndarm ein früher (30-45 Minuten) und ein später (60-90 Minuten) Anstieg (Abb. 2). Dieser

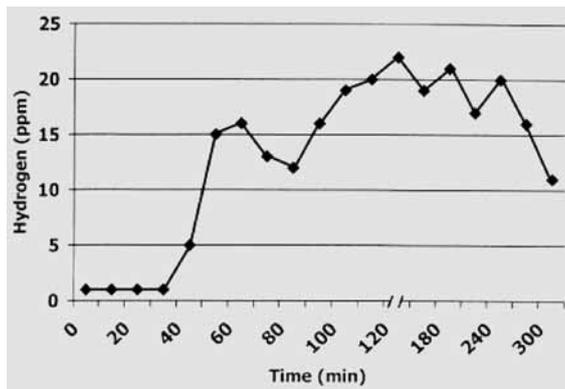


Abb. 2:
Pathologischer
Lactulose H₂
Atemtest

zweigipfelige Anstieg gilt als typisch für eine bakterielle Föhlbesiedelung. **Allerdings ist die Sensitivität des Lactulose-Atemtest auch nicht höher als 25-40%.**

Eine weitere Möglichkeit eine bakterielle Föhlbesiedelung mittels Atemtest zu diagnostizieren, besteht in der direkten Messung des Methans in der Ausatemluft. Diese Messung steht aber nur an wenigen Stellen zur Verfügung und erfasst nur Methan bildende Stämme (Abb. 3).

Oft angewandt, jedoch wenig valide sind sogenannte Mikrostuhlanalysen oder „Dysbakterie-Gutachten“. Diese Stuhluntersuchungen erfassen pathogene und apathogene Bakterienstämme. In den Befunden angegebene Normwerte suggerieren eine wissenschaftliche Evidenz. Problematisch bei diesen Befunden ist jedoch, dass weder die präanalytische Phase standardisiert ist, noch eine Berücksichtigung der Transitzeit stattfindet. Insofern ist bei dem zur Analyse eingesandten Stuhl gar nicht klar, ob es sich um Stuhlgang handelt, der schon lange im Dickdarm verweilt, oder ob man bei rascher Transitzeit eher Stühle mit Inhalt aus dem Dünndarm untersucht. Zudem münden diese Gutachten oft in der immer gleichen Empfehlung, Probiotika einzusetzen.

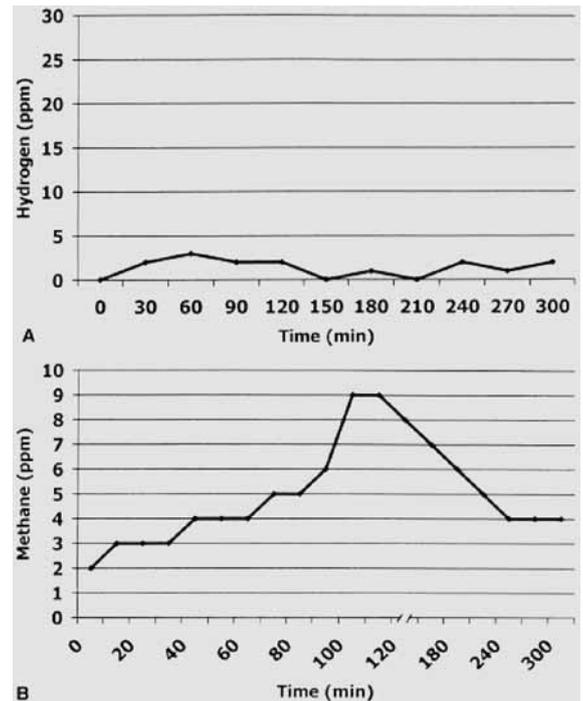


Abb. 3: Pathologischer Methan-Atemtest

H₂-Atemtests mit Lactulose oder Glucose sind trotz relativ schlechter Sensitivität momentan Diagnostik der Wahl

Auch wenn die Diagnostik der bakteriellen Dünndarmföhlbesiedelung also wenig befriedigend ist, so gibt es doch gute Daten, dass das Problem relevanter ist als es häufig angenommen wird.

In einer kürzlich veröffentlichten Studie an Erwachsenen (Sachdeva et al. 2011) fand man durch die Kombination eines Lactulose- und eines Methan-Atemtests bei 10 von 27 Patienten mit Durchfall-prädominantem Reizdarmsyndrom eine bakterielle Föhlbesiedelung. In der Kontrollgruppe fand man nur bei 1 von 37 Personen Hinweise für eine bakterielle Föhlbesiedelung.

Eine weitere Studie (Esposito et al. 2007) fand mittels Lactulose H₂-Atemtest bei 33 von 73 Patienten eine bakterielle Dünndarmföhlbesiedelung. Diese identifizierten Patienten erhielten ein nicht resorbierbares Antibiotikum (Rifaximin 1200 mg/d) für 7 Tage. 19 von 32 Patienten hatten nach dieser Therapie einen normalisierten Atemtest und eine signifikante Symptomreduktion.

Ähnliche, aber weniger einheitliche Studien gibt es auch für Kinder. Eine italienische Studie (Scapellini et al. 2009) zeigte bei 28 von 43 Kindern mit Reizdarmsyndrom (nach Rom II Kriterien) mittels Lactulose- und Methan H₂-Atemtest eine bakterielle Dünndarmföhlbesiedelung. In der Kontrollgruppe zeigte sich das nur bei 4 von 56 Kindern.

Zum Therapieeffekt findet sich eine Studie aus dem Jahr 2011 (Colin et al. 2011). Hier wurden 75 Kinder mit funktionellen Bauchschmerzen nach Rom II Kriterien (inklusive Reizdarmsyndrom, funktioneller Dyspepsie und abdomineller Migräne) untersucht. Eine überraschend hohe Zahl von Kindern (91%) hatte einen pathologischen Lactulose H₂-Atemtest. In der Studie wurde

der Effekt von Rifaximin gegen Placebo getestet. Es fand sich bezüglich des Effekts auf den pathologischen H₂-Atemtest kein signifikanter Unterschied zwischen der Verumgruppe und der Kontrollgruppe. Aussagen zur Symptombeeinflussung finden sich in der Studie nicht. Problematisch an dieser Studie ist sicherlich, dass nicht nur Patienten mit Reizdarmsyndrom eingeschlossen wurden. Möglicherweise hätte sich bei Ausschluss von Patienten mit funktioneller Dyspepsie und abdomineller Migräne ein Effekt der Therapie gezeigt.

Für Patienten mit Symptomen eines Reizdarmsyndroms lässt sich zusammenfassen, dass wahrscheinlich ein nicht unerheblicher Anteil an Patienten auch eine bakterielle Dünndarmfehlbesiedelung hat, so dass besonders bei „Risikopatienten“ (Therapie mit Protonenpumpenhemmern, Patienten mit voroperiertem Darm, Patienten mit bekannten Stenosen oder Darmtransportstörungen) eine entsprechende Diagnostik und ggf. ein Therapieversuch eingeleitet werden sollte.

Auch für Patienten mit Obstipation gibt es gute Hinweise, dass bakterielle Fehlbesiedelung bei den Symptomen der Patienten eine Rolle spielt. So zeigt eine Arbeit von Leiby et al. aus dem Jahr 2010 eine hohe Rate von positiven Methan-Atemtests bei Kindern mit Überlaufenkopresis. Keine Unterschiede zur Kontrollgruppe zeigte sich im Lactulose H₂-Atemtest. Ob die hohe Rate an pathologischen Methan-Atemtests Ursache für die Obstipation oder Folge derselben ist, konnte bislang nicht geklärt werden. Sicher ist jedoch, dass Methan als Stoffwechselprodukt des Bakterienstoffwechsels die Motilität im Magen-Darm-Trakt vermindert (Quigley 2011). Eine konsequente Behandlung der Obstipation z.B. mit Polyethylenglykol könnte also – neben dem direkten abführenden Effekt – zusätzlich noch zu einer Verringerung des „bacterial load“ mit konsekutiver Verminderung methanproduzierender Bakterienstämme führen.

Welche Behandlungsstrategien stehen für die Behandlung einer bakteriellen Dünndarmfehlbesiedelung zur Verfügung?

Zunächst einmal sollte man behandelbare Risikofaktoren angehen.

Eine Therapie mit Protonenpumpenhemmern (PPI) ist ein eindeutiger Risikofaktor. Eine große Studie an Erwachsenen (Compare et al. 2011), die aufgrund einer nicht erosiven Reflux-Erkrankung mit PPI behandelt wurden, zeigte, dass von 554 Patienten nach 8 Wochen immerhin 43% über Völlegefühl klagten, 17% über Blähungen, 2 % über Durchfall. Es fand sich bei 26% ein pathologischer Glucose H₂-Atemtest.

Diese Studie zeigt sehr deutlich, dass die Therapie mit PPI durchaus mit Nebenwirkungen behaftet ist, so dass eine langfristige Therapie mit einem PPI immer wieder kritisch überprüft werden sollte, zumal mittlerweile auch eindeutige Zusammenhänge zwischen der Verwendung von PPI und Clostridium difficile Enteritiden beschrieben sind.

Eine chronische Obstipation sollte zunächst Leitlinien-konform und konsequent behandelt werden (siehe auch Kinder- und Jugendarzt 43. Jg (2012) Nr. 3). Mög-

licherweise ist die nicht geringe Nebenwirkungsrate bei der Therapie mit Lactulose auch auf eine bakterielle Dünndarmfehlbesiedelung zurück zu führen.

Bei Patienten mit nicht beeinflussbaren Risikofaktoren sollte bei entsprechendem klinischen Verdacht – und idealerweise wegweisender Diagnostik – ein Therapieversuch mit einem Antibiotikum gestartet werden. Zur Wahl des Antibiotikums stehen keine systematischen vergleichenden Studien zur Verfügung. In Frage kommen in erster Linie nicht resorbierbare Antibiotika (Paromomycin, Rifaximin) und solche, die vorwiegend im Darmlumen ihre Wirkung zeigen (z.B. Metronidazol). Die meisten Therapieschemata empfehlen eine mindestens 7-tägige Therapiedauer und – nach einer Pause – ggf. eine Wiederholung. Bei Patienten mit bekannter Darmtransportstörung (z.B. chronisch-intestinaler Pseudoobstruktion) kann eine cyclische Therapie (eine von vier Wochen des Monats) notwendig sein. Für Patienten mit M. Crohn und stenosierenden Prozessen oder „blind-loops“ würde man auch über eine längerfristige Therapie mit Metronidazol nachdenken müssen, um zusätzlich zu dem antibiotischen Effekt auch den antientzündlichen Effekt des Metronidazol auszunutzen.

Bei Risikopatienten und entsprechenden Symptomen ist auch bei unauffälliger Diagnostik ein Therapieversuch gerechtfertigt

Der Einsatz von Probiotika ist theoretisch denkbar und plausibel, systematische Studien zur Effektivität oder im Vergleich zu Antibiotika fehlen jedoch.

Komplikationen einer bakteriellen Dünndarmfehlbesiedelung sind selten, jedoch ernst zu nehmen. In aller Regel sind die Symptome zwar unangenehm, aber nicht gravierend. Eine Ausnahme stellt die **D-Lactatazidose** dar. Diese zeigt sich klinisch durch zunehmende Abgeschlagenheit und Lethargie, bis hin zum Koma des Patienten und wird durch die Stoffwechselaktivität der Darmbakterien verursacht. Bei solchen Symptomen bei Patienten mit Risikofaktoren ist eine rasche Diagnostik und zügige Therapie essentiell. Dabei ist zu berücksichtigen, dass D-Lactat in den normalerweise verwandten Laboransätzen, die L-Lactat messen, nicht erfasst wird. Eine sonst nicht gut erklärbare Azidose und verdächtige Symptome sollten an eine D-Lactatazidose denken lassen.

Fazit für die Praxis: Eine bakterielle Dünndarmfehlbesiedelung ist bei Patienten mit Risikofaktoren wahrscheinlich häufiger als angenommen. Die Diagnostik ist einfach, aber nicht überall verfügbar und hat deutliche Limitationen. Bei verdächtigen Symptomen ist bei einem entsprechenden Verdacht eine empirische Therapie gerechtfertigt, sollte aber durch einen Kindergastroenterologen mit entsprechender Erfahrung begleitet werden.

Literatur beim Verfasser.

Interessenkonflikt: Der Autor erhielt Vortragshonorare der Firma Norgine.

Dr. Axel Enninger
Pädiatrie 5A, Klinikum Stuttgart Olgahospital
Bismarckstr. 8, 70176 Stuttgart

Red.: Christen

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.: Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Hauptgeschäftsführer: Dipl.-Kfm. Stephan Eßer, Tel. (030) 28047510, Fax (0221) 683204, stephan.esser@uminfo.de; Geschäftsführerin: Christel Schierbaum, Tel. (0221) 68909-14, Fax (0221) 6890978, christel.schierbaum@uminfo.de.

Verantw. Redakteure für „Fortbildung“: Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Kinder- und Jugendkrankenhaus 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. Peter H. Höger, Kath. Kinderkrankenhaus

Wilhelmstift, Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg, Tel. (040) 67377-202, Fax -380, E-Mail: p.hoeger@kjh-wilhelmstift.de

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

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

Die „Nachrichten aus der Industrie“ sowie die „Industrie- und Tagungsreporte“ erscheinen außerhalb des Verantwortungsbereichs des Herausgebers und der Redaktion des „Kinder- und Jugendarztes“ (V.i.S.d.P. Christiane Kermel, Max Schmidt-Römhild KG, Lübeck).

Druckauflage 12.650

lt. IVW II/2012

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen



LA-MED

Redaktionsausschuss: Prof. Dr. Hans-Jürgen Christen, Hannover, Prof. Dr. Frank Riedel, Hamburg, Dr. Christoph Kupferschmid, Ulm, 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 (V.i.S.d.P.), Fax (0451) 7031-280, E-Mail: ckermel@schmidt-roemhild.com

– **Redaktionsassistent:** Christiane Daub-Gaskow, Tel. (0201) 8130-104, Fax (02 01) 8130-105, E-Mail: daubgaskowkija@beleke.de – **Druck:** Schmidt-Römhild, 23547 Lübeck – „KINDER- UND JUGENDARZT“ erscheint 11mal jährlich (am 15. jeden Monats) – **Redaktionsschluss für jedes Heft 8 Wochen vorher, Anzeigenschluss am 15. des Vormonats.**

Anzeigenpreisliste: Nr. 45 vom 1. Oktober 2011

Bezugspreis: Einzelheft € 9,90 zzgl. Versandkosten, Jahresabonnement € 99,- zzgl. Versandkosten (€ 7,70 Inland, € 19,50 Ausland). Kündigungsfrist 6 Wochen zum Jahresende.

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

© 2012. 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.

Der besondere Fall ●●●

Nagelablösung als Folge einer durch Coxsackie A6 verursachten Hand-Mund-Fuß-Krankheit



Dr. med.
Jürgen Hower

Prof. Dr. med. Heinz-
Hubert Feucht

L.M., ein 4-jähriger Junge, wurde wegen einer beginnenden Nagelablösung (Onychomadese) an beiden Daummennägeln von seiner Mutter vorgestellt. Vier Wochen zuvor war er an einer, im Vergleich zu den anderen saisonalen Erkrankungsfällen, eher schwer verlaufenden Hand-Mund-Fuß-Krankheit (HMFK) erkrankt. Während des Krankheitsverlaufes wurde, entsprechend den Empfehlungen des RKI, eine virologische Diagnostik durchgeführt und eine Coxsackie A6-Infektion durch eine PCR nachgewiesen [1].

Die HMFK ist eine weltweit im Kindesalter häufig auftretende und unterschiedlich schwer verlaufende Erkrankung. Dabei werden klinisch meist kleine Papeln und Bläschen am entzündeten Gaumenbogen, perioral, im Anogenitalbereich, Hüftbereich und an den Händen und Fußsohlen beobachtet. Bei leichtem Verlauf klingt die Erkrankung nach etwa sieben Tagen ab. Schwerere Verläufe können zu einem ausgeprägteren Hautbefall, Meningitiden, Enzephalitiden und Lähmungen führen. Bei den sehr seltenen tödlichen Verläufen ist die Todesursache meist ein neurogenes Lungenödem [1].

Die HMFK wird durch unterschiedliche humane Enteroviren (HEV) ausgelöst. HEV sind kleine RNA-Viren,

die sich in 4 HEV-Spezies (A-D) und in mehr als 200 Serotypen, Coxsackieviren (CV) A und B, Echoviren, humane Enteroviren (HEV) und Polioviren aufteilen, die alle zur Familie der Picornaviridae gezählt werden [2]. Die HEV-A, CVA 16 und HEV 71, sind besonders häufig mit der HMFK assoziiert. Noch vor wenigen Jahren war der Nachweis einer Enterovirus-Infektion schwierig und nur über eine Zellkultur mit anschließender Serotypisierung möglich. In den letzten Jahren ist durch den Einsatz von molekularbiologischen Methoden, der Polymerase-Ketten-Reaktion, nicht nur der Nachweis von Enteroviren einfacher geworden, sondern auch die Möglichkeit der Typisierung gegeben und mit Hilfe der Nukleinsäuresequenzierung die Zuordnung in die verschiedenen Serotyp-Äquivalente möglich. Dies ist bei der hohen Rekombinationsfähigkeit der HEV ein großer diagnostischer Fortschritt. Nicht nur wegen der Zurückhaltung bei der molekularbiologischen Diagnostik in der Praxis, sondern auch wegen der hohen Rekombinationsfähigkeit der HEV ist unsere Kenntnis der Epidemiologie der zirkulierenden HEV bisher bruchstückhaft geblieben.

Bei der klinischen Untersuchung des Jungen zeigte sich eine Wachstumsstörung an beiden Daummennägeln (Abb. 1). Die anderen Nägel an Händen und Füßen wiesen, was erstaunt, keine Besonderheiten auf. Der sonstige körperliche Untersuchungsbefund war unauffällig.

Über eine Nagelablösung wird im Verlauf vieler Erkrankungen berichtet und sie kann auf unterschiedliche Ursachen zurückgeführt werden, Infektionserkrankungen [3], Autoimmunerkrankungen [4, 5], Candida- und Trichophyton-Infektionen der Nägel [6, 7], Allergien gegen Penicillin [8] und Antikonvulsiva [9, 10]. Nagelablösungen können aber auch im Verlauf einer Chemotherapie [11] und idiopathisch familiär auftreten [12].

Ist die bei unserem Patienten beobachtete Nagelablösung vielleicht eine Folge der durch Coxsackie A6 verursachten HMFK?

Eine Literaturrecherche zur Frage „onychomadesis and hand foot and mouth disease“ in PubMed ergab 13 Literaturhinweise.

Ein Zusammenhang zwischen der HMFK und der nach einigen Wochen folgenden Nagelablösung wurde bereits vor zehn Jahren vermutet, da in unterschiedlichen Ländern wiederholt Wachstumsstörungen an Nägeln nach einer durch HEV verursachten HMFK beobachtet wurden [13-15].

Wei et al. berichten über einen Ausbruch einer HMFK-Epidemie in Taiwan mit CV A6, in deren Folge ein vermehrtes Auftreten von Nagelablösungen, aber



Abb. 1

auch ein ausgedehnterer Hautbefall wie bei unserem Patienten beobachtet werden konnte [16]. Bei einem von Österback et al. und Blomqvist et al. im Herbst 2008 in Finnland berichteten Ausbruch einer durch CV A6 und CV A10 verursachten HMFk-Epidemie wurden ebenfalls Nagelablösungen als charakteristische Zeichen für eine CV A6-Infektion beobachtet [14, 17]. Zur Überraschung der Untersucher konnte CV A6 auch in Fragmenten der abgelösten Nägel nachgewiesen werden. Wahrscheinlich, so die Hypothese, schädigt die Virusreplikation die Nagelmatrix, was zu einer temporären Wachstumshemmung führen kann. Ob diese Matrixschädigung für das CV A6 besonders typisch ist, wie auch von Bracho im Verlauf einer im gleichen Jahr in Spanien aufgetretenen HMFk-Epidemie mit CV A6 beobachtet wurde, oder ob sie in gleichem Maße bei anderen, zum klinischen Bild der HMFk gehörenden Erregern gefunden wird, konnte bisher noch nicht hinreichend geklärt werden [18].

Eine Nagelablösung 4 bis 7 Wochen nach einer HMFk ist eine vorübergehende Störung des Nagelwachstums. Sie bedarf keiner Therapie und bildet sich folgenlos zurück.

Literatur bei den Verfassern.

Interessenkonflikt: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Dr. med. Jürgen Hower, Kinderarzt
Praxis KIDS 4.0 Standort MH-Dümpten
Drs. J. Hower, T. Lamberti
Mellinghofer Str. 256
45475 Mülheim an der Ruhr

Prof. Dr. med. Heinz-Hubert Feucht
Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und
Infektionsepidemiologie
Haferweg 36
22769 Hamburg

Red.: Christen

Inhalation mit Pariboy bei einem 10-monatigem Säugling

**CONSILIUM
INFECTORUM**

Dr. med.
Marcus Dahlheim

Frage:

Spricht etwas dagegen, zur Zeitersparnis und damit zur Complianceverbesserung bei einem 10 Monate alten Säugling zur Inhalation den PARI BOY® SX zu verwenden?

Laut Informationen des Herstellers ist der PARI BOY® SX erst für Patienten ab 4 Jahre geeignet. Konkreter Hintergrund der Frage ist jedoch die Verkürzung der Inhalationszeit bei wehrigen, sehr unruhigen Säuglingen. Bei einer totalen Output Rate von 590 mg/min ist die notwendige Inhalationsdauer für die gleiche Flüssigkeitsmenge natürlich deutlich geringer als bei einer totalen Output Rate von 320 mg/ml (PARI Junior BOY S). Leider äußert sich der Hersteller auf Nachfrage nicht dazu, ob die Output Rate von 590 mg/ml bei einem 10 Monate alten Säugling schaden könnte.

Antwort:

Es bestehen **keine** Bedenken gegen den Einsatz des Pari Boy SX bei Kindern unter 4 Jahren! Allerdings gibt es erwähnenswerte Unterschiede: Die Ausstattung, die Teilchengröße und die Output-Rate.

Der Kompressor ist bei beiden genannten Systemen identisch, der Unterschied besteht in unterschiedlichen Verneblern und der unterschiedlichen Ausstattung. Pari Junior BOY S (und neu: SX) mit Vernebler LC Sprint Junior, Pari BOY SX mit LC Sprint und blauem Düsenaufsatz. Hinsichtlich der Ausstattung enthält der Pari Junior BOY S ein Winkelstück zwischen Vernebler und Maske zur komfortableren Handhabung sowie eine Säuglingsmaske (diese müsste man bei Gebrauch des BOY SX derzeit extra besorgen).

Der Vernebler beim Pari Junior BOY S generiert gegenüber dem BOY SX kleinere Teilchen laut dem von der Firma genannten Medianen Massen Durchmesser MMD (2,9 µm vs. 3,5 µm, 76 % der Teilchen sind beim Junior

BOY S unter 5 µm, beim BOY SX 67 % mit Vernebler LC Sprint, blauer Einsatz! Kommt der rote Einsatz zur Anwendung, so erhält man deutlich kleinere Teilchen, MMD 2,2 µm bei aber wieder reduzierter Output-Rate von 450 mg/min, der Massenanteil an Teilchen unter 5 µm beträgt 89 %) und hat eine geringere Output Rate (320 mg/min vs. 600 mg/min). Man könnte die vergleichenden Zahlenreihen fast unendlich fortführen in den zahlreichen verschiedenen Kombinationsmöglichkeiten, hier möchte ich aber auf eine bei der Firma Pari erhältliche Übersicht zu den verschiedenen Verneblern verweisen!

Die kleineren Teilchen bringen Vorteile hinsichtlich der Deposition in der Peripherie gerade beim Säugling („Nasentatmer“, kleinerer Atemwegsquerschnitt), die geringere Output-Rate bedeutet – leider – eine längere Inhalationszeit.

Man sollte anhand der Pari-Liste der verfügbaren Vernebler individuell bestimmen, welches Gerät bei welchem Kind zum Einsatz kommen soll (unter Beachtung von Teilchengröße und Output-Rate), wobei gilt – kleinere Teilchen kommen besser in die Peripherie, größere Teilchen bleiben eher in den zentralen Atemwegen. Eine höhere Output-Rate bedeutet kürzere Inhalationszeiten. Hier sei nebenbei auf den wenig bekannten TIA-Vernebler und den InfectoPharm-Taschenvernebler hingewiesen. Beide eignen sich aufgrund recht großer Teilchen sehr gut für die Behandlung von Erkrankungen im Bereich des Larynx (Pseudokrupp, allergisch bedingtes Larynxödem etc.). Der Taschenvernebler ist darüber hinaus batteriebetrieben, sehr handlich und daher auch für den mobilen Einsatz gut geeignet.

Dr. med. Marcus Dahlheim
Belchenstr. 1-5
68163 Mannheim

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

PPI bei unkontrolliertem Asthma

Lansoprazole for Children with Poorly Controlled Asthma: a Randomized Controlled Trial

Holbrook JT, Wise RA, Gold BD, Blake K, Brown ED, et al. *JAMA* 307:373-381, Januar 2012

Immer wieder wurde in der Vergangenheit über die Rolle eines gastroösophagealen Refluxes bei nicht optimal kontrolliertem Asthma diskutiert. In einer großen multizentrischen Studie an 306 Kindern (mittleres Alter 11 Jahre, Bereich 6–17 Jahre), deren Asthma durch inhalative Steroide nicht ausreichend kontrolliert war, wurde eine 24-wöchige Therapie mit Protonenpumpen-Inhibitor (PPI) Lansoprazol oder Placebo randomisiert durchgeführt, der Asthma Control Questionnaire Score, Lungenfunktionsparameter, Asthma-bezogene Lebensqualität und Episoden von Asthmaexazerbationen wurden untersucht.

Als Ergebnis der Studie war der Asthma Control Questionnaire Score in der PPI-Gruppe lediglich 0,2 Units besser als in der Placebo-Gruppe, dieser Unterschied ist bedeutungslos. Kein statistischer Unterschied konnte ebenfalls in den Lungenfunktionswerten (FEV1), in der asthmabezogenen Lebensqualität und in der Zahl der Asthmaexazerbationen gefunden werden. Bei einer Untergruppe von 115 Kindern wurde in einer 24-Stunden-pH-Metrie ein gastro-ösophagealer Reflux nachgewiesen, auch in dieser Gruppe wurde durch den PPI kein Effekt auf das Asthma gefunden worden. Andererseits hatten aber die mit dem Protonenpumpeninhibitor behandelten Kinder häufiger Atemwegsinfekte (relatives Risiko 1.3; 95%-Konfidenzintervall 1.1-1.6).

Kommentar

In dieser Studie konnten bei Kindern mit unter inhalativen Steroiden nicht gut kontrolliertem Asthma kein positiver Effekt durch Anwendung des Protonenpumpeninhibitors im Vergleich mit Placebo gefunden werden, obwohl die Studie über einen längeren Zeitraum von 24 Wochen und mit einer ausreichenden Dosierung durchgeführt wurde. Dieses traf auch zu, wenn sogar vorher ein

gastroösophagealer Reflux mit einer 24-Stunden-pH-Metrie nachgewiesen worden war. Hieraus muss man die Schlussfolgerung ziehen, dass Protonenpumpeninhibitoren in der Asthmatherapie bei Kindern keine Rollen spielen. Wenn man dann noch die möglichen Nebenwirkungen von PPIs bedenkt, sollte bei kindlichen Astmatikern dieses Medikament nur in besonderen Situationen eingesetzt werden.

(Frank Riedel, Hamburg)

Todesursache Masern weltweit

Global, Regional, and National Causes of Child Mortality: an Updated Systematic Analysis for 2010 with Time Trends Since 2000.

Liu L et al., *Child Health Epidemiology Reference Group of WHO and UNICEF. Lancet* 379: 2151-61, Juni 2012

2008 setzten sich die WHO und deren assoziierte Länder das Ziel, die Masern-Mortalität im Zeitraum von 2000 bis 2010 weltweit um 90% zu senken. Um jetzt diese Frage beantworten zu können entwickelten Simons und Mitarbeiter ein recht kompliziertes mathematisches Modell („state-space framework“) und kamen zu folgenden Resultaten:

Jahr	2000		2010		Rückgang der Mortalität 2000–2010
	Masernfälle (gemeldet)	Masern-todesfälle (geschätzt)	Masernfälle (gemeldet)	Masern-todesfälle (geschätzt)	
Afrika	510.102	337.000	186.676	50.000	85%
Amerika	1.755	0	208	<100	
Europa	37.421	400	30.625	0	87%
Südostasien	39.723	48.200	20.457	10.500	78%
Indien	38.835	88.000	29.808	65.500	26%
Gesamte Welt	853.480	535.300	327.305	139.300	74%

Das verfolgte Ziel der weltweiten Reduktion der Masern-Mortalität um 90% im Zeitraum 2000 bis 2012 wurde nicht erreicht, der Rückgang betrug nur 74%. Ziel der WHO ist nunmehr die komplette Eliminierung von endemischen Masern u.a. in Europa bis 2015.

Kommentar

Auch Deutschland hat zu diesem unbefriedigendem Ergebnis beigetragen: So verzeichnete das Robert-Koch-Institut im Jahr 2008 für die erste Masern-Teilimpfung eine (ausreichende) Durchimpfungsrate von fast 96 Prozent, für die zweite (Catch-up-Impfung) jedoch nur von 89 Prozent. Zur Eliminierung der Masern wird dagegen eine Durchimpfungsrate von 95 Prozent auch bei der zweiten Impfung gefordert. Gründe der zu niedrigen Durchimpfungsraten in Deutschland sind u.a. zu späte Impfung der kleinen Kinder, zu wenige Catch-up Impfungen der älteren Kinder, zunehmende Masern-Fälle bei Jugendlichen sowie Impflücken in besonderen Bevölkerungsgruppen (u.a. anthroposophische Schulen).

(Volker Schuster, Leipzig)

Keuchhusten-Epidemie im Staat Washington 2012

Pertussis epidemic – Washington

Centers for Disease Control and Prevention. *Morb Mortal Wkly Rep* 61:517-22, Juli 2012

Seit Sommer 2011 wurde im Staat Washington (USA) ein deutlicher Anstieg von Keuchhusten-Erkrankungen beobachtet. Im April 2012 wurde für diesen Staat offiziell eine Keuchhusten-Epidemie erklärt. Bis zum 16. Juni 2012 stieg die Zahl der Erkrankungen für dieses Jahr auf 2.520 mit einer **Inzidenz von 37,5** Erkrankungen auf 100.000 Einwohner (Gesamt-USA: 4,2/100.000), die höchste Zahl seit 1942. 34 (21,5 %) von 155 Kindern unter einem Jahr mussten stationär behandelt werden. Besonders häufig waren die Erkrankungen bei Kindern unter < 10 Jahren, aber auch bei Adoleszenten von 13–14 Jahren stieg die Erkrankungshäufigkeit – trotz hoher Durchimpfungsraten mit Tetanus-Toxoid, reduziertem Diphtherie-Toxoid und acellulärer Pertussis (Tdap)-Impfstoffen. Es ergaben sich somit Hinweise auf eine nachlassende Immunität der (azellulären) Pertussis-Anteile. Der Impfstatus war bei 75,8 % von 1000 Kindern im Alter von 3 Monaten bis 10 Jahre vollständig bezüglich der Tdap-Impfungen. Die errechnete Tdap-Durchimpfung mit ≥ 3 Dosen betrug 2010 für den Staat Washington bei Kindern im Alter von 19–35 Monaten 93,2%, mit ≥ 4 Dosen 81,9 %. Die Tdap-Durchimpfungsrate bei 13–17-jährigen Jugendlichen betrug 70,6 %.

Azelluläre und Ganzkeim-Impfstoffe sind in den ersten 2 Jahren nach der Impfung hochwirksam und stellen die höchstmögliche Keuchhusten-Infektions-Verhütung dar. Die staatliche Gesundheits-Behörde reagierte auf die Epidemie-Situation mit Koordinations- und Kontroll-Aktivitäten und der Erfassung besonders gefährdeter Personen (z.B. Säuglinge und Schwangere) sowie Untersuchungen der Erkrankungen. Die Reaktionen konzentrierten sich

auf Aufklärungen über Symptome, angemessene diagnostische Tests, Empfehlungen zur Behandlung und Verhütung einer Keuchhusten-Erkrankung. Besonderer Wert wurde auf die Verhütung einer Übertragung auf Hoch-Risiko-Personen durch Impfung und Chemoprophylaxe gelegt. Die Öffentlichkeit wurde angeregt, die Bürger/Innen auf Symptome des Keuchhustens hinzuweisen sowie auf die Einhaltung der Impfeempfehlungen.

Kommentar

Die Ursache der Pertussis-Epidemie im Staat Washington (im Vergleich zu anderen US-Staaten) lässt sich derzeit nicht eindeutig klären. Wenn auch eine nachlassende Langzeit-Immunität azellulärer Pertussis-Impfstoffe im Vergleich mit Ganz-Keim-Impfstoffen eine wesentliche Rolle spielen mag, so gilt das auch für andere Staaten in den USA und für Europa. Vermehrte Aufmerksamkeit der medizinischen Öffentlichkeit und vermehrte Durchführung diagnostischer Tests, insbesondere PCR-Untersuchungen, genetische Veränderungen der *B.pertussis*-Stämme und Antigen-Veränderungen werden zusätzlich in die Diskussion gebracht.

Die Beobachtungen im Staat Washington sollten die Aufmerksamkeit auf mögliche vermehrt auftretende milde oder atypische Erkrankungen bei Geimpften auch in Deutschland lenken. Es ist durchaus möglich, dass eine (zyklische) Häufung von Keuchhusten Erkrankungen – wie vor der generellen azellulären Impfung – bevorsteht. Hochrisiko-Patienten wie chronisch Kranke, Schwangere und Neugeborene bzw. junge Säuglinge verdienen besondere Aufmerksamkeit und intensivierte Impfschutz.

(Helmut Helwig, Freiburg)

Welche Diagnose wird gestellt?

Peter Höger

Anamnese

Das 10-jährige Mädchen wird wegen einer eitrigen Infektion und einer nicht heilenden Inzisionswunde im Bereich

der Kopfhaut vorgestellt. Die Infektion hatte sich langsam über 3–4 Wochen entwickelt und unter gleichzeitigem Haarverlust zunehmend ausgedehnt. Unter

der Verdachtsdiagnose einer Pyodermie war in einer auswärtigen chirurgischen Abteilung eine Inzision und seit 10 Tagen eine antibiotische Behandlung mit Amoxicillin erfolgt. Eine mikrobiologische Untersuchung war nicht veranlasst worden.



Abb.: Handtellergrößen, haarloses Areal. Spontan und verstärkt nach Druck auf die umgebende Haut entleert sich aus der teils verschorften Inzisionswunde sowie aus Haarfollikeln gelblich-rahmiger Eiter.

Untersuchungsbefund

10-jähriges Mädchen in gutem Allgemeinzustand. Im Bereich des Capillitiums findet sich ein etwa handtellergroßes, haarloses Areal. Spontan und verstärkt nach Druck auf die umgebende Haut entleert sich aus der teils verschorften Inzisionswunde sowie aus Haarfollikeln gelblich-rahmiger Eiter (Abbildung). Nuchal und parazervikal sind verschiebliche, erbsgroße Lymphknoten zu palpieren. Der übrige pädiatrische und dermatologische Befund ist unauffällig. Im Labor mäßig erhöhte Entzündungszeichen (CRP 27 mg/dl, Leukozyten 9000/ μ l, davon 63% Neutrophile).

Welche Diagnose wird gestellt?

(Auflösung auf S. 584)

Diagnose: *Tinea capitis* Syn.: Kerion Celsi

Die *Tinea capitis* ist eine hochkontagiose Infektion mit Dermatophyten, die überwiegend Klein- und Schulkinder bis zur Pubertät betrifft (1). Die wichtigsten Erreger sind *Microsporum canis* (in Deutschland etwa 50–65% der Fälle) und verschiedene Trichophyton-Species (*Trichophyton mentagrophytes*, *Tr. verrucosum*, *Tr. rubrum*, *Tr. tonsurans*, *Tr. violaceum*). Die Übertragung erfolgt überwiegend zoophil durch meist asymptomatisch infizierte Felltiere (insb. Meerschweinchen, Hamster, Kaninchen, Kälber, seltener Katzen); aber auch Übertragungen von Mensch zu Mensch sind durch direkten Kontakt möglich und in Anbetracht der hohen Kontagiosität der Erreger nicht unwahrscheinlich. In einer kürzlich publizierten, prospektiven Untersuchung an 10500 gesunden Schul- und Vorschulkindern aus 44 verschiedenen Schulen in Kansas/USA ließ sich *Tr. tonsurans* bei durchschnittlich 6.6% (Range: 0–19.4%) der Kinder nachweisen; die Prävalenz zeigte deutliche Unterschiede je nach ethnischer Zugehörigkeit bzw. Sozialstatus (2).

Die durch *Microsporum spp.* bzw. *Trichophyton spp.* hervorgerufenen Fälle von *Tinea capitis* bieten klinisch ein unterschiedliches Bild: Die Mikrosporidie ist durch weißliche Schuppung und abbrechende Haare gekennzeichnet, während die Trichophytie durch ein hochgradig entzündliches Krankheitsbild (Kerion celsi) gekennzeichnet ist, das bis zur „Kopfschwartenphlegmone“, d.h. einer diffusen subgalealen Eiteransammlung, reichen kann. Die Trichophyten, die diese „feuchte“ Form hervorrufen, wachsen innerhalb des Haarschaftes (endotrich), während *Microsporum spp.* auf der Oberfläche des Haars (ektotrich) wachsen. Durch das Eindringen in den Haarschaft entsteht eine eitrig-follikuläre Entzündung, die zum Einschmelzen des Haarfollikels und schließlich zu einer narbigen Alopezie führt.

Selten kann ein falscher diagnostischer Weg so deletäre Auswirkungen haben wie

bei der *Tinea*: Wer aufgrund der eitrig-follikulären Sekretion reflexhaft nur an Bakterien denkt und nur einen bakteriologischen Abstrich einreicht (oder gleich zum Antibiotikum greift), verzögert die richtige Diagnose manchmal monatelang. Da die antibiotische Behandlung die eitrig-follikuläre Sekretion nicht vermindert (sondern die Dermatophyten-Infektion eher begünstigt), werden nicht selten nacheinander verschiedene Antibiotika allein oder in Kombination, oral oder parenteral eingesetzt, ehe man in der Verzweiflung schließlich wie im hier geschilderten Fall den Chirurgen bemüht. Durch diese Polypragmasie und zeitliche Verzögerung bis zum Einsetzen einer kausalen Therapie wird die Ausbreitung der Dermatophyten-Infektion auf weitere Follikel und damit das Ausmaß der resultierenden narbigen Alopezie begünstigt, die Ansteckungsgefahr für Kontaktpersonen protrahiert.

Richtig wäre es, bei jeder mit Haarausfall einhergehenden Entzündung der Kopfhaut (die ggf. auch Augenbrauen und Barthaare einbeziehen kann) an eine *Tinea capitis* zu denken und Schuppen (mittels Skalpell abgeschabt) bzw. epilierte Haare – die leichte Epilierbarkeit ist ein typisches klinisches Zeichen der Trichophytie! – in ein spezialisiertes mykologisches Labor mit der ausdrücklichen Fragestellung nach Dermatophyten (nicht: Candida!) einzusenden.

Die Behandlung erfolgt mit Griseofulvin (15–25 mg/kg/d p.o.) für 6 Wochen. Lokal sollte täglich z.B. Ciclopiroxolamin-Gel lokal aufgetragen werden; ferner sollten die Haare mit einem Selensulfid- oder Ketokonazol-haltigen Shampoo gewaschen werden. Griseofulvin ist nach wie vor das einzige in Deutschland für die systemische Therapie von Dermatophyten-Infektionen bei Kindern zugelassene Antimykotikum. Alternativen sind Terbinafin und Itrakonazol, die in der Schweiz und Österreich für diese Indikation auch bei Kindern zugelassen sind. Terbinafin ist

schlechter wirksam gegen *Microsporum spp.* als Griseofulvin und Itrakonazol (3,4), aber besser wirksam gegen Trichophyten (5). Vorteile aus pädiatrischer Sicht von Itrakonazol (5 mg/kg/d) im Vergleich zu Griseofulvin sind die Verfügbarkeit als Saft, die kürzere Behandlungsdauer (meist genügen 4 Wochen) und die bessere gastrointestinale Verträglichkeit.

Nach Absetzen der oralen Therapie sollte die mykologische Kultur wiederholt werden; es ist ratsam, bis zum Vorliegen des erneuten Kulturbefundes mit der Lokaltherapie und Shampoo-Anwendung fortzufahren.

Literaturangaben

1. Chapman JC, Daniel CR 3rd, Daniel JG et al. *Tinea capitis* caused by dermatophytes: a 15-year retrospective study from a Mississippi Dermatology Clinic. *Cutis*. 2011; 88: 230-3.
2. Abdel-Rahman SM, Farrand N, Schuenemann E et al. The prevalence of infections with *Trichophyton tonsurans* in schoolchildren: the CAPITIS study. *Pediatrics*. 2010; 125: 966-73
3. Grover C, Arora P, Manchanda V. Comparative evaluation of griseofulvin, terbinafine and fluconazole in the treatment of *tinea capitis*. *Int J Dermatol*. 2012; 51: 455-8
4. Binder B, Richtig E, Weger W, Ginter-Hanselmayer G. *Tinea capitis* in early infancy treated with itraconazole: a pilot study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009; 23: 1161-3
5. Tey HL, Tan AS, Chan YC. Meta-analysis of randomized, controlled trials comparing griseofulvin and terbinafine in the treatment of *tinea capitis*. *J Am Acad Dermatol*. 2011; 64: 663-70

Prof. Dr. Peter Höger
Abt. Pädiatrie und Pädiatrische Dermatologie/
Allergologie
Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
22149 Hamburg
Liliencronstr. 130

Red.: Höger



Impfforum

Nachholimpfempfehlungen durch die STIKO

Sie haben es sicherlich gelesen: in den neuesten STIKO-Impfempfehlungen sind erstmals genaue Vorgaben für Nachholimpfungen bei unbekannt, bislang nicht, oder unvollständig geimpften Personen enthalten (www.stiko.de). Bislang konnte man sich an Empfehlungen der Kommission für Infektionskrankheiten und Impffragen der DAKJ (www.dakj.de) orientieren, wie sie in deren Stellungnahme zu medizinischen Maßnahmen bei immigrierenden Personen enthalten waren. Die STIKO weist darauf hin, dass evidenzbasierte Empfehlungen bei diesen Fragestellungen häufig nicht gegeben werden können, da es meistens keine methodologisch hochwertigen Studien zur Impfeffektivität bei irregulären Impfschemata gibt. Dennoch sind die gegebenen Empfehlungen für die kinderärztliche Praxis eine große Hilfe. Folgende Überlegungen liegen ihnen zugrunde: bei (verspätetem) Impfbeginn im 1. Lebensjahr sind die gleiche Anzahl an Impfdosen (DTPa/HBV/IPV/Hib) empfohlen wie bei pünktlichem Impfbeginn mit 2 Monaten, wohingegen bei Impfbeginn ab dem 2. Lebensjahr ein reduziertes Impfschema ("2+1") zur Anwendung kommt. Gemäß den bekannten allgemeinen STIKO-Empfehlungen fällt ab dem Alter von 5 Jahren die Hib-Impfung weg und für die Pertussisimpfung gilt, dass ab dem Alter von 11 Jahren unabhängig von der Anzahl früherer Dosen in jedem Fall die einmalige Pertussisimpfung (als Tdap Kombinationsimpfung) genügt.

Bei der Pneumokokkenimpfung wird die Anzahl der Dosen ab dem Alter von 6 Monaten in den Herstellerangaben spezifiziert ebenfalls reduziert und ab dem Alter von 2 Jahren ist sie nur noch für Kinder mit Risikofaktoren als Indikationsimpfung vorgesehen. Einfach ist es bei Meningokokken-Gruppe C Konjugatimpfung (1 Einzeldosis zwischen 1 und 18 Jahren), MMR (bis zu 2 Dosen werden nachgeholt unter Berücksichtigung, dass bei früheren Einzelimpfungen gegen 1 oder 2 der 3 Viren unter Umständen durch Nachholimpfungen mit MMR die eine oder andere der 3 Komponenten insgesamt mehr als zweimal geimpft wird, was zu keiner Erhöhung der Nebenwirkungsraten führt), und Varizellen (bis zu 2 Nachholimpfungen bis zum Alter von 18 Jahren).

Bei unvollständigen Impfserien gilt: jede Impfung zählt und die Anzahl der noch erforderlichen Impfdosen zur Komplettierung einer unterbrochenen Grundimmunisierung wird prinzipiell auf Basis der Empfehlungen für das Alter berechnet, in dem die Impfserie begonnen wurde.

Bei unbekanntem Impfstatus, das heißt bei fehlender oder unvollständiger Dokumentation von Impfungen, ist im Interesse der zu schützenden Person von fehlenden Impfungen auszugehen, und auf anamnestic Angaben zu bisherigen Impfungen oder durchgemachten Krankheiten (mit Ausnahme von Varizellen) sollte man sich nicht verlassen – sie sind erfahrungsgemäß meistens fehlerhaft.

Sehr hilfreich ist auch die neue Tabelle 4 der STIKO-Empfehlungen, in denen Sie alle derzeit zugelassenen und verfügbaren Kombinationsimpfstoffe auf DTP- bzw. Tdap-Basis und deren Altersbegrenzungen finden.

Alles in allem handelt es sich um sehr transparente und logisch nachvollziehbare Empfehlungen. Instruieren Sie Ihr Personal und probieren Sie es bei Ihrem nächsten Patienten mit fehlendem Impfnachweis oder Impflücken aus.

Impfstoffengpässe

Das haben Sie vielleicht auch schon erlebt: Sie möchten Ihren Impfstoffvorrat auffüllen und stellen fest, dass Ihr vertrautes Produkt vorübergehend nicht lieferbar ist – wobei „vorübergehend“ wenige Tage, manchmal leider aber auch mehrere Wochen bedeuten kann. Das lässt sich oftmals durch Wechsel auf einen gleichen oder ähnlichen Impfstoff eines anderen Herstellers kompensieren, manchmal mangels Alternativen aber leider eben nicht. Im schlimmsten Fall müssen Sie dann Impftermine verschieben oder sich durch zusätzliche Injektionen mit Einzelimpfstoffen behelfen. Beides ist für Ihre Patienten unangenehm oder belastend, für Sie ist es mit zusätzlichem Aufwand verbunden. Es tröstet wenig, dass dies kein Spezifikum für Impfstoffe sondern ein allgemeines Phänomen bei Medikamenten an sich in der heutigen Zeit ist. Die Ursachen dafür sind vielfältig und liegen neben den gestiegenen Qualitätsansprüchen (welche Produktionseinbußen mit sich bringen können) vor allem auch in der Konzentrierung der Impfstoffproduktion bzw. sogar von einzelnen Antigenkomponenten von Kombinationsimpfstoffen (z.B. des Tetanustoxoids) auf weltweit nur noch wenige Hersteller. Für manche Impfstoffe besteht sogar eine Monopolsituation. Auf dieses Problem hat die bereits o.g. Kommission der DAKJ schon vor 5 Jahren hingewiesen und an die politisch Verantwortlichen appelliert, "über Lösungsmöglichkeiten nachzudenken, auf welche Weise die Verfügbarkeit von Impfstoffen ... gewährleistet werden kann."

Leider blieb dieser Appell bislang ungehört.

Pertussisimpfung – wie lange hält der Schutz an?

Häufig gibt es erfreuliche Nachrichten rund ums Impfen, gelegentlich aber auch Unerfreuliches bis Beunruhigendes zu berichten. So geschehen kürzlich durch eine Publikation aus den USA, in der auf den unerwartet niedrigen Pertussisschutz selbst nach vollständiger Impfung hingewiesen wird (Witt et al., Clin Infect Dis 2012;54:1730-5). Wie bekannt, erleben die USA und insbesondere Kalifornien zurzeit den größten Pertussisausbruch seit Einführung der Impfung in den 1950er Jahren. In einer kontrollierten Auswertung der Impfstaten von Kindern und Jugendlichen mit PCR gesicherter Pertussis im Rahmen eines Pertussisausbruchs in Marin County fanden die Autoren eine Schutzwirkung durch die Impfung von lediglich 41% (Alter 2-7 Jahre), 24% (Alter 8-12 Jahre) und 79% (Alter 13-18 Jahre). Die Anzahl an Krankheitsfällen stieg ab dem Alter von 8 Jahren, parallel zum zunehmenden Abstand zur letzten Pertussisimpfung im Vorschulalter, wohingegen sie ab dem Alter von 13 Jahren (nach der Auffrischimpfung der Jugendlichen) wieder deutlich abnahm, ablesbar an der gestiegenen Wirksamkeit der Impfung durch eine weitere Dosis. Was können wir für unsere Patienten daraus lernen? Dass die Pertussisimpfung mit den derzeit (und auf lange absehbare Zeit) verfügbaren Impfstoffen suboptimal schützt, nämlich gerade mal ca. 85% nach vollständiger Impfung von Säuglingen und Kleinkindern, wissen wir schon seit den Zulassungsstudien in den frühen 1990er Jahren. Dass es weitere Auffrischimpfungen braucht, um den Schutz aufrecht zu erhalten, spiegelt sich im deutschen Impfplan wieder. Nun gilt es, bestehende Impflücken zu schließen (zum Zwecke eines einigermaßen tragfähigen Herdenschutzes) und die empfohlenen Boosterimpfungen zeitgerecht umzusetzen, um jedem Einzelnen einen möglichst optimalen Schutz zukommen zu lassen. An die Eliminierung von Pertussis ist leider nicht zu denken.

Steckbrief zu: Muskatnuss

(*Myristica fragrans* Houtt.)

Chemische Bezeichnung: Myristicin (MAO-Hemmer), Elemicin und Safrol aus dem Samen (=Nuss) reifer Früchte haben stimmungsaufhellende und halluzinogene Wirkungen. Aber nur bei Menschen, die Myristicin zu 5-Methoxy-3,4-methylendioxyamphetamin (MMDA) verstoffwechseln, kommt es zu einer Rauschwirkung analog dem Mescaline oder Ecstasy; alle anderen haben nach Aufnahme nur körperliche Missemfindungen.

Straßennamen(n): Muskatnuss, nutmeg (engl.)

Dosierung(en): 5–30 Gramm = 1–6 Muskatnüsse (gerieben)

Einnahmeform: als Pulver aufguss getrunken, selten als Pulver geschnupft

Kinetik: nach oraler Aufnahme Wirkeintritt erst nach 3–6 Stunden, deshalb Gefahr der Überdosierung wegen „Nachschmeißens“. Wirkdauer 24 bis 48 (!!) Stunden, bei Überdosierung noch länger.

Straßenpreis(e): in jedem Lebensmittelgeschäft preiswert erhältlich (30 Nüsse für 5 Euro)

Erwünschte Wirkung(en): Euphorie, verändertes Raum- und Zeitgefühl;

Unerwünschte Wirkung(en): Mundtrockenheit, verschwommenes Sehen, Benommenheit und Schwindelgefühl, Hitzegefühl trotz peripher kalter Haut, Magenschmerzen

Symptome bei Überdosierung: Übelkeit und Erbrechen, Palpitationen und Herzrasen mit Blutdruckanstieg; Angstzustände bis zu Panikattacken, Verwirrtheit und Halluzinationen bis zum Delir; typisch sind in dieser Phase starke Kopfschmerzen und eine Miosis (DD zur zentral anticholinergen Atropinvergiftung mit Mydriasis); die anfangs gesteigerten Reflexe erlöschen beim Übergang zur Bewusstlosigkeit und Koma in schweren Fällen; in diesen Fällen auch passagere Leber- und Nierenschädigungen.

Nachweismethoden: nach Ingestion von 14–20 Gramm Pulver beträgt 8 Std. p. i. im Steady State die Myristicinsäurekonzentration $2 \mu\text{g} / \text{ml}$ (HPLC); im üblichen Drogenscreening wird Myristicin nicht erkannt.



Suchtforum

Therapieoptionen akut:

bei < 5 Gramm Pulver oder 1 Nuss erfolgt keine Therapie; bei größeren Mengen ist Aktivkohlegabe 1–2 Std. p.i. wirksam; im Übrigen symptomorientierte Therapie, wobei Panikattacken und auch Tachyarrhythmien am besten auf Sedierung ansprechen.

Langzeitfolgen: der Inhaltsstoff Safrol gilt als leberschädigend und im Tierversuch als karzinogen;

Eine körperliche Abhängigkeit entsteht nicht, zumal der typische lang anhaltende Kopfschmerz und ein „Katergefühl“ dem Dauerkonsum entgegenstehen.

Dr. Matthias Brockstedt
 Ärztlicher Leiter KJGD-Mitte
 Reinickendorfer Straße 60b
 13347 Berlin
 Tel. 030 9018 46132,
 Fax 030 9018 45266
 Matthias.brockstedt@
 ba-mitte.verwalt-berlin.de

Red.: Christen

Gibt es einen „Circumcision Bias“?

Oder: Warum müssen über 1000 Neugeborene für die Wissenschaft ohne Betäubung beschnitten werden?

Im August 2012 hat die „Task Force On Circumcision“ der American Academy Of Pediatrics (AAP) eine neue Leitlinie zur Beschneidung von Jungen veröffentlicht. Im Gegensatz zu ihrer 1999 vertretenen Ansicht, die 2005 noch einmal bestätigt wurde, kommt die US-Akademie jetzt zu einem anderen Schluss: Die gesundheitlichen Vorteile der Beschneidung neugeborener Knaben würden die Risiken aufwiegen und daher sollten die Kosten für die Beschneidung von den Krankenversicherungen getragen werden. Die Leitlinie wurde vom American College der Geburtshelfer und Gynäkologen übernommen. Eltern sind angehalten, am besten schon während der Schwangerschaft die Vor- und Nachteile einer Beschneidung zu überlegen. Wobei die AAP selbst kein wirklich starkes Überwiegen der Vorteile feststellen kann. Ärzte sollen die Eltern unvoreingenommen (unbiased) aufklären. Hierzu dient die Leitlinie. Daher ist es legitim zu untersuchen, in wie weit die Leitlinie selbst von Voreingenommenheiten belastet ist. Insbesondere, da sie die einzige in den westlichen Staaten ist, die Beschneidungen des gesunden männlichen Genitale als medizinische Vorbeugemaßnahme befürwortet.

Im Juli 2012 verabschiedete die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) eine Stellungnahme zur Beschneidung von minderjährigen Jungen, in der sie medizinisch

nicht indizierte Beschneidungen ablehnt. Entsprechend äußerte sich die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie. Die DAKJ verweist unter anderem auf das Positionspapier der „Canadian Paediatric Society“ von 1996, in dem medizinisch nicht indizierte Beschneidungen ausdrücklich abgelehnt werden. Ähnliche Stellungnahmen gibt es aus Holland, Finnland und aus Australien.

Beschnitten sein ist normal in den USA

In keinem westlichen Land sind so viele Männer beschnitten, wie in den USA. Der Urologe Eduard Wallerstein bezeichnete dies 1985 als „the unique American Enigma“. Seit dem Ende des 19. Jahrhunderts gehört es in den USA zum „guten Ton“, dass kleine Jungen beschnitten wurden. Etwa hundert verschiedenen Leiden sollte dadurch vorgebeugt werden. 1910 präsentierte S.L. Kistler in JAMA eine Klemme, mit der Jungen und Mädchen(!) so schnell und einfach beschnitten werden könnten, dass jeder den Eingriff selbst und einfach durchführen könne. Kistler sah, wie seine Zeitgenossen, den Nutzen darin, dass Beschneidungen 1. gegen Krampfanfälle wirksam seien, weil sie die allgemeine Erregbarkeit vermindern, 2. die Masturbation erschwert würde, 3. das Kind insgesamt weniger erregbar sei, 4. der Liebesdrang (Amorosity) vermindert würde und 5. die Hygiene besser sei. Kritik an der allgemeinen Beschneidung wurde erst in den 60er- und 70er-Jahren des 20. Jahrhunderts laut. 1971 und 1975 erklärte die AAP, dass es keine stichhaltigen medizinischen Gründe für die Beschneidung neugeborener Knaben gebe. Diese Meinung wurde auch vom American College der Geburtshelfer und Gynäkologen übernommen und 1983 noch einmal bestätigt. Der Prozentsatz beschnittener Jungen, der zwischen 1947 und 1965 bei 80% lag, begann nach dieser Kritik auf unter 50% (1988–1991) zu sinken. 1988 veröffentlichte die AAP eine neue Stellungnahme, in der Beschneidungen wieder ein potentieller Nutzen zugesprochen wurde. Die Beschneidungshäufigkeit stieg darauf wieder bis über 62 % an, um nach der vorletzten Revision der AAP-Stellungnahme von 1999 wieder auf etwa 55% im Jahre 2009 abzufallen.

Es hätte allgemeiner wissenschaftlicher Gepflogenheit entsprochen, sich mit der auffällig wechselhaften Geschichte und der starken gesellschaftlichen Verankerung einer Maßnahme auseinanderzusetzen, bevor Empfehlungen gegeben werden. Von einer solchen Auseinandersetzung ist in der AAP-Leitlinie nichts zu spüren.

Bias der Beschnittenen

Das „Circumcision Resource Center“ (CRC) in Boston berichtet von Untersuchungen, wonach beschnittene Männer ihre Söhne viermal häufiger beschneiden lassen als unbeschnittene. In einer Stichprobe von zufällig ausgesuchten Hausärzten empfahlen jene, die älter und beschnitten waren, die Beschneidung am häufigsten. Über die Ursachen hierfür gibt es allenfalls Spekulationen. Allerdings liegt die Vermutung nahe, dass die männlichen



© Franck Boston – Fotolia.com

Mitglieder der AAP Task Force überwiegend selbst beschnitten sind. Dieser Umstand wäre weniger bedeutend, wenn im Bericht der Kommission irgendwo zu erkennen wäre, dass sich die Mitglieder ihrer möglichen Voreingenommenheit bewusst wären.

Bias der Beschneider

Religiös-ethisch

Die Organisation „Doctors Opposing Circumcision“ (DOC) hält die Vorsitzende der Task Force, Dr. Susan Blank, aufgrund ihrer kulturell-religiösen Einstellung in Fragen der Beschneidung für voreingenommen. Dasselbe gelte für weitere Mitglieder der Kommission: Dr. Andrew Freedman und Dr. Douglas Diekema. Freedman berichtete einer amerikanischen Tageszeitung, dass er seinen Sohn entgegen der Bedenken seiner nichtjüdischen Frau beschneiden ließ, um die Kette der jüdischen Tradition nicht abreißen zu lassen. Medizinische Aspekte hätten für ihn persönlich keine Rolle gespielt.

Bei einem so stark kulturell beeinflussten Thema, wie der Beschneidung, müssen diese möglichen Einflüsse offen gelegt werden. Man würde einen streng gläubigen Katholiken, der Verhütung und Sex vor der Ehe grundsätzlich ablehnt, eher nicht mit einem medizinischen Gutachten über den Nutzen der Antibabypille bei jugendlichen Mädchen beauftragen.

The „lucrative ritual nick“

Diese Formulierung für geldbringendes Schneiden wird dem Bioethiker der AAP, Douglas Diekema, zugeschrieben. 1996 und 2010 soll er sogar noch darüber spekuliert haben, dass mit der Beschneidung von Mädchen ebenfalls Geld zu verdienen sei.

Die Task Force der AAP wurde nach eigenen Angaben durch „Stakeholder“ verstärkt. Man kann also davon ausgehen, dass ausdrücklich auch finanzielle Interessen berücksichtigt werden sollten.

„Ich habe ein paar gute Freunde, die sind Geburtshelfer. Sie schauen auf eine Vorhaut und entdecken sofort ein Preisschild mit 125 \$. Jede Vorhaut ist Geld. Wenn Du 10 Beschneidungen in der Woche machst, verdienst Du daran über 1000 \$. Und die sind schnell gemacht.“ Das sagte Dr. Thomas E. Wiswell, Pädiater, Neonatologe und ausgewiesener Befürworter von Beschneidungen 1987. Eine Beschneidung mit entsprechenden Vorrichtungen dauert im Mittel 81–209 Sekunden. Wiswell forderte, dass die Operation von der Krankenversicherung bezahlt werden müsse. Dieselbe Forderung findet sich erstaunlicherweise auch im neuen AAP-Papier, einem medizinisch wissenschaftlichen Text, der keinerlei konkrete Angaben zum wirtschaftlichen Nutzen für die Krankenversicherungen enthält. Die Gründe für diese Forderung erschließen sich jedoch bei einem Blick auf die Landkarte der USA, aus dem sich ergibt, dass in ihrer geographischen Verteilung die Beschneidungszahlen vollständig der Kostenübernahme durch die Krankenversicherungen entsprechen. Die Eltern entscheiden sich viel häufiger, ihren Sohn beschneiden zu lassen, wenn sie die Kosten dafür erstattet bekommen. Nachdem die AAP 1999 die Empfehlung einer allgemeinen Beschneidung zurückgenommen hat, haben Krankenversicherungen in mehreren Bundesstaaten die Kosten für den Eingriff nicht mehr übernommen. In diesen Staaten sank die Häufigkeit der Beschneidungen dramatisch. 2009/2010 wurden beispielsweise in Nevada nur noch 11% der Jungen beschnitten, dort wird der Eingriff nicht bezahlt; in Virginia hingegen, wo der Eingriff bezahlt wird, waren es 86%. Die

DOC nennen einen Betrag von 1,25 Milliarden Dollar jährlich, der in den USA durch Beschneidungen verdient wird. Hier steht viel auf dem Spiel. Würde man nur noch jene wenigen Knaben beschneiden, die eine echte Phimose haben, wäre die wirtschaftliche Einbuße erheblich.

Von einem möglichen eigenen Nutzen der Gutachter durch Beschneidung ist im AAP-Papier nicht die Rede. Die DOC weisen jedoch darauf hin, dass der Urologe Andrew Freedman, Mitglied der Task Force, etwa 20% seines Einkommens daraus beziehe, Probleme nach Beschneidungen zu behandeln.

Im Augustheft der Zeitschrift „Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine“ rechnet eine Arbeitsgruppe unter Dr. Aaron Tobian, Johns Hopkins University School of Medicine, damit, dass der Rückgang von Beschneidungen zu höheren Kosten im Gesundheitswesen führen würde. Zwei Milliarden Dollar betrügen die Zusatzkosten bereits jetzt und sie stiegen auf vier Milliarden, wenn die Beschneidungshäufigkeit auf ein Europäisches Niveau sinken würde. Die niedrigen europäischen Zahlen führt er, offenbar in Unkenntnis der Situation, auf eine fehlende Bezahlung der Eingriffe durch die Krankenversicherungen zurück. Tobian schließt aus afrikanischen Daten, dass beispielsweise Hochrisiko-Infektionen mit HPV in den USA um 18% zunehmen würden. Der Effekt der HPV-Impfung kann hier nicht ausreichend eingerechnet sein. Ein eventuell vorhandene persönliche Voreingenommenheit durch seine persönliche religiöse Einstellung wird auch in dieser Arbeit nicht thematisiert.

Der wissenschaftliche Bias

Literaturauswahl

Die Kommission für ethische Fragen der DAKJ war durch das Kölner Urteil und die hohen Wellen der von ihm ausgelösten politischen Diskussion gezwungen, sich innerhalb von wenigen Tagen eine fundierte Meinung zur medizinisch nicht indizierten Beschneidung zu bilden. Entsprechend ist der Literaturapparat, den sie bearbeitet hat, im Vergleich zu 248 Zitaten der AAP quantitativ bescheiden. Qualitativ fällt jedoch auf, dass die DAKJ Arbeiten zu den psychologischen und psychosexuellen Folgen des Beschneidungstraumas heranzieht, die bei der AAP völlig fehlen. Der Begriff Trauma erscheint im AAP-Papier nicht. Da diese Arbeiten in der pub-med Bibliothek online zugänglich sind, kann ihr Fehlen kein Zufall sein. Die AAP setzt sich auch an keiner Stelle mit Kinderrechten auseinander. Sie kann dies vielleicht deshalb tun, weil die UN-Kinderrechtskonvention von den USA bislang nicht ratifiziert wurde. Das allerdings nimmt ihrer Erklärung viel Glaubwürdigkeit in fast allen anderen Ländern der Welt. Die großen blinden Flecken bei der Literatursuche und -bereitstellung zum Thema Beschneidung wurde in den USA bereits früher vom CRC gebrandmarkt. Im wissenschaftlichen Bereich sind sie nicht akzeptabel.

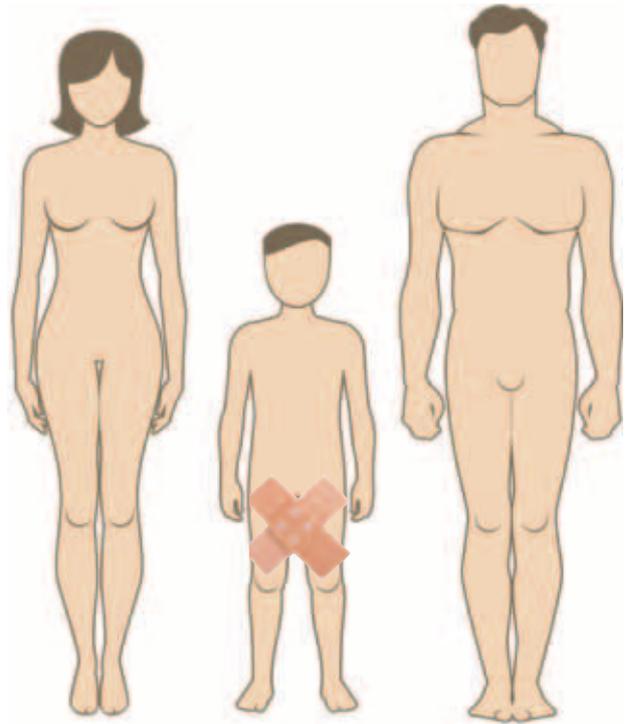
Ganz aktuell berichten die amerikanischen Zeitungen über einen neuerlichen Todesfall eines Säuglings nach Beschneidung in New-York. Er verstarb an einer Herpesinfektion, die er durch den direkten Kontakt seines blutenden Penis mit dem Mund des Beschneiders bekommen hat. Es ist der zweite Todesfall in New-York in den letzten 12 Monaten. Ähnliche Fälle werden seit Jahrzehnten in amerikanischen Tageszeitungen diskutiert. Hochrechnungen von Beschneidungsgegnern in USA beziffern etwa 100 Todesfälle jährlich im Zusammenhang mit der Beschneidung von Neugeborenen. Die AAP hat die schweren und letztlich letalen Kom-

pplikationen explizit aus ihrer Literaturrecherche ausgeschlossen, da sie zu selten seien. Mit Blick auf die ebenfalls sehr wenigen Todesfälle im Säuglings- und Kleinkindesalter durch fehlende Beschneidung ist dies ein schweres wissenschaftliches Versäumnis.

Bewertung von Nutzen und Risiko

Den potentiellen Hauptnutzen ihrer Beschneidung im Neugeborenenalter erfahren die Betroffenen erst nach Beginn der sexuellen Aktivität. Dieser mögliche spätere Nutzen wird von der AAP jedoch gegen die heutigen Komplikationen der Operation im Neugeborenenalter gerechnet. Es gibt für die USA bisher jedoch nur Hochrechnungen, wie groß der spätere Effekt der Beschneidung bezüglich HIV und anderer sexuell übertragener Erkrankungen sei. Diese basieren auf Zahlen aus Kenia, Uganda und Südafrika. Zum Effekt eines allgemein geförderten Gebrauches von Kondomen und der Impfung gegen HPV als Schutz vor AIDS, Herpes und Pappilomaviren findet man in der AAP-Stellungnahme keine Vergleichszahlen. Dies ist ein weiteres wissenschaftliches Versäumnis, da die Risikodaten aus afrikanischen Ländern stammen, die Empfehlung aber für ein entwickeltes Land mit besserem Zugang zu anderen Schutzmöglichkeiten ausgesprochen wird.

Eltern und vielleicht auch Jugendliche können mit dieser Empfehlung niemals die Risiken so objektiv abwägen, wie es die Autoren empfehlen. Auch für Ärzte bietet sie keine gute Handreichung, um Fragen unvoreingenommen zu beantworten.



Eltern sollten schon während der Schwangerschaft die Beschneidung überlegen

© Zubada – Fotolia.com

Harnwegsinfekte etwas seltener

Der einzige Nutzen, den ein Säugling von der Beschneidung seiner Vorhaut hat, ist die Verringerung seines Risikos, einen Harnwegsinfekt zu bekommen. Da Harnwegsinfekte bei Jungen insgesamt relativ selten sind, müsste man etwa 110 Jungen beschneiden, um einen Harnwegsinfekt zu vermeiden. Die AAP räumt ein, dass die Komplikationsrate von Beschneidungen bei Neugeborenen unbekannt ist. Sie geht selbst davon aus, dass schwere Komplikationen nach einem von 500 Eingriffen zu erwarten seien, obwohl in der Literatur teilweise viel höhere Zahlen genannt werden. Aber selbst bei optimistischer Betrachtung stünde fünf verhinderten behandelbaren Harnwegsinfekten eine schwere Komplikation gegenüber. Diese logische Schlussfolgerung aus eignen Zahlen zieht die AAP nicht selbst.

Und noch einmal die Ethik

Auch heute noch werden weltweit Neugeborene ohne ausreichende Schmerzbekämpfung beschnitten. „Alles Künstliche steht im Widerspruch zum jüdischen Religionsgesetz“, sagte Oberrabbiner Yona Metzger bei seinem Deutschlandbesuch im August 2012. Unter Juden gängige Praxis ist: dem Säugling vor der Beschneidung einen Tropfen süßen Wein zu verabreichen, damit er sich beruhigt. Die AAP zitiert zur Anästhesie bei der Säuglingsbeschneidung im Wesentlichen die Zusammenstellung der Cochrane Bibliothek von 2004. Darin werden wissenschaftliche Studien an 2500 kleinen Jungen zusammengefasst. Sie stammen überwiegend aus den USA. Die Kinder wurden für statistische Vergleiche entweder mit schmerzbekämpfenden Maßnahmen verschiedener Art, oder mit Placebo, oder ohne jegliche schmerzdämpfenden Maßnahmen operiert. Das bedeutet, dass bis ins 21. Jahrhundert im Rahmen medizinischer Wissenschaft und alleine im Rahmen dieser Literaturzusammenstellung etwa 1000 Neugeborene bewusst und absichtlich ohne jegliche Betäubung beschnitten wurden. Hinzu kommen frühere Studien und solche, die neuer sind,

aber wegen etwaiger Qualitätsmängel nicht in die Cochrane Bibliothek aufgenommen wurden. Alle diese Studien mussten von einer Ethikkommission genehmigt werden. Ganz offenbar besteht im medizinisch wissenschaftlichen Bereich der USA eine erschreckende ethische Leichtfertigkeit beim Thema Beschneidung, die von den Wissenschaftlern selbst niemals problematisiert wurde.

Der Bias von Beschneidungsgegnern

In den USA beklagen die Befürworter von Beschneidung in der Bevölkerung und bei Ärzten eine wachsende Voreingenommenheit (bias) gegenüber Beschneidungen. Sie werfen den Gegnern der Beschneidung vor, deren klaren medizinischen Vorteil nicht zu sehen. Ein solcher wird allerdings auch in der neuen AAP-Stellungnahme nicht postuliert.

In Deutschland mussten sich Kritiker der Beschneidung wesentlich härtere Vorwürfe gefallen lassen. Sie seien unsensibel, machten Deutschland zu „Komikernation“, hätten ein mangelhaftes Geschichtsbewusstsein oder stünden gar nationalsozialistischen Gedanken nahe.

Der Journalist Christian Bommarius bezeichnete Kritiker der rituellen Beschneidung in der Frankfurter Rundschau als „Menschenrechtsfundamentalisten“. Viele von ihnen werden jedoch das, was hier als Schimpfwort gedacht ist, als einen Ehrentitel empfinden. Wenn die Wissenschaft über Menschenrechte hinweggeht, ist es allemal schlimmer, als wenn „Menschenrechtsfundamentalisten“ scheinbar nicht auf der Höhe der Wissenschaft argumentieren. Am schlimmsten ist es jedoch, wenn beides zusammen kommt: Eine mangelnde Sensibilität für die Menschenrechte und eine – historisch und kulturell bedingte, aber nicht kritisch hinterfragte – Voreingenommenheit im wissenschaftlichen Diskurs.

Dr. Christoph Kupferschmid
Ch.Kupferschmid@t-online.de

Krankheitsverhütung durch Beschneidung – eine europäische Antwort

Misst man den Wert der Gesundheitsvorsorge durch Beschneidung männlicher Neugeborenen mit den üblichen Kriterien in der Vorsorgemedizin, so fällt diese Methode durch. Das ist die wesentliche Aussage einer europäischen Analyse der neuen Empfehlung der American Academy of Pediatrics (AAP) zur Beschneidung. Prof. Morten Frisch, Epidemiologe in Kopenhagen, hat eine umfassende Antwort auf das AAP Papier verfasst, die inzwischen von zahlreichen namhaften Pädiatern und Kinderchirurgen in ganz Europa unterzeichnet wurde.

Für primäre medizinische Vorsorgemaßnahmen müssen schärfere Kriterien gelten als für therapeutische Maßnahmen, da primäre Prävention für gesunde Men-

schengedacht ist. Die strengsten Kriterien müssen für Vorsorgemaßnahmen bei Kindern gelten, die noch nicht für sich selbst entscheiden können. Als einziges Präventionsziel der Beschneidung Neugeborener, dass vor der Mündigkeit von Bedeutung sei, lässt Frisch die Verringerung von Harnwegsinfekten gelten. Aber auch dieses würde in der Abwägung von Nutzen und Komplikationen die Kriterien nicht erfüllen. Frisch weist auch darauf hin, dass in Europa die Häufigkeit von HIV und anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen niedrig sei, obwohl die Beschneidungshäufigkeit viel niedriger ist als in den USA. Die wesentliche medizinische Frage sei nicht, so Frisch, ob die Beschneidung von Neugeborenen irgendwelche Krankheiten

verhüten könne. Vielmehr müsse gefragt werden, mit welchen Methoden die betreffenden Krankheiten verhütet werden können. Die Überlegenheit der Beschneidung gegenüber anderen, weniger einschneidenden Methoden sei jedenfalls nicht belegt.

Die Europäer monieren, dass sich die AAP an keiner Stelle mit der physiologischen Funktionen der menschlichen Vorhaut auseinandersetzt. Als problematisch bezeichnen sie zudem das Fehlen einer ernsthaften Diskussion der AAP über die ethischen Konflikte zwischen Elternrecht, religiösen Überzeugungen und dem Grundrecht des Kindes auf körperliche Unversehrtheit.

Kup

Ein Netz aus Helfern

BVKJ-Mitglieder haben zahlreiche Helfer, die ihren Praxen mit Rat und Tat zur Seite stehen und damit dazu beitragen, dass sich Kinder- und Jugendärzte auf ihr Kerngeschäft, das Heilen, konzentrieren können. Ab dieser Ausgabe stellen wir Ihnen die wichtigsten Helfer vor.

Alles was Recht ist – Die BVKJ-Justiare



Dr. Andreas Meschke ist seit 1999 Rechtsanwalt und seit 2006 Fachanwalt für Medizinrecht in Düsseldorf. Die Sozietät Möller & Partner, der er angehört, fungiert als Rechtsberaterin

des BVKJ e.V. und seiner Tochtergesellschaft, der BVKJ Service GmbH. Daneben ist Herr Dr. Meschke bundesweit in der Rechtsberatung von Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern aktiv.

Was tun Sie für den BVKJ und seine Mitglieder?

Im Rahmen der Tätigkeit für den BVKJ berate ich regelmäßig den Vorstand in allen Fragen des Vereinsrechts, Sozial- und Vertragsarztrechts, Arbeitsrechts usw. Zusammen mit meinen Kollegen leiste ich die sogenannte Erstberatung der BVKJ-Mitglieder, wenn diese juristischen Klärungsbedarf haben. Dabei geht es dann um arbeitsrechtliche Fragen oder auch um Haftungsfragen etwa, wenn der Verdacht auf einen Behandlungsfehler im Raum steht.

Die Erstberatung ist gratis, d.h. sie ist gesponsert über den BVKJ.

Wie können BVKJ-Mitglieder Sie erreichen?

Erreichen können Sie meine Kollegen und mich zu den üblichen Bürozeiten über:



© Felix Pergande - Fotolia.com

Möller & Partner – Kanzlei für Medizinrecht, Pfeifferstraße 6, 40625 Düsseldorf, Tel.: 0211-7584880, Fax: 0211-75848820, meschke@m-u-p.info, www.m-u-p.info

Eine besondere Telefonsprechstunde für BVKJ-Mitglieder ist für jeden dritten Donnerstag im Monat eingerichtet über die Nummer 0211-75848814.

ReH

Diagnose: völlig realitätsfremd

Ärzte und Krankenkassen stehen sich derzeit unversöhnlich im Honorarstreit gegenüber. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) war im Erweiterten Bewertungsausschuss mit ihrer Forderung nach 3,5 Milliarden Euro mehr für 2013 nicht durchgekommen. Geben soll es lediglich 270 Millionen Euro mehr. Dr. Roland Ulmer, Vorsitzender des BVKJ-Honorarausschusses erklärt, warum dieses Angebot für Kinder- und Jugendärzte inakzeptabel ist.

Die Betriebskosten unserer Praxen steigen permanent, die KBV hat auch aufgrund der Analysen des ZI einen notwendigen Inflationsausgleich von 3,5 Mrd. Euro errechnet. In dieser Situation fordern die Krankenkassen nun für die Festlegung des Orientierungspunktwertes 2013 dessen Absenkung um sieben Prozent. Und dies, obwohl der bisherige Orientierungspunktwert mit 3,5048 Cent bereits weit unter den betriebswirtschaftlich berechneten Annahmen von 5,11 Cent liegt. Diese Forderung beruht auf einem von den Krankenkassen selbst in Auftrag gegebenen, äußerst fragwürdigen Gutachten des Prognos-Institutes und wird mit aus meiner Sicht ausgesprochen fraglichen Wirtschaftlichkeitsreserven begründet.

Eine Reduzierung des OPW hätte eine Verminderung des Praxisgewinnes um 15 Prozent zur Folge gehabt.

Seit Inkrafttreten des Versorgungsgesetzes wird der Behandlungsbedarf, also das Punktzahlbudget, auf der Ebene der

Kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesländer bestimmt, der EBM und der Orientierungspunktwert werden weiterhin auf Bundesebene im Bewertungsausschuss festgelegt.

Jetzt versuchten die Krankenkassen, den Leistungsbedarf, der sich in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) ausdrückt und den Preis für die ärztliche Leistung, der sich im Orientierungspunktwert ausdrückt, gegeneinander aufzurechnen.

Die Wiedereinführung des Hamsterrades

Damit würde aber das Morbiditätsrisiko entgegen der gesetzlichen Vorgabe wieder auf die Ärzte verlagert werden, frei nach dem Prinzip: „Je mehr Leistungen, desto niedriger der Orientierungspunktwert“.

Mit der ausschlaggebenden Stimme des unparteiischen Vorsitzenden wurde nun eine allenfalls marginale Erhöhung von 0,9 Prozent bestimmt.

Damit gelingt nicht einmal der Inflationsausgleich der letzten Jahre. Wir Ärzte sollen also weniger Einkommen erhalten. Dass nun ein Aufschrei durch die Medien geht, dass sich die Bevölkerung zusammen mit uns auf die Straße zieht und für mehr Einkommen demonstriert, ist nicht zu erwarten, gelten wir doch eh als Bestverdiener, denen ein bisschen mehr Bescheidenheit wohl anstünde. Die Krankenkassen müssten es allerdings besser wissen. Sie berücksichtigen bei ihrem Honorarvorschlag wissentlich nicht die seit Jahren steigenden Kosten für Mieten, Gehälter und Investitionen. Gerade in Kinder- und Jugendarztpraxen ist der Bedarf an gut ausgebildeten Mitarbeiterinnen besonders hoch. Kommen die Krankenkassen mit ihrem Vorschlag durch, werden viele Kinder- und Jugendärzte MFAs entlassen müssen. Nicht nur der BVKJ sondern auch die KBV und viele andere Berufsverbände halten dieses Vorgehen für rechtswidrig und werden sich mit allen Mitteln dagegen stemmen.

Dr. Roland Ulmer

Sprecher Honorarausschuss BVKJ

Red.: ReH

Online Weiterbildung sexueller Missbrauch freigeschaltet

Den sexuellen Missbrauch eines Kindes zu erkennen ist oft auch für erfahrene Fachärzte für Kinder und Jugendmedizin schwierig. Viele Fortbildungen wurden bereits zu dem Thema angeboten, dass in der Weiterbildung keinen speziellen Raum hat. Der Leiter der Ulmer Kinder- und Jugendpsychiatrie, Professor Jörg Fegert, hat zusammen mit einem interdisziplinären Team jetzt ein Online-Lernprogramm entwickelt (<http://missbrauch.elearning-kinderschutz.de/>). Fegert, der auch Mitglied des Runden Tisches zur Prävention von Kindesmissbrauch ist, startet das Programm mit 2000 Erstnutzern in die Pilot-

phase. Es umfasst 30 Stunden, die Zeiteinteilung ist flexibel.

Mit dem Online-Kurs sollen Fachkräfte, die direkt aber auch indirekt mit Kindern und Jugendlichen in pädagogischen und medizinisch-therapeutischen Kontexten arbeiten, Grundlagen im Umgang mit sexuellem Kindesmissbrauch erwerben. Wichtig ist das Wissen um die nötige Sensibilität und Vertraulichkeit. »Wir wissen aus Gesprächen mit vielen Betroffenen, dass die meisten Kinder, die Opfer sexuellen Missbrauchs geworden sind, immer wieder versucht haben, sich jemandem anzuvertrauen«, sagt Fegert. »Dann

muss man offen sein und genau hinhören.« Gesprächsführung und Beziehungsarbeit sind daher genau Themen wie Hinweiszeichen und Verdachtsmomente.

Der Kurs enthält eine Fülle von Videomaterial, das die Autoren gemeinsam dem Regisseur Christoph Röhl, erstellt haben. Authentische und offene Interviews mit männlichen und weiblichen Betroffenen aus verschiedenen Kontexten wie Schule, Internat und Familie, schildern eindrücklich die Sicht der Betroffenen und eröffnen ein inneres Bild des Tathergangs und der Tatzusammenhänge. Interviews mit Expertinnen und Experten im Kinderschutz (Jugendamt, Justiz, Beratungsstellen) sowie in schulischen und medizinisch-therapeutischen Kontexten eröffnen einen Einblick in Unterstützungs- und Hilfsmöglichkeiten, aber auch deren Grenzen. Schließlich müssen sich die Teilnehmer mit zwei exemplarischen Missbrauchsgeschichten eines Mädchen sowie eines Jungen auseinandersetzen, die in den Lerneinheiten einen situativen Kontext zum besseren Verständnis des Lerninhalts und zum Transfer geben.

Nach erfolgreichem Abschluss des Kurses mit einer Prüfung stellt das Universitätsklinikum Ulm ein Zertifikat aus. CME-Punkte hierfür können erst nach Abschluss der Entwicklungsphase gewährt werden.

Kup



Kinderrechte in der Arzneimittelentwicklung

Das Pediatric Committee (PDCO) der europäischen medizinischen Behörde EMA ist für die Bewertung von Forschungsvorhaben an Kindern zuständig. Ziele sind hierbei, die Entwicklung von Medikamenten hoher Qualität für Kinder zu erleichtern und gleichzeitig zu verhindern, dass hierzu Forschung in unnötigem Umfang betrieben wird.

In ihrer Arbeit soll in die EMA sich von Vertretern der Betroffenen beraten lassen, insbesondere Patientenorganisationen und Personen, die im Gesundheitswesen

tätig sind. Dies bedeutet auch, dass Kinder und Jugendliche bei der Entwicklung von Medikamenten für diese Altersgruppe beteiligt werden müssen. Auch die Industrie und andere Beteiligte müssten Darstellern, wie sie ihre Entscheidungsprozesse mit Ansichten von Kindern und Jugendlichen abgestimmt haben.

Die EMA hat jetzt ein Konzeptpapier beschlossen wonach sie genauer identifizieren will, mit welchen Zielen und Inhalten Kinder und Jugendliche an ihrer Arbeit einbezogen werden sollen. Das PDCO

möchte hierzu mit Organisationen zusammenarbeiten um Wünsche und Meinungen der jungen Menschen in seine Arbeit und in seine Entscheidungen einfließen zu lassen. Das Komitee ist sich der Schwierigkeit bewusst, da es eine große Zahl von ethnischen und kulturellen Unterschieden vereinbaren muss. Auch die verschiedenen Altersstufen und die unterschiedlichen Möglichkeiten Bedürfnisse zu formulieren muss es berücksichtigen. Das Konzept soll zum Jahresende abgeschlossen werden.

Kup

Die Nöte des Doctor von Zimmermann

Sterben und Tod Friedrichs II. in den Erinnerungen seines letzten Leibarztes



© akg-images

Tod Friedrich des Großen / P. Haas um 1800



Dr. med.
Olaf Ganssen

Die Feiern zum 300. Geburtstag Friedrich des Großen klingen aus und geben Raum für einige Gedanken zu seinem Tod.

Am 17. August 1786 stirbt er in Sanssouci. Die große Ausstellung im Deutschen Historischen Museum Berlin zeigt sein Totenhemd mit verblassten Blutflecken am linken Ärmel, die auf einen Aderlass hindeuten oder – wahrscheinlicher – auf Spuren von Bluthusten.

Friedrichs Vertrauen zu Arzneien und Ärzten hat enge Grenzen, und das wohl zu Recht. Während seiner langen Kriege hatte er in Feldlazaretten vieles gesehen, was dieses Vertrauen nicht eben stärkte. Er springt mit seinen Leibärzten nicht anders um als mit seinen Ministern und Lakaien, pflegt sie ausführlich zu examinieren, auch zu belehren und fragt gewöhnlich nur, wie viel er von der Medizin nehmen solle, die er sich selbst verordnet hat.

Ihn plagten schon früh Haemorrhoiden und Podagra. 1775 nach mehreren heftigen Gichtanfällen, glaubt man in Wien schon, die Wassersucht sei im Anzuge und Friedrich werde das Jahr nicht überleben. Diese Vermutung lässt die Österreicher mobil machen, aber der König erholt sich, bevor sie noch aufmarschiert sind.

Im August 1785 reist er wie gewohnt zur Revue nach Schlesien, obwohl er sich unwohl fühlt. Diese Truppeninspektion verlangt dem 73-jährigen bei Wind und Wetter im Sattel große Strapazen ab. Nach einem fieberhaften Infekt „...ward (er) am achtzehnten September mit einem Stickflusse befallen. Unmittelbar nach demselben kam das Podagra; der König war gerettet.“

Aber nur vorübergehend: Die schon länger bestehende leichte Atemnot verstärkt sich nun bei kurzen Spaziergängen. Dazu kommt ein

ständiger Husten mit zähem Auswurf; die Beine beginnen anzuschwellen, und er verbringt die Nächte immer häufiger sitzend im Lehnstuhl.

Sein Befinden verschlechtert sich Anfang Juni 1786 derart, dass er kurzum seinen Leibarzt Professor Selle entlässt und den ihm bekannten Dr. von Zimmermann aus Hannover ruft, der am 23. Juni in Potsdam eintrifft.

Von Zimmermann, ein Bewunderer Friedrichs, findet den Patienten im Asthma cardiale mit einer schweren beidseitigen Herzinsuffizienz, deren Symptome er exakt beschreibt. Die Untersuchung beschränkt sich auf das Fühlen des Pulses und die Inspektion: Ein Kammerhusar öffnet dem König den Rock und zieht ihm die Stiefel aus, wobei ausgedehnte Stauungsödeme sichtbar werden. „Was rathet Ihr mir?“ stöhnt Friedrich ungeduldig. Von Zimmermann

verspricht, sofort die Krankengeschichte zu studieren und wird für den Nachmittag wieder bestellt.

Gegen zwei Uhr wird er eilig gerufen: Der König sitzt mühsam aufrecht gehalten im Stuhl, hustet ununterbrochen blutigen Schleim und scheint zu ersticken. Zwischendurch fällt er in einen kurzen unruhigen Schlaf. Nach einer halben Stunde lässt der Anfall etwas nach, und Friedrich klagt über Koliken. Von Zimmermann verordnet jetzt ein Clistier zur Öffnung des Leibes und Salmiak, was der Patient widerwillig akzeptiert. Die Bitte, Professor Selle als Consiliarius kommen zu lassen, um einen Behandlungsplan zu erstellen, lehnt der König brüsk ab: „Diesen Plan erwarte ich von Euch, ich habe zu niemand anderem Vertrauen.“

Die Stunden allein neben dem somnolenten, nach Luft ringenden König beschreibt er als die schlimmsten seines Lebens: Das ohnmächtige Gefühl der Hilflosigkeit und die Angst, Friedrich könnte unter seinen Händen sterben und ihn der Schande aussetzen, der letzte behandelnde Arzt gewesen zu sein. Er weiß, wie sehr manche Kollegen ihm den Ruf nach Sanssouci neiden würden, die nichts von seiner Lage ahnen und mit denen er bei allem Stolz jetzt liebend gern tauschen würde.

Nachdem der König noch ein Digestivpulver verlangt hat, eine Mixture aus Cremor Tartari, Salpeter und Krebsaugen, zu der er als einziges Zutrauen hat, erholt er sich langsam. Nun wird eine große Mappe mit Dokumenten hereingebracht, die er liest und mit zittriger Hand unterschreibt. Mit bewundernswerter

Selbstdisziplin arbeitet er bis zwei Tage vor seinem Tode und bestellt wegen seiner Schlaflosigkeit Minister und Cabinets-Räthe schon um vier Uhr morgens zu sich.

Erleichtert registriert von Zimmermann eine anhaltende Besserung am nächsten und den folgenden Tagen. Er kann den schwierigen und kritischen Patienten dazu bewegen, den verordneten Löwenzahnextrakt zu nehmen und überredet ihn sogar, gegen die Brustenge einen Aufguss von Holunderblüten und Essig zu inhalieren. Am vierten Juli wird der König auf seinen dringenden Wunsch hin mit Mühe auf sein Pferd gehoben, aber der kurze Ausritt erschöpft ihn sehr.

Wechselnde Stimmungen und Launen rühren meist von seinem unvernünftig überladenen Magen her, denn in Fragen einer Diät sind bisher alle Ärzte auf taube Ohren gestoßen. Der König lässt sich jeden Morgen den Speisezettel aus der Küche kom-



Johann Georg von Zimmermann (1728–1795)

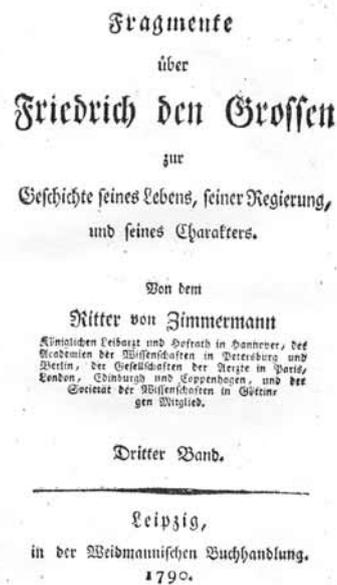
men, korrigiert ihn eigenhändig und isst weiterhin zu schwer, stark gewürzt und vor allem viel zu viel. Die Folge sind häufige Koliken, Übelkeit und Erbrechen nach dem Essen. Von Zimmermann kann seine Ermahnungen nur verbrämt vortragen: „Die einzigen gefährlichen Feinde Eurer Majestät sind die Köche.“

Die Besserung, die wohl als vorübergehende Spontanremission zu deuten ist, hält vorerst an, und von Zimmermann fungiert bei der täglichen ausgedehnten Visite als geistreicher Gesprächspartner des Königs, der mit ihm über Literatur und Philosophie diskutiert. Am 10. Juli verabschiedet ihn Friedrich mit einem fürstlichen Honorar von zweitausend Thalern nach Hannover.

Am 17. August morgens um zwei Uhr zwanzig Minuten erliegt der König dem erwarteten Herzversagen.

Dr. med. Olaf Ganssen
Am Grünewald 38
42549 Velbert

Red.: Kup



Fortbildungstermine des BVKJ

November 2012

7. November 2012

Fortbildungsveranstaltung zu den Selektivverträgen für Ärzte und MFA

des bvjk e.V., in Leipzig

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Veranstaltungsflyer und Anmeldeformular finden sie in PädInform oder auf der Homepage <http://kongress.bvjk.de>

21. November 2012

Fortbildungsveranstaltung zu den Selektivverträgen für Ärzte und MFA

des bvjk e.V., in Hamburg

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Veranstaltungsflyer und Anmeldeformular finden sie in PädInform oder auf der Homepage <http://kongress.bvjk.de>

24. November 2012

Pädiatrie zum Anfassen des LV Berlin in Berlin

Auskunft: Dr. med. Burkhard Ruppert, Tel. 030-40397255 ①

24.–25. November 2012

Orientierungskongress des BVKJ: „Endlich Facharzt/-ärztin – und danach?“

in Frankfurt am Main

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-11, Fax: 0221/683204

2013

März 2013

1.–3. März 2013

19. Kongress für Jugendmedizin

des bvjk e.V., in Weimar

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

16. März 2013

22. Pädiatrie zum Anfassen

des bvjk e.V., LV Mecklenburg-Vorpommern, in Rostock

Auskunft: Frau Dr. Susanne Schober, Tel. 03836/200898, Fax 03836/2377138 ①

April 2013

20. April 2013

26. Pädiatrie zum Anfassen

des bvjk e.V., LV Rheinland-Pfalz und Saarland, in Worms

Auskunft: Prof. Dr. Heino Skopnik, Kinderklinik Stadt Krankenhaus GmbH, Gabriel-von-Seidl-Str. 81, 67550 Worms, Tel. 06241/5013600, Fax 06241/5013699 ①

26.–27. April 2013

11. Pädiatrie à la carte des LV Westfalen-Lippe

des bvjk e.V., in Münster-Hiltrup

Auskunft: Dr. med. Marcus Heidemann, Bielefeld, Tel. 0521/204070, Fax 0521/2090300; Dr. med. Andreas Schmutte, Datteln, Tel. 02363/8081, Fax 02363/51334 ④

Mai 2013

24.–25. Mai 2013

23. Pädiatrie zum Anfassen

des bvjk e.V., LV Thüringen, in Erfurt

Auskunft: Dr. med. Annette Kriechling, In der Trift 2, 99099 Erfurt, Tel. 0361/5626303, Fax 0361/4233827 ①

Juni 2013

7.–9. Juni 2013

43. Kinder- und Jugendärztetag 2013

Jahrestagung des bvjk e.V., in Berlin

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-15/16, Fax: 0221/68909-78 (bvjk.kongress@uminfo.de) ①

8.–9. Juni 2013

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

des bvjk e.V., in Berlin

Auskunft: Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln, Tel. 0221/68909-15/16, Fax: 0221/68909-78 (bvjk.kongress@uminfo.de) ①

Juli 2013

6. Juli 2013

„Pädiatrie am Bächle“

der Landesverbände Baden-Württemberg, in Freiburg

Auskunft: Dr. med. Barbara Lütticke, Elsa-Brandström-Str. 4, 79111 Freiburg, Tel. 0761/43771, Fax: 0761/472154 ①

August 2013

31. August 2013

Jahrestagung des LV Sachsen

des bvjk e.V., in Dresden

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

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

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

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

④ Interface GmbH & Co. KG, Tel. 09321-9297-850, Fax 09321-9297-851, info@interface-congress.de

● Tagungen und Seminare

Oktober 2012

19.–20. Oktober 2012, Wörlitz
Kompaktkurs Pädiatrische Allergologie
 Info: antje.nordwig@gmx.de

20.–21. Oktober 2012, Erlangen
Zertifizierung zum Neurodermitstrainer für Kinder und Jugendliche und deren Eltern, Block 1a Basiskompetenz
 Info: www.hautklinik.uk-erlangen.de

November 2012

3. November 2012, Recklinghausen
16. Dattelner Neuropädiatisches Kolloquium
 Info: f.aksu@kinderklinik-datteln.de

8.–10. November 2012, Augsburg
15. interdisziplinäres Symposium zur entwicklungs-fördernden und individuellen Betreuung von Früh-geborenen und ihren Eltern
 Info: www.stillen.de

10.–11. November 2012, Wangen
Theorieseminar zur Ausbildung zum Asthmatrainer
 Info: www.aabw.de

16.–17. November 2012, Osnabrück
Modul Asthmatrainer
 Info: www.akademie-luftikurs.de

22.–25. November 2012, Heppenheim/Bergstraße
Theorieausbildung zum Asthmatrainer
 Info: B.Ehret@online.de

24. November 2012, Essen
Patientenorientierte Selbsterfahrung
 Es können auch Teilnehmer eines zukünftigen Grundkurses ab Dezember 2012 teilnehmen.
 Info: dr.kohns@t-online.de

26.–29. November 2012, Osnabrück
DDG-Kurs „Kommunikation und patientenorientierte Gesprächsführung in der Diabetologie“
 Info: www.akademie-luftikurs.de

30. November – 1. Dezember 2012, Osnabrück
Basiskompetenz Patiententrainer
 Info: www.akademie-luftikurs.de

Dezember 2012

1.–2. Dezember 2012, München
Internationales und interdisziplinäres Symposium Aktuelle Fragen der Sozialpädiatrie Frühdiagnostik und Frühtherapie auf dem Prüfstand
 Info: www.theodor-hellbruegge-stiftung

7.–8. Dezember 2012, Osnabrück
Modul Neurodermitstrainer
 Info: www.akademie-luftikurs.de

2013

Januar 2013

19.–20. Januar 2013, Erlangen
Zertifizierung zum Neurodermitstrainer für Kinder und Jugendliche und deren Eltern, Block 1b Fachkompetenz Neurodermitis
 Info: www.hautklinik.uk-erlangen.de

Februar 2013

2. Februar 2013, Essen
Patientenorientierte Selbsterfahrung
 Für ehemalige Teilnehmer des Grundkurses „Psychosom. Grundversorgung“
 Info: dr.kohns@t-online.de

2. Februar 2013, Tübingen
Morbus sacer – neue Möglichkeiten der Epilepsiediagnostik
 Info: sabine.schmid@cegat.de

Mai 2013

13.–18. Mai 2013, Langeoog
2. Langeooger Woche der Pädiatrie
 Info: www.aekn.de

● Praxistafel

Raum Bonn: Kinderheilkunde

FÄ sucht Mitarbeit in Teilzeit/Vertretung/Jobsharing
 15–20 Stunden/Woche in Kinderarztpraxis ab Herbst 2012.
 Email: paed-praxis@email.de

Fachärztin für Pädiatrie

sucht Teilzeitstelle in Kinderarztpraxis.
 Raum HL | KI | HH Chiffre 1975 KJA 10/12

Große Kinder- und Jugendarztpraxis

in bayerischem Marktort nahe Universitätsstadt Passau und Rottaler Bäderdreieck sucht
fachärztlichen Kollegen/in im Angestelltenverhältnis.
 E-Mail: kontakt@webhale.de

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

● **Buchtipp**

Giovanni Maio

Mittelpunkt Mensch:

Ethik in der Medizin

Nachdenklich machen ist die tiefste Art, zu begeistern

(Albert Schweizer)



1. Nachdruck 2012, Schattauer Verlag, 444 Seiten, € 24,95, ISBN 978-3-7945-2448-8

Giovanni Maio, der Medizinethiker an der Universität Freiburg, ist durch seinen vielbeachteten Artikel „Ärztliche Hilfe als Geschäftsmodell?“ im Deutschen Ärzteblatt (2012; 109(16): A 804–7) zu einem Exponent der zeitkritischen medizinischen Ethik geworden - ein guter Anlass, sein Lehrbuch der Ethik in der Medizin zu lesen und zur Lektüre dringend weiterzuempfehlen.

Nicht nur, weil Ethik in der Medizin jetzt fester Bestandteil der curricularen Ausbildung an den Universitäten geworden ist, sondern weil wir in der täglichen Praxis immer wieder an die Grenzen der naturwissenschaftlich-medizinischen Sichtweisen stoßen, muss eine Beschäftigung mit philosophischen Betrachtungen zu den Grundfragen des Mensch-Seins und deren Konkretisierung in der Arzt-Patientenbeziehung unser aller elementares Anliegen sein.

So beschäftigt sich das erste Drittel des Buches mit den philosophischen Grundlagen, beginnend mit den Grundbegriffen ethischer Urteilsbildung, der Pflichtenethik Kants, der utilitaristischen Ethik und der besonderen Rolle der Kriterien der Tugendethik, insbesondere des Wohl-Wollens. Ein historisches Kapitel zur Geschichte der Medizinkonzepte und des Arztbildes schließt sich an. Konkret werden die Prinzipien der

Tugendethik: Autonomie, Nicht-Schaden, Fürsorge und Gerechtigkeit in ihren Kollisionen und Konflikten untereinander, aber auch in der Arzt-Patientenbeziehung erläutert und mit zahlreichen Fallbeispielen, die das ganze Buch durchziehen, untermauert.

Der zweite, spezielle Teil des Buches beschäftigt sich mit Themen der einzelnen Fächer, von der Psychiatrie, dem weiten Bereich der Reproduktionsmedizin, der Forschung am Menschen und der Transplantationsmedizin, der wunscherfüllenden Medizin und Schönheitschirurgie bis hin zu ethischen Fragen am Lebensende.

Das Kapitel 18 ist der Kinder- und Jugendmedizin gewidmet. Neben Grundüberlegungen zu einer kindorientierten Ethik („Kindeswohl“) werden Aspekte von Einwilligung und Zustimmung sowie den Grenzen elterlicher Macht beleuchtet und auf Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht hingewiesen. Dieser Teil ist nur recht knapp gehalten; die spezifischen Fragen der Triangulierung und der unterschiedlichen Interessenlagen von Kindern und deren möglicherweise auch noch in Auseinandersetzung befindlichen Eltern und Bezugspersonen mit der daraus resultierenden Frage, wer eigentlich was wann und für wen entscheiden kann, und in welcher Form eines Arzt-Patientenverhältnisses, bedarf noch eines eigenen Buches.

Das Werk schließt mit einer Betrachtung über die beherrschenden Menschenbilder in der Medizin und versucht einen Gegenentwurf zum vorherrschenden naturwissenschaftlich geprägten Maschine-Mensch Bild mit all seinen Ansprüchen zu entwickeln, hin zu einem Menschenbild, das die Menschen als aufeinander angewiesene, verletzbare und mitmenschliche Hilfe erwartende Partner sieht, bei dem Krankheit nicht als Störfall, sondern als integraler Bestandteil des Menschseins anzusehen ist. Die gegenwärtige Industrialisierung und Ökonomisierung des Medizinbetriebes und der Gesundheitswirtschaft ist nicht geeignet und auch nicht willens, die Medizin zur „authentischen Sorge um den ganzen Menschen“ zu bewegen. Für Maio ist die Medizin eine „soziale Er rungenschaft für Menschen in Not“, und er schlussfolgert, dass diese Krise der modernen Medizin nur überwunden werden kann, wenn der ganze Mensch in den Mittelpunkt der Begegnung von Arzt und Patient gerückt wird.

Dem Rezensenten ist es ein besonderes Anliegen, dieses Buch zu empfehlen, hat er doch bei seinem Weggang aus der Klinik in einem Aufsatz: „Empathische Betreuung statt therapeutischen Aktionismus“ Dtsch Ärztebl 1993; 90(40): A-2614 bereits viele negative Aspekte der Reduktion der pädiatrischen Arbeit auf die „sachlich-fachliche“ Ebene ange-

sprochen. In der Zwischenzeit hat sich die Problematik der klinischen Pädiatrie weiter zugespitzt: Durch die Arbeits- und Dienstzeitregelungen und andere ökonomische Zwänge, durch eine weiter zunehmende Übermacht biologischen Denkens in der Medizin, aber auch durch ein geändertes Selbstbild der Ärzte findet eine ärztliche Betreuung im Sinne der ganzheitlichen Verantwortung für das stationär behandelte Kind nicht mehr statt; der „rote Faden“ der Behandlung liegt statt bei einem Stationsarzt heute beim Computer, und eine „Fallverantwortung“ ist ebenso wie eine „Bezugspflege“ zum Fremdwort geworden. Aber die ambulante Kinderheilkunde – und dieser Stärke sollte sie sich bewusst sein – kann diese individualisierte und im ganzheitlichen Sinne personalisierte ärztliche Betreuung noch leisten. Freude am Arztsein kann letztlich nur der haben, dem die mitmenschliche Begegnung wichtig ist, und nicht der „Fall“ als reparaturbedürftige Maschine.

Dr. Stephan Heinrich Nolte
Kinder- und Jugendarzt
Neonatologie-Psychotherapie-Homöopathie-Palliativmedizin
Lehrbeauftragter der Philipps-Universität Marburg
Alter Kirchhainer Weg 5
D-35039 Marburg/Lahn
+49 6421 162266
shnol@t-online.de

Red: ReH

● Päindex

KINDER-UND JUGENDARZT

im Internet

www.kinder-undjugendarzt.de

Die Welt der Kinder im Blick der Maler

Aus der Reihe der Familienbildnisse, die wir bisher kennengelernt haben, fällt dieses Bild von Picasso heraus. Isoliert, ohne Beziehung zu den anderen stehen die Personen für sich. Dies gilt auch für die beiden Jungen, die vermutlich schon als Artisten tätig sind. Nur das Mädchen mit dem Blumenkorb ergreift zaghaft die Hand des Vaters, sie senkt freilich den Kopf und blickt niemanden an. Wird sie sich aus der Isolierung heraushalten können? Im Kontrast zu der geschlossenen Gruppe der Gaukler auf der linken Seite, die fast zwei Drittel der Bildseite einnimmt, sitzt rechts unten eine junge anmutige mallorquinische Frau, die in Gedanken versunken ist. Ein blumengeschmückter Strohhut scheint über ihrem Kopf zu schweben. Unwirklich erhebt sich über ihrem breit schwingenden Rock ein Krug. Die Bedeutung dieser Figur bleibt offen, vielleicht soll hier ein Kontrapunkt zu der realen Welt der Artisten gesetzt, eine unerfüllte Sehnsucht angedeutet werden.

Die Szene findet in einer irrealen, räumlich nicht zu definierenden Landschaft statt. Die Mitte der Gauklergruppe nimmt die massige, ganz in Rot gewandete Figur des Tio Pepe ein. Allerdings steht er nicht wirklich, er kann gar nicht stehen, weil der größte Teil des rechten Beines fehlt. Carsten-Peter Warneke spricht hier von Picassos Strategie einer kontrastierenden Verunsicherung, die auch in der Wahl der Farbtöne, dem Fehlen eines einheitlichen Blickpunktes, dem Mangel einer verlässlichen statischen Ordnung zum Ausdruck komme.

Man könnte meinen, das Gemälde sei eine improvisierte Arbeit, entstanden aus der Lust am Experimentieren. In Wirklichkeit hatte sich Picasso viele Monate lang immer wieder mit dem Gauklermotiv beschäftigt. Davon zeugen zahlreiche Skizzen, Radierungen, Aquarelle, Gouachen, die sich heute u.a. in Paris, Baltimore, Moskau, St. Petersburg, New York, Washington, Brüssel befinden. Viele dieser Gestaltungen sind in unser Gemälde eingegangen. Röntgenuntersuchungen des Bildes ergaben, dass auch hier noch zahlreiche Veränderungen vorgenommen wurden. In den Vorarbeiten sehen wir Kinder, die nach Ba-



Pablo Picasso, Gauklerfamilie, 1905, National Gallery of Art, Washington
Foto: akg-images

lance und Harmonie streben. Auch für sie besteht die Gefahr der Vereinzelung.

Frühzeitig hatte Picasso die Defekte akademischer Kunst erkannt und nach neuen Wegen gesucht. Auch in den Bemühungen der Avantgarde um 1900 bemerkte er Sackgassen, Erstarrungstendenzen in der Ornamentik des Jugendstils, Verflachung bei den Themen des Symbolismus. Inhaltlich traten neue Themen in den Vordergrund: die Welt der Arbeit, die Existenz der Unterprivilegierten. Picasso stellte Arbeiter und Bettler, Säufer und Prostituierte dar. Im Gegensatz zu der melancholischen Stimmung, die in vielen Werken der Blauen Periode zum Ausdruck kommt, hatte der Künstler in der Rosa Periode eine optimistische Weltsicht erlangt. Jetzt traten die Harlekine in den Vordergrund. Sie sind zwar auch Außenseiter, können aber der gesellschaftlichen Geringschätzung ihre Kunst entgegensetzen. Im Wissen um die ständige Gefährdung artistischer

Höchstleistung entwickeln sie ein gewisses Selbstbewusstsein. Picasso selbst konnte in dieser Zeit gute Beziehungen zu Kunsthändlern und Sammlern aufnehmen und Kontakte mit Vertretern der literarischen Avantgarde anknüpfen. Seine materielle Lage verbesserte sich. Der Harlekin symbolisiert für ihn den Künstler, der sein Leben der Kunst weihet und am Rand der Gesellschaft lebt.

So bringt Picasso in der „Gauklerfamilie“ Probleme der eigenen Existenz zur Sprache. Vielleicht kann man das Bild aber auch als ein Gleichnis für die allgemeine Verunsicherung und den zunehmenden Zerfall menschlicher Beziehungen seit Beginn des 20. Jahrhunderts deuten.

Dr. Peter Scharfe
Wilhelm-Weitling-Str. 3
01259 Dresden
Tel. (0351) 2561822

Red.: ge

Wir gratulieren zum Geburtstag im November 2012

65. Geburtstag

Herrn Dr. med. Klaus *Chelius*, Köln, am 03.11.
 Frau Dr. med. Gertrud *Imm*, Rastatt, am 03.11.
 Herrn Dr. med. Heinrich J. *Siepen*, Bergheim, am 03.11.
 Herrn Dr. med. Christian *Niesterok*, Bad Schwalbach, am 08.11.
 Frau Heidrun *Zöllner-Schmidt*, Hamburg, am 10.11.
 Herrn Dr. med. Thomas *Spribille*, Schwerin, am 13.11.
 Frau Ursula *Brodell*, Tornesch, am 14.11.
 Herrn Dr. med. Klaus-Dieter *Thies*, Bremen, am 14.11.
 Frau Dr. med. Sybille *Köpf-Sommerfeld*, Berlin, am 15.11.
 Herrn Dirk *Steingrüber*, Wilhelmshaven, am 15.11.
 Frau Dr. med. Anna *Juretzko*, Werne, am 16.11.
 Herrn Dr. med. Hubert *Ottes*, Bingen, am 16.11.
 Herrn Dr. med. Henry *Hornstein*, Duisburg, am 19.11.
 Frau Dr. med. Uta *Böning*, Tübingen, am 20.11.
 Herrn Dr. med. Otfried *Anhegger*, Aglasterhausen, am 22.11.
 Frau Dr. med. Gabriele *Fuhrmann*, München, am 26.11.
 Herrn Dr. med. Helmut *Kuke*, Kirchlengern, am 26.11.
 Herrn Dr. med. Bernhard *Röder*, Bonn, am 28.11.

70. Geburtstag

Herrn SR Dr. med. Christoph *Prager*, Zwickau, am 02.11.
 Frau Dr. med. Helga *Polster*, Plauen, am 04.11.
 Frau Sibylle *Mohns-Petersen*, Niebüll, am 06.11.
 Frau Dr. med. Sieglinde *Philipp*, Wolfsburg, am 07.11.
 Herrn Dr. med. Rolf *Ringert*, Alzenau, am 09.11.
 Frau Dr. med. Ursula *Jans*, Neukirchen-Vluyn, am 11.11.
 Herrn Dr. med. Eckhard *Zimmermann*, Engelskirchen, am 11.11.
 Herrn Hartmut *Ebeling*, Mössingen, am 13.11.
 Herrn Dr. med. Reinhard *Hetzer*, Glückstadt, am 14.11.
 Herrn Dr. med. Ulrich *Speidel*, Aalen, am 15.11.
 Frau Dr. med. Elke *Straube*, Dresden, am 15.11.

Frau Heike *Humpal*, Kiekebusch, am 17.11.
 Frau Gerda *Klein*, Bietigheim-Bissingen, am 20.11.
 Frau Dr. med. Margarethe *Heider*, Cremlingen, am 23.11.

75. Geburtstag

Herrn PD Dr. med. Jürgen *Grävlinghoff*, Rheine, am 03.11.
 Frau Dr. med. Elisabeth *Leps*, Iserlohn, am 07.11.
 Frau Dr. med. Christel *Merkel*, Hettstedt, am 07.11.
 Frau OMR Dr. med. Christiane *Wilde*, Bremervörde, am 09.11.
 Herrn Dr. med. Jürgen *Brunnberg*, Würzburg, am 15.11.
 Frau Dr. med. Edith *Stern*, Viechtach, am 15.11.
 Herrn Dr. med. Hans-Jürgen *Poppe*, Rostock, am 25.11.
 Frau Erika *Steinbinder*, München, am 26.11.
 Frau Dr. med. Ruth *Helling*, Leipzig, am 28.11.

80. Geburtstag

Frau Dr. med. Elisabeth *Jürß*, Altenhagen, am 02.11.
 Herrn Dr. med. Hermann *Stapper*, Johannesberg, am 04.11.
 Herrn Dr. med. Altfried *Büchs*, Mönchengladbach, am 25.11.

81. Geburtstag

Herrn Dr. med. Eberhard Otto *Zöller*, Idar-Oberstein, am 16.11.

82. Geburtstag

Herrn Dr. med. Christof *Schütz*, Lappersdorf, am 04.11.
 Frau Dr. med. Helge *Schöppe*, Hannover, am 11.11.
 Herrn Cruz-M. *Ortiz-Berenguer*, Georgsmarienhütte, am 19.11.

83. Geburtstag

Frau Dr. med. Ingeborg *Waldmann*, Krefeld, am 06.11.
 Herrn Prof. Dr. med. Dieter *Lüders*, Seesen, am 21.11.

85. Geburtstag

Frau Dr. med. Agnes *Bohmert*, München, am 04.11.
 Herrn Dr. med. Kurt *Weimar*, Wiesbaden, am 07.11.

86. Geburtstag

Frau Dr. med. Margot *Puschmann*, Tönisvorst, am 12.11.
 Frau Dr. med. Hanne-Lore *Karch*, Berlin, am 30.11.

87. Geburtstag

Frau Dr. med. Ursula *Schmitz*, Gelsenkirchen, am 02.11.
 Herrn Dr. med. Günter *Kretzschmar*, Traunreut, am 11.11.

89. Geburtstag

Frau Dr. med. Irmgard *Holzer*, Baden-Baden, am 06.11.
 Frau Dr. med. Silvia *Koch*, Hemer, am 17.11.
 Frau Dr. med. Christiane *Klein*, Essen, am 22.11.

90. Geburtstag

Herrn Dr. med. Karl-Ernst *Sudhoff*, Leer, am 14.11.
 Herrn Dr. med. Heinz *Schmidt-Rohr*, Wiesloch, am 27.11.

91. Geburtstag

Frau Dr. med. Hildegard *Schneider*, Edingen-Neckarhausen, am 05.11.

92. Geburtstag

Herrn Prof. Dr. med. Heinrich *Rodeck*, Recklinghausen, am 01.11.
 Frau Dr. med. Gisela *Kaselowsky*, Gütersloh, am 04.11.
 Herrn Dr. med. Jürgen *Rosenthal*, Lohr, am 18.11.

93. Geburtstag

Frau Dr. med. Elisabeth *Härtel-Bothe*, Hannover, am 01.11.
 Herrn Dr. med. Burckhardt *Knaut*, Lage, am 20.11.
 Herrn Dr. med. Karl Bernd *Starke*, Essen, am 24.11.

98. Geburtstag

Frau Dr. med. Irmgard *Dorn*, Dortmund, am 30.11.

Wir trauern um

Herrn Dr. med. Harald *von Zimmermann*, Köln

Richtigstellung

Bedauerlicherweise haben wir an dieser Stelle in der Ausgabe Nr. 9 eine Traueranzeige für Frau Dr. med. Krystyna Graef aus Frankfurt veröffentlicht. Es handelt sich hierbei um ein Redaktionsversehen. Frau Dr. med. Krystyna Graef lebt und ist nicht verstorben.

Als neue Mitglieder begrüßen wir

Ausland

Frau Dr. med. Sonja *Incelli-Richter*

Landesverband Baden-Württemberg

Frau Leonie *Drescher*

Frau Katharina *Höllerhage*

Herrn Dr. med. Matthias *Hübener*

Landesverband Bayern

Frau Tanja *Papoušek*

Herrn Stefan *Platzer*

Herrn Florian *Pietsch*

Frau Dr. med. Cordula *Ambros-Plabst*

Landesverband Berlin

Frau Dr. med. Hanna *Paul*

Frau Dr. med. Annabel *von Arnim-Baas*

Landesverband Brandenburg

Frau Juliane *Brell*

Landesverband Bremen

Frau Claudia *Gerken*

Frau Dr. med. Hanna *Aeikens*

Herrn Dr. med. Jost *Knippenberg*

Landesverband Hamburg

Frau Dr. med. Franziska *Kohnen*

Landesverband Hessen

Frau Dr. med. Luise *Weitbrecht*

Frau Franziska *Prehler-Boeck*

Landesverband Niedersachsen

Herrn Dr. med. Jörn *Haupt*

Frau Dr. med. Eve *Quendler*

Frau Dr. med. Martina *Brämswig*

Frau Firini *Kalligerou*

Frau Denica *Momchilova*

Landesverband Nordrhein

Frau Jessica *Kaiser*

Frau Katrin *Pütz*

Herrn Dr. med. (TR) Ismail *Salgin*

Landesverband Rheinland-Pfalz

Herrn Dr. med. Sascha *Kalkbrenner*

Landesverband Saarland

Frau Dr. med. Andrea *Schönenberger-Mai*

Landesverband Sachsen

Frau Christiana *Patschureck*

Landesverband Schleswig-Holstein

Frau Dr. med. Renate *Bensch*

TANTUM VERDE:

Das „Triple A“ zur Behandlung von Schmerzen und Reizungen im Mund- und Rachenraum

Benzydamin, der Wirkstoff mit „Triple A“-Effekt, besitzt antiphlogistische, analgetische sowie (lokal-)anästhetische Eigenschaften und findet eine breite Anwendung im Bereich lokaler Entzündungen im Mund und Rachenraum. Halsschmerzen und Reizungen spielen oft eine zentrale Rolle bei akuten Infektionen der oberen Atemwege.¹

Halsschmerzen als häufiges Begleitsymptom akuter Infektionen der oberen Atemwege treten meist im Rahmen von Erkältungskrankheiten auf und betreffen innerhalb eines Jahres bis zu 30 % der Bevölkerung.¹ Akute Infektionen der oberen Atemwege sind in vielen Fällen klinisch nicht zu differenzieren und werden für gewöhnlich unter dem Begriff „Pharyngitis“ zusammengefasst.² In 50–80 % der Fälle sind Viren (Rhinoviren, Coronaviren, etc.) die Auslöser, in etwa 15–30 % der kindlichen PatientInnen mit Halsschmerzen (bei Erwachsenen sogar nur in 5–10%) können Streptokokken der Gruppe A (GAS) isoliert werden; oftmals sind gar keine Erreger nachweisbar. Die Symptomatik stellt für viele PatientInnen eine erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität³ dar, die gezielt behandelt werden kann.⁴

Wie wirkt Benzydamin?

Benzydamin ist ein Indazolderivat mit antiphlogistischer, analgetischer und lokalanästhetischer Wirkung. Die Substanz wurde in zahlreichen klinischen Studien geprüft; dabei wurde gezeigt, dass Benzydamin zur Schmerzlinderung bei lokalen Reizungen im Mund und Rachenraum wirksam ist. Der lokalanästhetische Effekt von Benzydamin ergänzt optimal seine antiphlogistischen Eigenschaften und sorgt für eine lang anhaltende Wirkung bis zu 3 Stunden.⁵

Benzydamin stellt das Gleichgewicht pro-inflammatorischer (Tumornekrosefaktor α , Interleukin-1 β , Chemokin-Ligand-2 / Monozyten-Chemoattraktives Protein-1) und anti-inflammatorischer (Interleukin-10, Interleukin-1 Rezeptor Antagonist) Zytokine bei Entzündungsreaktionen wieder her. Es hemmt die pro-inflammatorischen Zytokine, ohne die anti-inflammatorischen Zytokine zu blockieren und kann auf diesem Weg der Entzündung entgegenzutreten. Dadurch unterscheidet sich Benzydamin vom Wirkmechanismus klassischer NSAR (nicht-steroidaler Antirheumatika) wie z. B. Ibuprofen oder Naproxen, die ihre Wirkung über eine Hem-



mung der Prostaglandinsynthese entfalten, ohne die Produktion pro-inflammatorischer Zytokine zu beeinflussen.⁶⁻⁹

Anwendungsgebiete von Benzydamin

Benzydamin ist zur symptomatischen lokalen Behandlung von Schmerzen und Reizungen im Mund und Rachenraum indiziert und steht als Lösung zum Gurgeln und Spülen in der Packungsgröße zu 150 ml und als Sprühlösung zu 60 ml sowie in Form von Lutschtabletten zur Verfügung. TANTUM VERDE Lutschtabletten sind auf Grund ihrer Darreichungsform und einfachen Dosierung besonders gut für Kinder ab 6 Jahren geeignet und ideal für unterwegs.

Verträglichkeit und Sicherheit von Benzydamin

Benzydamin erweist sich als sehr verträglich. Allein zwischen 2005 und 2008 wurden weltweit mehr als 50 Millionen PatientInnen mit unterschiedlichen Darreichungsformen behandelt – dabei wurden weniger als 100 Fälle (vorwiegend leichter) unerwünschter Wirkungen bekannt.^{10,11} Eine längere Anwendung z. B. bei Stomatiden nach Bestrahlung ist möglich. Benzydamin wurde im Rahmen der klinischen Prüfung bis zu 50 Tage lang verabreicht.

TANTUM VERDE – Stellenwert in der täglichen Praxis

In einer aktuellen Online-Befragung* unter 268 ÄrztInnen wurden als wichtigste Anforderungen an ein Therapeutikum zur

Behandlung von Entzündungen in Mund und Rachenraum eine schnelle Schmerzlinderung, gefolgt von effektiver antiphlogistischer Wirkung und guter Verträglichkeit genannt. Diesen Ansprüchen wird TANTUM VERDE dank seines Wirkstoffes Benzydamin gerecht.

TANTUM VERDE Lösung 150 ml, 60 ml mit Sprühkopf und TANTUM VERDE 3 mg Lutschtabletten sind verschreibungspflichtig und für PatientInnen bis 18 Jahren zu Lasten der GKV zuzahlungsfrei verordnungsfähig.

TANTUM VERDE im Internet: www.tantum-verde.de

*März – Juni 2012/Data on file

- 1 Kenealy, T. Sore throat. *Clinical Evidence* 2007; 11:1509
- 2 Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)-Leitlinie Nr. 14. Halsschmerzen 2009
- 3 Addey, D. Shephard, A. Incidence, causes, severity and treatment of sore throat discomfort: a four-region online questionnaire survey. *BMC Ear, Nose and Throat Disorders* 2012; 12:9
- 4 Wächter, H. Chenot, J.-F. Die neue DEGAM Leitlinie Halsschmerzen. *Z Allg Med* 2010; 86(2)
- 5 Irwin, B.C. et al. A comparative study of benzydamin hydrochloride 0.15% w/v („Diffam“ oral rinse) and acetyl salicylic acid as analgesics following tonsillectomy. *J Int Med Res* 1984; 12:216
- 6 Sironi, M, Pozzi, P, Polentarutti N, Benigni F, Coletta I, Guglielmotti A, et al. „Inhibition of inflammatory cytokine production and protection against endotoxin toxicity by benzydamin“. *Cytokine*. 1996; 8(9):710-6
- 7 Sironi, M, Milanese C, Vecchi A, Polenzani L, Guglielmotti A, Coletta I, et al. „Benzydamin inhibits the release of tumor necrosis factor- and monocyte chemoattractant protein-1 by Candida albicans stimulated human peripheral blood cells.“ *Int J Clin Lab Res*. 1997; 27(2):118-22
- 8 Sironi M, Massimiliano L, Transidico P, Pinza M, Sozzani S, Mantovani A, et al. „Differential effect of benzydamin on pro versus anti-inflammatory cytokine production: lack of inhibition of interleukin-10 and interleukin-1 receptor antagonist“. *Int J Clin Lab Res*. 2000; 30(1):17-9
- 9 Riboldi, E. et al. Benzydamin inhibits monocyte migration and MAPK activation induced by chemotactic agonists. *British Journal of Pharmacology*. 2003; 140:377-383
- 10 Caranti S. „Periodic Safety Update Report (PSUR) TANTUM VERDE – Mouthwash and spray Benzydamin (period covered 1 January 2005 – 31 August 2008)“. Pharmacovigilance Service, ACRAF S.p.A., Rome, Italy, Unpublished (2008)
- 11 Caranti S. „Periodic Safety Update Report (PSUR) TANTUM VERDE – Benzydamin lozenges (period covered 1 January 2005 – 31 August 2008)“. Pharmacovigilance Service, ACRAF S.p.A., Rome, Italy, Unpublished (2008)

Neues Aptamil Supplement legt Basis für optimale Entwicklung von Frühgeborenen

Eine adäquate, proteinreiche Ernährung ist in den ersten Wochen und Monaten von zentraler Bedeutung für das gesunde Wachstum von Frühgeborenen. Deshalb hat Aptamil ein spezielles Eiweißsupplement für diese besonders sensible Zielgruppe entwickelt. Aptamil Eiweiß+ ermöglicht erstmals eine individualisierte und altersgerechte Proteinversorgung. So leistet das neue Produkt einen wichtigen Beitrag für die gesunde Entwicklung von Frühgeborenen.

Weder mit einem Supplement angereicherte Frauenmilchen noch spezielle Frühgeborennahrungen versorgen die kleinsten Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.000 Gramm mit der optimalen Proteinmenge. Neonatologen waren bisher deshalb gezwungen auf Behandlungslösungen zurückzugreifen, um das Risiko einer postnatalen Wachstumsretardierung durch unzureichende Proteinzufuhr zu reduzieren. So wurden zum Beispiel Eiweißkonzentrate zum Muskelaufbau eingesetzt oder das Frauenmilchsupplement wurde höher dosiert.

In Kooperation mit führenden deutschen Neonatologen ist es der Forschung von Aptamil jetzt gelungen, das erste Proteinsupplement speziell für Frühgeborene zu entwickeln. Bei dem dort enthaltenen Eiweiß handelt es sich um ein hochwertiges extensiv hydrolysiertes Molken- und

Caseinprotein im Verhältnis 1:1. Der Proteingehalt beträgt 82 Prozent.

Das Supplement eignet sich sowohl zur Optimierung einer mit Aptamil FMS angereicherten Muttermilch als auch einer Frühgeborennahrung. Die benötigte Menge an Aptamil Eiweiß+ kann individuell für jedes Kind berechnet und zugegeben werden.

Die aktuellen Ergebnisse einer an der Berliner Charité durchgeführten Studie belegen den Erfolg dieser individualisierten Anreicherung eindrucksvoll: 43 Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm, die das Eiweißsupplement erhielten, verbesserten im Median ihr Gewichtswachstum um mehr als 50 Prozent im Vergleich zu einer Kohorte aus dem Jahr 1998 (1998: 9/g/kg/d vs. 2010: 14,3 g/kg/d, $p < 0,001$). Darüber hinaus verbesserten sich auch das Kopf- und Längenwachstum der Frühgeborenen.



Aptamil Eiweiß+ rundet das Frühgeborenenortiment des Babynahrungsspezialisten Milupa ab. Mit diesem Ernährungssystem können Frühgeborene nun individuell und gemäß den aktuellen Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für pädiatrische Gastroenterologie, Hepatologie und Ernährung (ESPGHAN) versorgt werden.

Nach Informationen von Milupa GmbH, Friedrichsdorf

Goldgeist forte mit Prädikat getestet

Goldgeist forte mit natürlichem Pyrethrumextrakt ist zur Behandlung von Kopflausbefall geeignet. Das ist das Ergebnis einer Neubewertung von 12 Pedikuloziden durch die Stiftung Warentest¹. Ohne Einschränkung geeignet sind nach diesem Test insgesamt nur zwei Pyrethrum-ähnliche Kopflaus-Arzneimittel.

Nach den Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts (RKI) muss jeder Kopflausbefall umgehend und konsequent mit einem zugelassenen Insektizid behandelt werden. Zwölf aktuell auf dem Markt befindliche Kopflauspräparate hat die Stiftung Warentest¹ bewertet, darunter drei Arzneimittel und neun Medizinprodukte. Ohne Einschränkung geeignet sind danach lediglich zwei Pyrethrum-ähnliche Arzneimittel. Sie „vernichten Läuse mit samt ihren Larven meist schnell und zuverlässig und sind deshalb zur Behandlung geeignet“, so die Stiftung Warentest. Gold-

geist forte ist dabei das einzige Kopflausmittel in Deutschland mit natürlichem Pyrethrum. Es besteht aus sechs wirksamen Pyrethrinestern, die aus getrockneten Chrysanthemenblüten extrahiert und aufgereinigt werden. Pyrethrum hat die positive Eigenschaft, dass es unter Licht und Sauerstoffeinfluss schnell abgebaut wird, sodass nach dem Auswaschen keine insektiziden Reste im Haar verbleiben. Auf diese Weise ist das Risiko für unerwünschte Wirkungen geringer, wie auch die Stiftung Warentest bei ihrer Beurteilung schreibt.

Für andere Kopflausmittel wie zum Beispiel solche mit Kokosöl, Dimeticon, Oxyphthirine oder anderen Kombinationen benennt die Stiftung Warentest verschiedene Nachteile, die es nach deren Beurteilung noch nicht erlauben, die entsprechenden Mittel für eine breite Anwendung zu empfehlen. Wegen ihrer physikalischen Wirkung sind neun der getesteten Medikamente nicht als Arzneimittel, sondern als Medizinprodukte im Handel. Für sie gelten andere gesetzliche Bestimmungen. Diese „machen es bei arzneimittelähnlichen Medizinprodukten deutlich

schwieriger, die therapeutische Wirksamkeit zu beurteilen, als bei Arzneimitteln, die bei den gleichen Indikationen eingesetzt werden⁴, heißt es bei Warentest.² Auch verweist die Stiftung darauf, dass Untersuchungen aus dem Ausland, die beispielsweise Dimeticone mit Pyrethrum-ähnlichen Läusemitteln vergleichen, auf hiesige Verhältnisse gar nicht ohne weiteres übertragbar seien.

Studien aus dem Ausland nicht übertragbar

In dem in Deutschland zugelassenen Goldgeist forte wird Pyrethrum mit dem Antioxidans Piperonylbutoxid (PBO) synergisiert. PBO hemmt die enzymatische Aktivität der Oxydasen, durch die im Lausorganismus die arzneilich wirksamen Py-

rethrine abgebaut werden. Dieser Synergieeffekt verstärkt die Wirksamkeit von Goldgeist forte und erschwert die Resistenzbildung. Dies erklärt möglicherweise auch, warum im Ausland vielfach Resistenzen beobachtet werden, jedoch primär gegenüber synthetischen Pyrethroiden, während sie in Deutschland keinen Einfluss auf den Behandlungserfolg zu haben scheinen. Die Wirksamkeit von Goldgeist forte bei resistenten Läusen wurde zuletzt in einer Studie der Universität Kiel nachgewiesen.³ Untersuchungsergebnisse aus dem Ausland können somit durch Resistenzen beeinträchtigt sein, wenn die dort getesteten Pyrethrum- oder Pyrethroidhaltigen Kopflausmittel nicht der deutschen Zulassung entsprechen. Vorliegende Vergleichsstudien zu Dimeticon-haltigen

Medizinprodukten kommentiert die Stiftung Warentest folgerichtig: „Mit den bisher vorliegenden Daten bleibt unklar, ob die Mittel hierzulande an die Wirksamkeit der chemischen Insektizide heranreichen.“

Quellen:

- (1) Stiftung Warentest, Produktfinder Läusebefall, veröffentlicht am 1. August 2012 auf www.test.de
- (2) Stiftung Warentest, Medizinprodukte, veröffentlicht am 1. Juni 2011 auf www.test.de
- (3) The New England Journal of Medicine. January 2011. 386-387.

Nach Informationen von
EDUARD GERLACH GmbH, Lübecke

Infektionen im Kindesalter – bakteriell oder viral bedingt?

- **Quantitativer CRP-Schnelltest ermöglicht einen gezielten Einsatz von Antibiotika**
- **Ergebnis auf Laborniveau nach nur zwei Minuten Testdauer**

„Die Unterscheidung zwischen viralem und bakteriellem Erreger hilft, Antibiotika gezielt einzusetzen. Das entlastet die Kinder in Bezug auf mögliche Nebenwirkungen, wirkt der Resistenzbildung entgegen, vermeidet unnötige Kosten und entlastet nicht zuletzt auch die Umwelt“, erklärte Dr. Peter Thilemann, niedergelassener Kinderarzt aus München im Rahmen des Kinder- und Jugendärztetages 2012.

Infekte mittels CRP differenzieren

Hilfreich bei der Unterscheidung viraler und bakterieller Infekte kann die Bestimmung des C-Reaktiven Proteins (CRP) sein: Dieses Protein wird bei akuten Entzündungen und Stressreaktionen aktiviert. Stärkster Stimulus für das CRP sind bakterielle Infektionen, die den Wert schnell und sehr deutlich ansteigen lassen. Virale Infektionen verursachen dagegen in der Regel keine oder nur eine sehr geringe Erhöhung des CRP-Wertes. In Verbindung mit einer klinischen Untersuchung dient der CRP-Wert deshalb als Grundlage zur Differenzierung von bakteriellen und viralen Infektionen und kann bei der Entscheidung für den Antibiotika-Einsatz hilfreich sein.



In der niedergelassenen Praxis besonders gut zur quantitativen CRP-Bestimmung geeignet sind Schnelltest-Systeme wie der QuikRead® go CRP. Das speziell für die medizinische Grundversorgung entwickelte System besteht aus einem handlichen Instrument und gebrauchsfertigem

Test-Set und liefert reproduzierbare CRP-Werte zwischen 5 und 200 mg/l. Trotz einer Testdauer von nur zwei Minuten liegt die Validität der Ergebnisse auf Laborniveau. Der Test ist einfach in der Handhabung und kann auch von Personal ohne Laborerfahrung angewendet werden.

Weitere Informationen zu QuikRead® go CRP von Orion Diagnostica im Internet www.oriondiagnostica.com und per Telefon 040/52 95 94 38.

Quelle:

Mittagssymposium „Macht ein Antibiotikum Sinn? CRP-Schnelltest in der kinderärztlichen Praxis – bringt das was?“ im Rahmen des 7. Kongresses für Medizinische Fachangestellte aus Kinder- und Jugendarztpraxen, 23. Juni 2012, Berlin

Sanfte Hilfe bei Erkältungen

Wirksamkeit und Verträglichkeit von Meditonsin bei Kindern hervorragend

Meditonsin ist ein Komplex-Homöopathikum, das bei den typischen Begleiterscheinungen einer Erkältung zum Einsatz kommt. Im Rahmen einer aktuellen AWB ist die Wirksamkeit und Verträglichkeit von Meditonsin bei Kindern und Jugendlichen untersucht worden. Das Ergebnis: Sowohl Ärzte als auch die Kinder, die behandelt wurden, attestieren Meditonsin nicht nur sehr gute Verträglichkeit, sondern auch nachweislich Wirksamkeit.

Seit fast 60 Jahren gibt es Meditonsin. War es früher noch das klassische Mittel gegen Halsschmerzen, weiß man heute, dass auch weitere Erkältungssymptome wie Rötung des Rachenraumes, Schwellung der Nasenschleimhaut und Husten erfolgreich behandelt werden können – und zwar bei Groß und Klein! Gerade bei Kindern ist es enorm wichtig, im Falle einer Erkältung oder eines grippalen Infektes ein schnell wirksames, aber sanftes Medikament zur Hand zu haben. Es sollte nicht nur gut verträglich und einfach dosierbar sein, sondern auch relativ neutral schmecken. Sonst weigert sich der kleine Patient nämlich, das, was ihm oder ihr hilft, auch zu nehmen. Laut der aktuellen AWB ist Meditonsin gerade für Kinder gut geeignet. Von 306 Kindern und Jugendlichen im Alter von 1–19 Jahren beurteilten 91% die Wirksamkeit von Meditonsin mit „sehr gut“ bis „gut“, nahezu alle (98%) gaben eine „sehr gute“ bis „gute“ Verträglichkeit an. Ähnlich beeindruckend fiel das Resümee der Ärzte aus. 91% beurteilten die Wirksamkeit von Meditonsin als „sehr gut“ bis „gut“, dieselbe Note vergaben 99% der Ärzte im Hinblick auf die Verträglichkeit.

Das Wirkprinzip von Meditonsin

Meditonsin vereint als einzigartiges Komplex-Homöopathikum drei gezielt wirkende Einzelmittel mit sich ergänzen-

der Wirkweise. So hilft Aconitinum aus dem Blauen Eisenhut bei hochakuten Entzündungen mit plötzlichem, heftigem Krankheitsbeginn. Atropinum sulfuricum aus der Tollkirsche kommt oft bei fieberhaften Infekten mit Hals- und Schluckbeschwerden sowie trockenem Reizhusten zum Einsatz. Gegen Entzündungsprozesse des Rachens, Kehlkopfes und der Nebenhöhlen mit bereits beginnender Schwellung der Lymphknoten wird das Salz Mercurius cyanatus erfolgreich eingesetzt.

Nach Möglichkeit sollte Meditonsin umgehend beim Auftreten der ersten Symptome wie Kratzen im Hals, kribbelnder Nase oder Heiserkeit eingenommen werden, damit ein volles Ausbrechen der Erkältung verhindert werden kann. Aber auch zu einem späteren Zeitpunkt eingenommen, kann Meditonsin den Verlauf der Krankheit noch positiv beeinflussen und die Intensität der Symptome deutlich reduzieren.

Die Flüssigkeit sollte kurze Zeit im Mundraum belassen und dann geschluckt werden.

Und selbst wenn der Infekt vielleicht nicht ganz vermieden werden kann, so sorgt die Einnahme von Meditonsin für eine

- Rasche Aktivierung der Selbstheilungskräfte

- Frühzeitige Linderung der Beschwerden in Hals, Nase und Rachen.

Auch für die Kleinsten das Mittel der Wahl?

Durch das homöopathische Wirkprinzip ist Meditonsin für Erwachsene und (Klein-)Kinder gleichermaßen gut geeignet. Nach Rücksprache mit dem Arzt kann Meditonsin bereits Säuglingen ab dem 7. Monat verordnet werden, uneingeschränkt empfohlen werden kann es für Kinder ab 1 Jahr. Durch die rote Dosierkappe kann das Medikament tropfengenaue jederzeit und überall eingenommen werden.



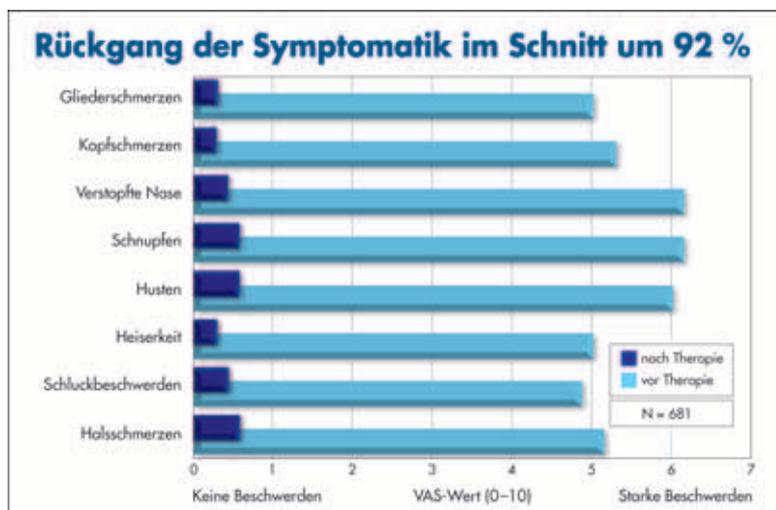
Wie sieht es mit dem Alkoholgehalt von Meditonsin aus?

Meditonsin hat 6% Vol.-Alkohol. Das heißt, dass in einer Flasche ca. 1,5 g Ethanol enthalten sind. Zum Vergleich: eine reife Banane enthält durchschnittlich 1,6 g Ethanol. Oder anders ausgedrückt: Die Menge Alkohol, die Kinder bei tropfenweiser Einnahme von Meditonsin zu sich nehmen, ist minimal und bewegt sich im mg-Bereich. Die natürliche, physiologische Blutalkohol-Konzentration erhöht sich bei der Einnahme von Alkohol in diesen Größenordnungen kaum und wird innerhalb weniger Minuten abgebaut. Meditonsin kann also ohne Bedenken für die Behandlung erkälteter Kinder empfohlen werden.

Wird Meditonsin erstattet?

Meditonsin kann zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verschrieben werden – und zwar bei Patienten bis zum 12. Lebensjahr ohne Einschränkung, bei Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen sogar bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

Nach Informationen von MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG, Iserlohn



Alle Abbildungen: Medice

Etanercept erhält Zulassungserweiterung für drei Subtypen der Juvenilen Idiopathischen Arthritis

Biologika haben seit der Einführung des humanen TNF- α -Rezeptorfusionsprotein Etanercept (Enbrel®) einen hohen Stellenwert in der Kinderreumatologie: Therapieziele wie die vollständige Remission mit normalem Wachstum, normaler Entwicklung und höchster Lebensqualität sind keine Fiktion mehr. Seit August 2012 steht Etanercept nun dank der Zulassungserweiterungen für drei weitere Subtypen der Juvenilen Idiopathischen Arthritis (JIA) auch für Kinder und Jugendliche mit erweiterter (extended) Oligoarthritis ab einem Alter von zwei Jahren sowie für Jugendliche mit Enthesitis-assoziiierter Arthritis und Psoriasis-Arthritis ab zwölf Jahren zur Verfügung. Vorausgesetzt, die Betroffenen sprachen zuvor auf eine andere Therapie nicht ausreichend an oder vertrugen diese nicht. Etanercept kann zudem nun neben der zweimal wöchentlichen Anwendung auch als wöchentliche Einmalgabe (0,8 mg/kg, bis zu einer Höchstdosis von 50 mg pro Anwendung) verabreicht werden.

Juvenile Idiopathische Arthritis – eine Erkrankung mit vielen Gesichtern, einer Inzidenz von etwa 5 bis 6 von 100.000 Kinder unter 16 Jahren und geschätzten 30.000 betroffenen Kindern allein in Deutschland.

„Seitdem eine Therapie mit Biologika möglich ist, haben sich die Behandlungsmöglichkeiten rheumatisch-entzündlicher Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen erheblich verbessert“, fasste Dr. Betina Rogalski, Bensheim, den Stand der Dinge zusammen. „Eine Remission ist in der JIA zu einem realistischen Therapieziel geworden, dauerhafte Schäden sind aufgrund frühzeitiger Behandlungsoptionen, z.B. mit Etanercept, heute seltener geworden.“ Laut Registerdaten aus BiKeR und JuMBO (s. Kasten) leiden 20 % der über vierjährigen Patienten unter dem Subtyp der erweiterten Oligoarthritis, weitere 15 % sind von einer Enthesitis-assoziierten Arthritis und 8 % von einer Psoriasis-Arthritis betroffen (1).

Schnelle Wirksamkeit bei nur einmaliger Gabe pro Woche

Professor Dr. Gerd Horneff, St. Augustin, stellte die Ergebnisse der CLIPPER-Studie (CLinical Study In Pediatric Patients of Etanercept for Treatment of ERA, PsA, and Extended Oligoarthritis) vor, die die Grundlage für die Zulassungserweiterung von Enbrel® lieferte (2): An der Multicenter-Phase-III-Studie nahmen über 120 Kinder und Jugendliche im Alter von zwei bis 17 Jahren teil. Kinder ab zwei Jahren mit einer erweiterten Oligoarthritis und Kinder von zwölf bis 17 Jahren mit einer Enthesitis-assoziierten Arthritis oder Psoriasis-Arthritis wurden für mindestens zwölf Wochen mit Etanercept 0,8 mg/kg Körpergewicht einmal wöchentlich behandelt.

Als primärer Endpunkt war der Anteil der Patienten definiert worden, der den Ped ACR30 in der zwölften Woche erreichte. Um die klinische Wirksamkeit zu evaluieren, verglichen die Autoren der Stu-

die die Ped ACR30-Ansprechraten mit historischen Daten durch eine logistische Regressionsanalyse (3,4,5).

Während des gesamten Studienverlaufs wurden Daten zur Sicherheit registriert. Insgesamt erzielten in der zwölften Woche insgesamt 88,6 % (95 % Konfidenzintervall (CI): 81,6–93,6) der Kinder einen Ped ACR30 (2). Dabei erwies sich Etanercept in Bezug auf den Ped ACR30 bei allen Subtypen gegenüber den historischen, Placebo-kontrollierten Daten (3,4) als signifikant überlegen. „Wir sahen bereits nach 4 Wochen gute Therapieeffekte, und es gab erfreulicherweise keinen Wirkunterschied zwischen ganz kleinen Kindern (2–4) und größeren Patienten (12–17). Die hohe Adhärenz – nur 5 von 127 Patienten (3,9 %) beendeten die Studie vorzeitig – spricht zudem für eine gute Verträglichkeit, dies konnte durch die guten Sicherheitsdaten der Studie deutlich gezeigt werden“, so Horneff überzeugt.

Literatur:

- 1 ILAR-Klassifikation 2011 (International League of Associations for Rheumatology)
- 2 Horneff et al. EULAR 2012, Poster presented at EULAR 2012
- 3 Ruperto N et al. Arthritis Rheum 2003;48:S90-S91
- 4 Burgos-Vargas R et al. Ann Rheum Dis 2008;67 (suppl II):69
- 5 Cassidy JT et al. Arthritis Rheum 1986;29:274-281

G. Fischer v. Weikersthal

Quelle: Pressegespräch Pfizer Inflammation Care: Etanercept – Zulassungserweiterungen für Subtypen der Juvenilen Idiopathischen Arthritis. Berlin 5. September 2012

Wichtige Register: BiKeR und JuMBO

Dr. Ivan Foeldvari, Hamburg, appellierte an alle Kinderreumatologen, sich an der steten Aktualisierung der Biologika-Register zu beteiligen:

„Nach der Zulassung von Enbrel® wurde als Auflage der Zulassungsbehörde eine Phase-IV-Studie angelegt, welche für fünf Jahre nach Zulassung die möglichen Nebenwirkungen der Medikation erfassen sollte“, erklärte Foeldvari die Historie.

In Deutschland wurde 2000 das Etanercept-Register angelegt, welches im Verlauf zum BiKeR Register (Kinder-Biologika-Register) umbenannt wurde, als auch andere „Biologics“ zugelassen wurden. Um die Patienten nach dem vollendeten 18. Lebensjahr beobachten zu können, wurde das Juvenile Arthritis-Methotrexate-Biologics longterm Observation Register JuMBO etabliert. Die weitere Beobachtung der jungen erwachsenen Patienten über einen Zeitraum von zunächst acht Jahren soll Aussagen über die Langzeitwirksamkeit und -sicherheit einer Behandlung mit Etanercept (im Vergleich zu MTX) sowie zu den Folgekosten der JIA im Erwachsenenalter ermöglichen.

Fluenz® erhält saisonale Zulassung für die Grippesaison 2012/2013

Der nasale Influenza-Impfstoff Fluenz® hat von der Europäischen Arzneimittelbehörde EMA die saisonale Zulassung für die Grippesaison 2012/2013 erhalten. Mit Fluenz® kann in Kürze erstmals ein Influenza-Impfstoff für Kinder und Jugendliche ab einem Lebensalter von 24 Monaten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, der nasal appliziert wird, in den deutschen Markt eingeführt werden. Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) spricht sich dafür aus, dass die nasale Impfung wegen seiner besseren Wirksamkeit auch gesetzlich versicherten Kindern von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden sollte.

Kinder sind besonders gefährdet, an Influenza zu erkranken: Nach Angaben der WHO infizieren sich weltweit jedes Jahr 20 bis 30 Prozent mit dem Virus. Kinder sind somit eine wichtige Ansteckungsquelle¹ für Erwachsene und Risikogruppen, da sie das Virus in die eigene Familie tragen.

Influenzaschutz durch die Nase – Fluenz® erhält saisonale EMA-Zulassung

Die EMA hat Fluenz® die saisonale Zulassung für die Virenstammzusammensetzung A/California/7/2009 (H1N1), A/Victoria/361/2011 (H3N2) und B/Wisconsin/1/2010 erteilt. Diese Zusammensetzung entspricht der Empfehlung der WHO. Damit kann der nasale Influenza-Impfstoff für Kinder und Jugendliche im September diesen Jahres in den deutschen Markt eingeführt werden.

Fluenz® ist der erste und einzige in Deutschland erhältliche attenuierte Lebendimpfstoff (LAIV) gegen saisonale Influenza. Im Gegensatz zu den konventionellen Influenza-Injektionsimpfstoffen, die zu der Gruppe der trivalenten Totimpf-

stoffe (TIV) gehören, stimuliert Fluenz® die Immunabwehr auf dem natürlichen Weg. Durch die nasale Applikation wird eine mukosale Immunität direkt an der Eintrittspforte der Influenzaviren induziert. Der Schutz wird folglich dort erzielt, wo eine Influenza-Infektion beginnt. Zusätzlich wird durch die Immunisierung mittels Lebendimpfstoff eine systemische Immunität erzeugt. Fluenz® hat in über 70 klinischen Studien mit mehr als 40.000 Kindern und Jugendlichen seine Wirksamkeit unter Beweis gestellt: Langzeiterfahrungen auch aus dem praktischen Alltag mit Fluenz® liegen u.a. aus den USA vor, wo der nasale Impfstoff bereits seit 2003 unter dem Namen FluMist® zugelassen ist. Seit 2003 wurden weltweit bisher ca. 50 Millionen Dosen vertrieben.²

BVKJ spricht sich für nasale Impfung aus

Nach Ansicht des BVKJ verhindern die in vielen Bundesländern vereinbarten Rabattverträge der gesetzlichen Krankenkassen, dass Pädiater den nasalen Grippeimpfstoff bei gesetzlich versicherten Kin-

dern einsetzen können. In einer vom BVKJ veröffentlichten Stellungnahme erklärt der Verband, dass die Vereinbarungen für Impfstoffe nicht die erheblichen Unterschiede in der Wirksamkeit, Immunogenität und Verträglichkeit speziell für Kinder und Jugendliche berücksichtigen würden. Im Gegenteil: Nach Ansicht von Dr. Wolfram Hartmann, Präsident des BVKJ, schreiben die Rabattverträge den Ärzten „weniger geeignete“ Grippeimpfstoffe für Kinder und Jugendliche vor, um so Kosten einzusparen. Der Verband fordert die Krankenkassen auf, auch für gesetzlich krankenversicherte Kinder den „besser wirksamen“, nasalen Impfstoff zur Verfügung zu stellen.

1 WHO: Weekly Epidemiological Record 2005; 33 (19 Aug) 179-287

2 Ambrose CS. The Safety, Effectiveness, and Use of Intranasal Live Attenuated Influenza Vaccine in Children 2 through 17 Years of Age. Abstract. ESPID. 8-12 May, 2012.

Nach Informationen von AstraZeneca GmbH, Wedel

Präsident des BVKJ e.V.

Dr. med. Wolfram Hartmann

Tel.: 02732/762900

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

Vizepräsident des BVKJ e.V.

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid

Tel.: 08671/5091247

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

Pressesprecher des BVKJ e.V.

Dr. med. Ulrich Fegeler

Tel.: 030/3626041

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

Sprecher des Honorarausschusses des BVKJ e.V.

Dr. med. Roland Ulmer

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

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

Geschäftsstelle des BVKJ e.V.

Tel.: 0221/68909-0

Wir sind für Sie erreichbar: Montag – Donnerstag von 8.00–18.00 Uhr, Freitag von 8.00–14.00 Uhr

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

E-Mail: bvkj.buero@uminfo.de

Leiterin der Verwaltungsabteilung: Doris Schomburg

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

Kongressabteilung

E-Mail: bvkj.kongress@uminfo.de

Kongresse des BVKJ

www.kongress.bvkj.de

Leiterin der Kongressabteilung: Christel Schierbaum

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

BVKJ Service GmbH

Wir sind für Sie erreichbar: Montag – Donnerstag von 8.00–18.00 Uhr, Freitag von 8.00–14.00 Uhr

Geschäftsführer: Dr. Wolfram Hartmann

Mielenforster Str. 2, 51069 Köln

Verhandlungsbevollmächtigter: Herr Klaus Lüft

E-Mail: bvkjservicegmbh@uminfo.de

Tfx.: 0221/6890929

Ansprechpartnerinnen:

Anke Emgenbroich

Tel.: 0221/68909-27

E-Mail: anke.emgenbroich@uminfo.de

Ursula Horst

Tel.: 0221/68909-28

E-Mail: uschi.horst@uminfo.de

Redakteure „KINDER- UND JUGENDARZT“

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. Christoph Kupferschmid

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

Regine Hauch

E-Mail: regine.hauch@arcor.de

Sonstige Links

Kinderärzte im Netz

www.kinderaezte-im-netz.de

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin

www.dakj.de

Kinderumwelt gGmbH und PädInform®

www.kinderumwelt.de/pages/kontakt.php